

Themenreport „Pflege 2030“

Was ist zu erwarten – was ist zu tun?

Vorabdruck



Autoren

Prof. Dr. Heinz Rothgang (Universität Bremen/ZeS)

Dr. Rolf Müller (Universität Bremen/ZeS)

Dr. Rainer Unger (Universität Bremen/ZeS)

unter Mitwirkung von

Prof. Dr. Thomas Klie (Evangelische Hochschule Freiburg)

Anne Göhner (Evangelische Hochschule Freiburg)

Birgit Schumacher (Evangelische Hochschule Freiburg)

Gutachter

Dr. Sybille Angele (COMPASS Private Pflegeberatung GmbH)

Prof. Dr. Johann Behrens (Universität Halle/Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft)

Dr. Jürgen Gohde (Kuratorium Deutsche Altershilfe)

Reinhard Loos (Deenst GmbH)

Alexander Künzel (Bremer Heimstiftung)

Dr. Peter Pick (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.)

Wolfgang Schuldzinski (Verbraucherzentrale NRW)

Inhalt

1	Vorwort	6
2	Politische Botschaften	8
3	Zusammenfassung	10
4	Bedeutung des Themas	13
5	Pflegearrangements heute und morgen: Wünsche der Bevölkerung und soziale Realität	16
6	Methodische Aspekte	20
6.1	Daten	20
6.1.1	Regionen	20
6.1.2	Datenbasis	20
6.2	Definitionen	21
6.2.1	Pflegebedürftige	21
6.2.2	Versorgungsart: ambulante Pflege	21
6.2.3	Versorgungsart: vollstationäre Pflege	22
6.2.4	Versorgungsart: Angehörigenpflege	22
6.2.5	Beschäftigte bei ambulanten und stationären Pflegediensten: Vollzeitäquivalente	22
6.2.6	Personalbedarf im Pflegesektor	22
6.2.7	Personalangebot im Pflegesektor	23
6.2.8	Versorgungslücke	23
6.3	Ausgangssituation und Szenarien	24
6.3.1	Grundlegende Annahmen für alle Szenarien	24
6.3.2	Spezifische Annahmen für die einzelnen Szenarien	24
6.3.3	Szenario 1: Status-Quo-Szenario	25
6.3.4	Szenario 2: Formelle Pflege nimmt zu	25
6.3.5	Szenario 3: Häusliche Pflege wird gestärkt	27
7	Beschreibung und Darstellung der Ergebnisse	28
7.1	Die Analyse nach Versorgungsarten	28
7.1.1	Ausgangssituation im Jahr 2009	28
7.1.1.1	Erklärungsfaktoren für die regionale Verteilung der Versorgungsarten	31
7.1.2	Ergebnisse der Projektion und Vergleich der Szenarien	34
7.1.2.1	Projektion auf Bundesebene	34
7.1.2.2	Projektion auf Länderebene	37
7.1.2.3	Prognosen auf Kreisebene	40
7.2	Die Analyse der Versorgungslücke	49
7.2.1	Die Ausgangssituation im Jahr 2009	49
7.2.2	Die Entwicklung des Erwerbspersonenpotenzials zwischen 2009 und 2030	50
7.2.3	Ergebnisse und Vergleich der Szenarien	51
7.2.3.1	Die Projektion auf Bundesebene	51
7.2.3.2	Die Projektion auf Länderebene	54
7.2.3.3	Die Projektion auf Kreisebene	55

8 Interpretation der Ergebnisse	60
9 Verbesserungsansätze und Beispiele guter Praxis	62
9.1 Überblicksstudien	62
9.2 Studien und Modellprojekte mit belastbaren Ergebnissen	64
9.2.1 Beratung und Entlastung pflegender Angehöriger	64
9.2.1.1 Beratung und Begleitung	64
9.2.1.2 Leistungsveränderung	66
9.2.1.3 Ausbau ehrenamtlicher Unterstützung	67
9.2.2 Vernetzte Versorgung	67
9.2.3 Schnittstelle Krankenhaus – Häuslichkeit	68
9.3 Impulsgebende Konzepte und Modellprojekte ohne belastbare Ergebnisse	69
9.3.1 Nationale Konzepte und Modellprojekte	69
9.3.2 Internationale Konzepte und Modellprojekte	71
9.4 Zusammenfassende Betrachtung	74
10 Resümee	76
10.1 Die Entwicklung der Zahlen	76
10.2 Diskussion der Interventionsansätze zur Stabilisierung häuslicher Pflegearrangements	76
11 Literatur	78
12 Anhänge	85
12.1 Anhang 1: Abgrenzung und Erfassung des familialen Pflegepotenzials	85
12.1.1 Partnerschaft	85
12.1.2 Kinder	86
12.1.3 Erwerbsquote/Frauenerwerbsquote	86
12.1.4 Zur Erfassung des Pflegepotenzials	86
12.1.5 Messung des engeren familialen Pflegepotenzials je Alter, Geschlecht und Kreis für das Jahr 2009	88
12.1.6 Zur Erfassung des Effekts des familialen Pflegepotenzials auf die Heimquote	90
12.2 Anhang 2: Modellierung der Effekte eines sinkenden Pflegepotenzials auf die Versorgungsarten im Querschnittsvergleich im Jahr 2009	91
13 Vorstellung Autoren	95
14 Vorstellung der Gutachter	96
Das Projekt „Themenreport Pflege“	98
Abstract	101

1. Vorwort

Zweifelsohne birgt der demographische Wandel erhebliche Chancen: Die Menschen bleiben länger gesund und leistungsfähig, weit über das Ende der Erwerbstätigkeit hinaus. Jenseits der Kernfamilie bilden sich neue soziale Netzwerke in der Nachbarschaft und dem Freundeskreis. Die Potenziale für bürgerschaftliches Engagement sind in diesem Versorgungssegment bei Weitem noch nicht ausgeschöpft. Es gibt also – auch angesichts düsterer Prognosen – keinen Grund, den Kopf in den Sand zu stecken. Vielmehr gilt es die Potenziale der demographischen Entwicklung zu nutzen und ihre Herausforderungen besser meistern zu können. Diesem Ziel soll auch die vorliegende Publikation der Bertelsmann Stiftung dienen.

Andererseits stellt die demographische Entwicklung die gesamte Gesellschaft vor erhebliche Herausforderungen. Unter anderem zählt dazu auch die Versorgung von Menschen, die pflegebedürftig sind. Treibender Faktor ist die Altersentwicklung unserer Gesellschaft. Die Zunahme von Einpersonenhaushalten, veränderte Familienkonstellationen, die erhöhte Erwerbstätigkeit von Frauen und die in hohem Alter gravierender werdenden Krankheitsverläufe verstärken die zu erwartende Versorgungslücke.

Denn zum einen steigt mit dem Anteil älterer Bürger der Bedarf an Unterstützung und Begleitung dieser Menschen. Zum anderen wird die Zahl der für die professionelle Pflege zur Verfügung stehenden Fachkräfte abnehmen. Die Generation der heute 40- bis 50-Jährigen muss befürchten, dass sie in 20 oder 30 Jahren nicht mehr die Versorgung erhält, die sie benötigt. Mit Blick auf die Lücke, die sich zwischen Bedarf und Fachkräfteangebot auftut, wird bereits von einem drohenden „Pflegenotstand“ gesprochen.

Der vorliegende Report stützt sich in seinen wesentlichen Teilen auf Prognosen über den zu erwartenden quantitativen wie qualitativen Pflegebedarf im Verhältnis zum zukünftigen Angebot an Pflegefachkräften. In drei Szenarien werden so die bis 2030 vorhersehbaren Versorgungslücken dargestellt.

Die Berechnungen und ihre Darstellung auf Bundes-, Landes- und regionaler Ebene sollen dazu beitragen, die Situation vor Ort differenzierter als dies bisher möglich war zu analysieren, um zielgenauer darauf reagieren zu können. Erstmals werden mögliche Versorgungsszenarien für alle Kreise und kreisfreien Städte in Deutschland prognostiziert, was die Chance eröffnet, regional angemessene Antworten auf die demographischen Herausforderungen zu suchen. Diese stellen sich von Region zu Region unterschiedlich dar.

Im Wegweiser Kommune (www.wegweiser-kommune.de) besteht die Möglichkeit, sich die Daten differenziert nach Regionen und in deren Vergleich zu erschließen.

Die Bertelsmann Stiftung will mit den berechneten Szenarien die Diskussion um die Auswirkungen der demographischen Entwicklung mit Blick auf den wichtigen Versorgungsbereich der Pflege versachlichen. Zugleich werden im Schlussteil qualitative Hinweise und Beispiele gegeben, wie die Herausforderungen durch eine stärkere Gemeinwesenorientierung der Pflegepolitik in Zukunft besser bewältigt werden können.

Konkrete Umsetzungskonzepte wurden im Rahmen des Netzwerks „Soziales neu gestalten“ (SONG) bereits entwickelt und 2009 der Öffentlichkeit vorgestellt. Auch andere Akteure auf kommunaler Ebene oder auf Seiten der Versorgungsakteure erkennen den Handlungsbedarf. Es bedarf einer dringenden weitergehenden gesellschaftlichen Debatte über die nächsten Schritte zur Weiterentwicklung der Pflegepolitik. Wir freuen uns auf die Diskussion mit Ihnen.

Dr. Brigitte Mohn
Mitglied des Vorstandes
Bertelsmann Stiftung

2. Politische Botschaften

Seit Langem gelten in Deutschland die Grundsätze „Rehabilitation vor Pflege“ und „ambulant vor stationär“ – oftmals aber nur auf dem Papier. Das Ungleichgewicht zwischen ambulanten und stationären Anbieterstrukturen, sektorale Barrieren, fehlende Unterstützung für Angehörige und Pflegebedürftige beim Verbleib in ihrer häuslichen Umgebung sind nur einige Gründe, weshalb die genannten Versorgungsprinzipien bis heute noch nicht konsequent umgesetzt wurden. Dabei sprechen sowohl die Lebensqualität der Betroffenen – Pflegebedürftige wie Angehörige – als auch die Wirtschaftlichkeit der Versorgung für den Vorrang insbesondere ambulanter Angebote vor stationärer Versorgung. Je höher die Heimquote, desto höher ist der Personalbedarf insgesamt und desto höher sind auch die Kosten der sozialen Sicherungssysteme. Die professionelle Heimpflege auf das Notwendigste zu reduzieren, die ambulante Versorgung zu stärken und die Pflege durch Angehörige, Freunde und Nachbarn besser zu unterstützen, müsste neben den Sozialversicherungsträgern insbesondere den Kommunen am Herzen liegen, die als Sozialhilfeträger ein genuines Interesse daran haben, die Leistungen der Hilfe zur Pflege zu begrenzen. Denn die Entlastungen der kommunalen Haushalte durch die Einführung der Pflegeversicherung in der Mitte der Neunziger Jahre haben sich als kurzfristiger Effekt erwiesen. Daher ist es an der Zeit, den regional zwar unterschiedlich großen, aber flächendeckend zu erwartenden Versorgungslücken in der Pflege durch intelligente Konzepte für eine stärker ambulante und gemeinwesenorientierte Versorgung sowie eine sinnvolle Koordination der relevanten Akteure zu begegnen.

Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfWG) von 2008 und dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) vom Juni 2012 hat der Bundesgesetzgeber dazu beigetragen, die häusliche Pflege weiter zu stärken. So wurden mit dem PfWG die zusätzlichen Betreuungsleistungen auf 1.200 – 2.400 Euro jährlich erhöht und im PNG die ambulanten Leistungen für demenziell Erkrankte noch einmal erweitert. Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz haben in der sogenannten Pflegestufe 0 nunmehr Anspruch auf monatlich 225 Euro für Pflegesachleistungen oder 120 Euro Pflegegeld für pflegende Angehörige (BMG 2012:10). Leistungen können darüber hinaus nicht mehr nur für Pflege, sondern auch für „häusliche Betreuung“ verwendet werden. Dies entlastet die pflegenden Angehörigen. Mit der Fortzahlung des Pflegegeldes im Fall von Kurzzeitpflege oder Verhinderungspflege werden finanzielle Engpässe bei den pflegenden Angehörigen vermieden und zusätzlich Entlastungen der pflegenden Angehörigen ermöglicht. Durch die Flexibilisierung der Leistungen soll der Bürokratisierung in der ambulanten Pflege entgegengewirkt werden. Außerdem können ab 2013 alternative, private Wohnformen unterstützt werden, wodurch die ambulante Pflege vereinfacht und eine selbstbestimmte häusliche Umgebung geschaffen wird.

Nicht umgesetzt wurde allerdings bisher die Einführung und gesetzgeberisch konsistente Umsetzung eines erneuerten und pflegewissenschaftlich fundierten Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Obgleich die wesentlichen Vorarbeiten dazu bereits in der letzten Legislaturperiode vorgelegt wurden, ist vor 2014 nicht damit zu rechnen, dass dieser wichtige Schritt bei der Überwindung von Schnittstellenproblemen in Angriff genommen wird. Im Sinne der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen wäre jedoch dringend darauf zu achten, dass dieser längst überfällige Reformschritt zügig zu Beginn der nächsten Legislaturperiode erfolgt.

Pflegepolitik umfasst allerdings mehr als die gewiss notwendige Reform der Pflegeversicherung im Kontext einer konsistenteren Einpassung des Themas Pflege innerhalb der Sozialgesetzgebung (SGB V, IX, XI und XII). Zur Verwirklichung bedarfsgerechter Wohn- und Pflegekonzepte ist eine Vernetzung aller verantwortlichen Personen und Institutionen erforderlich, von der Stadtplanung über Wohnungsbaugesellschaften, Pflegekassen bis hin zu Leistungsanbietern in Krankenversicherung, Rehabilitation und Pflege. Dabei erscheint vor dem Hintergrund der Zuständigkeiten und Organisationsgrößen die kommunale Ebene als maßgeblich für die Prozess- und Angebotskoordinierung. Sie muss deutlich gestärkt werden – strukturell und finanziell. Dabei ist aber sicherzustellen, dass sich die Kommunen dieser Aufgabe stärker stellen als dies vor Einführung der Pflegeversicherung der Fall war.

Das wird nicht gehen ohne die Umsteuerung relevanter Finanzströme, um die Kommunen in den Stand zu setzen, eine entsprechende Unterstützungs- und Vernetzungsstruktur aufzubauen und dauerhaft zu unterhalten. Deren Aufgabe wäre es, Gemeinwesenarbeit bzw. Quartiersmanagement zeitstabil abzusichern und so unter anderem Pflege-Mix-Netzwerke vor Ort zu fördern, die in der Lage sind, ein möglichst niedrigschwelliges Case- und Care-Management anzubieten. Flankierend muss der Bundesgesetzgeber die Träger der Pflegeversicherung ermächtigen und verpflichten, sich konzeptionell, organisatorisch und finanziell an solchen kommunalen Netzwerken zu beteiligen. Strukturell geht es also darum, Sozialleistungen unabhängig von der Trägerschaft sozialräumlich auszugestalten und dadurch stärker an regionalen und individuellen Bedürfnissen auszurichten. Nur so lassen sich die Potenziale einer stärker als bisher bürgerschaftlich getragenen Versorgung heben und entwickeln. Der Nutzung dieser Potenziale wird die Gesellschaft bedürfen, um die Pflege auch in Zukunft auf einem bedarfsgerechten Niveau und in entsprechender Qualität sicherstellen zu können.

3. Zusammenfassung

Die Zahl der Pflegebedürftigen wird bundesweit steigen. Zwar besteht die Hoffnung, dass die altersspezifischen Pflegehäufigkeiten in dem Maße sinken, indem die Bevölkerung – altersspezifisch – gesünder wird, und dieser Prozess durch entsprechende Präventionsanstrengungen verstärkt werden kann. Allerdings sind derartige Prozesse in den letzten zehn Jahren nicht zu beobachten (Rothgang et al. 2011). Wird daher von einer Konstanz der alters- und geschlechtsspezifischen Pflegehäufigkeiten auch in den nächsten 20 Jahren ausgegangen, so wird sich die Zahl der Pflegebedürftigen bis 2030 um etwa die Hälfte erhöhen.

Dabei stellt sich die Situation für die einzelnen Bundesländer und erst recht auf Ebene der Kommunen sehr unterschiedlich dar. So weisen die Modellrechnungen für Bremen für den Zeitraum von 2009 bis 2030 ein Wachstum der Zahl der Pflegebedürftigen von 28,2% aus, während diese Wachstumsrate für Mecklenburg-Vorpommern mit 55,9% annähernd doppelt und für Brandenburg mit 72,2% sogar mehr als 2,5-mal so hoch ist. Im Vergleich zum bundesweiten Anstieg der Fallzahlen von 47,4%; überdurchschnittliche Steigerungsraten zeigen sich auch für Berlin (55,8%), Schleswig-Holstein, Bayern (je 53,8%) und Baden-Württemberg (53,6%). Auf der kommunalen Ebene sind die Unterschiede noch ausgeprägter: Hier reichen die Steigerungsraten von knapp 14% (Goslar) bis zu mehr als 100% (München, Oberhavel), wobei die Dynamik praktisch ausschließlich von der Altersstruktur in der jeweiligen Kommune abhängt.

Angesichts dieser Entwicklung stellt sich die Frage, wie Pflege und Betreuung organisiert werden sollen, wenn der Bedarf immer größer wird. Diese Frage ist umso dringlicher, als auf der einen Seite sinkende familiäre Pflegepotenziale zu erwarten sind, auf der anderen Seite aber aufgrund der demographischen Alterung die Zahl der Personen im erwerbsfähigen Alter sinkt, sodass – ceteris paribus – nicht von einem steigenden Arbeitskräfteangebot in der Pflege ausgegangen werden kann. Das Aufeinandertreffen steigender Bedarfe nach formaler Pflege und eines rückläufigen Arbeitskräfteangebots konstituiert eine „Versorgungslücke“, die zu schließen eine der vornehmsten Aufgaben der Gesundheits- und Pflegepolitik der nächsten Jahre sein muss.

Um das Ausmaß dieser Versorgungslücke abzuschätzen und insbesondere den kommunalen Entscheidungsträgern die für ihre Entscheidungen notwendige Datengrundlage zu verschaffen, werden in diesem Themenreport die Ergebnisse kleinräumiger Vorausberechnungen zur Zahl der Pflegebedürftigen, ihrer Versorgung in verschiedenen Versorgungsarten und der dabei drohenden Versorgungslücke in der formellen Pflege bis zum Jahr 2030 vorgestellt. Dabei werden drei Szenarien unterschieden:

- Szenario 1 schreibt die derzeit beobachtbaren alters- und geschlechtsspezifischen Verteilungen der Versorgungsformen fort. Die Ergebnisse dieses reinen Status-Quo-Szenarios dienen als Referenzpunkt für die anderen Szenarien.
- Szenario 2 greift explizit den seit Einführung der Pflegeversicherung beobachtbaren Trend zur formellen Pflege auf und schreibt diesen Trend mittels Trendextrapolation fort.
- Szenario 3 wird durch den Wunsch inspiriert, dem im SGB XI normierten Vorrang der häuslichen Pflege zum Durchbruch zu verhelfen. In Abgrenzung zu Szenario 1 und 2 wird daher postuliert, dass sich die Zahl der Pflegebedürftigen in vollstationärer Pflege nicht weiter erhöht.

Wie die Modellrechnungen zeigen, ergibt sich für 2030 in Szenario 1 bundesweit ein Anstieg des Anteils der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen von 30,6 % auf 33,1 % und ebenfalls ein leichter Anstieg des Anteilswertes für ambulante Versorgung (von 23,7 % auf 24,8 %), während der Anteilswert für Angehörigenpflege rückläufig ist (45,6 % auf 42 %). Dieser Rückgang ist in Szenario 2 noch deutlich ausgeprägter, da hier nicht nur eine demographisch bedingte Verschiebung in den Pflegeformen berücksichtigt wird, die darauf beruht, dass sich der Anteil der hochaltrigen Pflegebedürftigen an allen Pflegebedürftigen in den nächsten beiden Dekaden erhöht, sondern auch der Rückgang des familialen Pflegepotenzials berücksichtigt wird. Der Anteil der Angehörigenpflege geht gemäß dieser Modellrechnung auf 37,3 %, also um – im Vergleich zu Szenario 1 – weitere 5 Prozentpunkte zurück, wobei sich dies fast ausschließlich in einem steigenden Anteil für ambulante Pflege niederschlägt. Da die Inanspruchnahme formeller Pflegedienste damit in beiden Szenarien steigt, gleichzeitig aber das Arbeitskräfteangebot demographisch bedingt zurückgeht, öffnet sich eine Versorgungslücke, die für Szenario 1 auf 434.000 Vollzeitäquivalente und für Szenario 2 auf 492.000 Vollzeitäquivalente quantifiziert wurde. Bemerkenswert ist hierbei, dass diese Lücke zu mehr als 80 % auf steigende Bedarfe und zu weniger als 20 % auf den Arbeitsmarkteffekt zurückgeht.

Gelingt es dagegen, die Zahl der Pflegebedürftigen in vollstationärer Pflege konstant zu halten, halbiert sich diese Versorgungslücke annähernd (Szenario 3). Sie beträgt dann 2030 „nur noch“ 263.000 Vollzeitäquivalente. Allerdings setzt dies voraus, dass es zum einen gelingt, den Anteil der Angehörigenpflege zu stabilisieren (46 % im Vergleich zum 45,6 % im Jahr 2009) und zum anderen den Anteil der ambulanten Pflege um etwa zehn Prozentpunkte zu erhöhen von 23,7 % (im Jahr 2009) auf 33,2 % (im Jahr 2030). Die dennoch deutliche Reduktion der Versorgungslücke in Szenario 3 ist darauf zurückzuführen, dass nicht nur der Anteil der Angehörigenpflege höher liegt als in Szenario 1 und 2, sondern auch der Personalbedarf bei ambulanter Pflege geringer ist, weil hier nicht berufliche Pflegeleistungen eine größere Rolle spielen.

Für die Länder und die Kommunen ergeben sich dabei je spezifische Effekte, die im Einzelnen deutlich von den Ergebnissen der Bundesebene abweichen können und den Entscheidungsträgern vor Ort die Möglichkeit geben, auf ihre jeweiligen Bedürfnisse einzugehen.

Das „Wunschscenario“ 3 hat somit nicht nur den Vorteil, dass der Wunsch der Betroffenen nach Vorrang der häuslichen Pflege und der entsprechende Gesetzesauftrag des SGB XI umgesetzt werden, er führt zudem zu einer Halbierung der errechneten Versorgungslücke. Für die Verwirklichung dieses Szenarios sind aber vielfältige Anstrengungen notwendig, um die Attraktivität des Pflegeberufes zu stärken und so die Versorgungslücke zu schließen, um die Angehörigenpflege zu stabilisieren und um das zivilgesellschaftliche Engagement zu stärken, das mitwachsen muss, wenn der Anteil der ambulanten Pflege im beschriebenen Ausmaß steigen soll.

Vor diesem Hintergrund werden innovative Konzepte zur Bewältigung zukünftiger Versorgungsbedarfe zunehmend wichtig. Für die qualitative Teilstudie des „Themenreport Pflege“ der Bertelsmann Stiftung wurden deshalb Studien, Modellprojekte und Konzepte, welche geeignet sind, häusliche Versorgungsarrangements durch professionelle Interventionen wirksam zu stabilisie-

ren, systematisch recherchiert. Es wurden neun evidenzbasierte Studien gefunden, wovon eine ausschließlich auf qualitativen Daten, fünf auf deskriptiv quantitativen und qualitativen Analysen bzw. Befragungen sowie drei auf Kontrollgruppendesigns basieren. Zusätzlich wurden sieben impulsgebende Studien, Modellprojekte und Konzepte in die Auswertung aufgenommen.

Im Rahmen der Auswertung wiesen insbesondere case- und care-management-basierte Handlungsansätze belastbare Ergebnisse hinsichtlich einer nachweislichen Verzögerung des Heimeintritts nach. Lücken in der Wirksamkeitsforschung zeigen sich in den Bereichen quartiersnahes Wohnen, Wohnraumanpassung sowie Unterstützungsmöglichkeiten durch Technik bzw. Hilfsmittel.

Insgesamt unterstreicht das Ergebnis der Literaturrecherche die Notwendigkeit, die Anstrengung zur Implementierung von leistungsfähigen Rehabilitationsstrukturen in der Geriatrie drastisch zu verstärken und konsequent Care- und Case-Management-Strukturen zu implementieren. Diese sollten eingebettet sein in regionale und lokale Planungsprozesse, die tragfähige, sektorenübergreifende Kooperations- und Vernetzungsstrukturen und -kulturen befördern und eine bedarfsangemessene Infrastruktur zum Gegenstand haben. Unter diesen Voraussetzungen lassen sich Heimeintritte auf das Maß des Erforderlichen und im Einzelfall Notwendigen am ehesten begrenzen. Hierfür bedarf es aber einer klaren Kompetenzzuweisung für regionale und kommunale Planungsprozesse und eine entsprechende Kompetenz- und Ressourcenausstattung.

4. Bedeutung des Themas

Im Dezember 2009 waren in Deutschland 2,34 Mio. Menschen pflegebedürftig im Sinne der Pflegeversicherung. Rund 3 Mio. Menschen sind zudem hilfebedürftig, wobei der Grad der Hilfebedürftigkeit nicht so groß ist, dass Leistungen der Pflegeversicherung beansprucht werden können (Schneekloth 2008). Wird zudem bedacht, dass bei jedem Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege etwa zwei Pflegepersonen, in der Regel Angehörige, an der Pflege beteiligt sind und bei Hilfebedürftigen durchschnittlich 1,7 Personen (ebd.), wird deutlich, dass Langzeitpflege kein Randthema ist. Dementsprechend gaben 2005 in einer repräsentativen Umfrage unter 3.000 GKV-Versicherten mehr als ein Drittel der Befragten an, sie hätten schon im Verwandten- oder Bekanntenkreis mit der Pflegeversicherung zu tun gehabt (Zok 2005: 3). Diese Zahlen werden noch weiter steigen, da sich die Zahl der Pflegebedürftigen nach den Berechnungen des Statistischen Bundesamtes bis ins Jahr 2030 auf 3,4 Mio. und bis 2050 sogar auf 4,5 Mio. erhöhen, also annähernd verdoppeln wird (Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2010: 30).

Um die Bedeutung des Pflegerisikos für jeden Einzelnen von uns realistisch beurteilen zu können, ist es aber wichtig, nicht nur derartige Querschnittsergebnisse zu betrachten, sondern den gesamten Lebenszyklus in den Blick zu nehmen. So sind heute etwa 3 % der deutschen Bevölkerung pflegebedürftig. Das erscheint nicht viel, denn es bedeutet gleichzeitig, dass 97 % nicht pflegebedürftig sind. Bezieht man sich nur auf die Altenbevölkerung, also auf die über 65-Jährigen, liegt die Quote der Pflegebedürftigen schon bei mehr als 10 %. Allerdings ist auch diese Betrachtung nicht aussagekräftig. Möchte man wissen, welche Bedeutung Pflegebedürftigkeit wirklich hat, genügt es nicht zu untersuchen, wie hoch die Wahrscheinlichkeit ist, heute pflegebedürftig zu sein. Stattdessen muss geprüft werden, wie hoch die Wahrscheinlichkeit ist, jemals im Leben pflegebedürftig zu werden. Um diese sogenannte Lebenszeitprävalenz zu ermitteln, wurden im BARMER GEK Pflegereport die Lebensläufe der im Jahr 2001 Verstorbenen analysiert und diese Ergebnisse auf Deutschland hochgerechnet. Demnach hat die Hälfte der 2001 Verstorbenen in ihrem Leben, in aller Regel am Lebensende, Pflegeversicherungsleistungen bezogen. Bei den Männern waren es etwa 40 % und bei den Frauen etwa 60 %. Diese Lebenszeitprävalenz hat in der letzten Dekade sogar noch zugenommen und belief sich 2009 auf 50 % bei den Männern und 72 % bei den Frauen. Bereits heute wird also jeder zweite Mann im Laufe seines Lebens pflegebedürftig, und bei den Frauen sind es sogar annähernd drei von vier – jeweils mit steigender Tendenz (Rothgang et al. 2011: 137). Pflegebedürftigkeit ist demnach kein Restrisiko, sondern ein allgemeines Lebensrisiko, von dem die Mehrheit der Bevölkerung im Laufe des Lebens betroffen ist und das eine entsprechende Aufmerksamkeit verdient. Dementsprechend beschäftigt „die Sorge, im Alter zum Pflegefall zu werden“, einer aktuellen Repräsentativumfrage unter 3.000 GKV-Versicherten zufolge 67 % der Frauen und 55 % der Männer (Zok 2011: 2).

Politisch ist die Absicherung des Pflegerisikos 1974 durch ein Gutachten des Kuratoriums Deutsche Altershilfe (KDA) auf die politische Agenda gesetzt worden. Nach einer darauf folgenden 20-jährigen Diskussionsphase wurde 1994 das Pflege-Versicherungsgesetz verabschiedet, das die Einführung einer Pflegeversicherung für praktisch die ganze Bevölkerung in zwei Zweigen vorsah, der Sozialen Pflegeversicherung und der Privaten Pflegepflichtversicherung (Pabst/Rothgang 2000). Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz von 2008 wurde dann ein erstes größeres Reformgesetz verabschiedet, das nicht nur – wie etwa das Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz 2001 – Leistungsverbesserungen enthält, sondern auch auf strukturelle Weiterentwicklungen abzielt (vgl. Bieback 2009). Dem ist jüngst das Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) gefolgt, das 2013 in Kraft treten soll. Insbesondere angesichts der im PNG ungelöst gebliebenen Fragen (vgl.

Rothgang 2012), vor allem die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs betreffend, die im Gesetz selbst für die Zukunft angekündigt wird, ist deutlich, dass die Absicherung des Pflegerisikos auch in unmittelbarer Zukunft ein wichtiges politisches Thema bleiben wird.

Die aktuelle politische Debatte konzentriert sich dabei auf zwei Themenbereiche: zum einen die Finanzierung der Pflegeversicherung bzw. die zukünftige Finanzierung von Pflegeleistungen auch jenseits der Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung (vgl. Jacobs/Rothgang 2012; Rothgang 2012 für eine Bewertung der diesbezüglichen Regelungen im PNG); zum anderen auf die Frage, wie die notwendigen Pflegeleistungen in Zukunft sichergestellt werden können. Dabei geht es sowohl um Wege zur Entlastung pflegender Angehöriger, einschließlich der Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege und Berufstätigkeit, als auch um die Entwicklung neuer, innovativer Pflegearrangements und nicht zuletzt den „Pflegenotstand“, das heißt den derzeitigen und mehr noch den für die Zukunft zu erwartenden Mangel an Pflege(fach)kräften. So zielt die im Rahmen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes 2008 eingeführte Pflegezeit und ihre mit dem Inkrafttreten des Familienpflegezeitgesetzes zum 1.1.2012 gesetzlich verankerte Weiterentwicklung zur „Familienpflegezeit“¹ sowie die – teilweise kritisch geführte – diesbezügliche Debatte (vgl. Rothgang et al. 2011: 29ff.) auf die Vereinbarkeitsproblematik ab, während das PNG sowohl die Entlastung pflegender Angehöriger anstrebt, als auch alternative Wohnformen für Senioren fördert und dabei insbesondere auch auf Pflege-Wohngruppen für Wohngemeinschaften für Demenzzranke abstellt. Die besondere politische Bedeutung des Themas „Pflegenotstand“ wird unter anderem daran deutlich, dass der damalige Gesundheitsminister Rössler die Auftaktveranstaltung seines „Pflegedialogs“ diesem Thema widmete. Für die zukünftigen Versorgungsstrukturen zentral ist nach wie vor die Frage nach der relativen Bedeutung des ambulanten und stationären Sektors. Der Auftrag des Pflege-Versicherungsgesetzes ist dabei eindeutig: In § 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI), das die Pflegeversicherung normiert, ist der „Vorrang der häuslichen Pflege“ festgelegt, und die Forderung nach der Umsetzung dieses Grundsatzes fehlt in kaum einer programmatischen Erklärung zur Weiterentwicklung des Pflegeversicherungssystems.

Damit sind auch die inhaltlichen Themenbereiche umrissen, die in diesem Report behandelt werden, der sich mit der Sicherstellung der pflegerischen Versorgung bis zum Jahr 2030 beschäftigt und dabei insbesondere thematisiert, wie sich diese Versorgung entwickelt und dabei verschiedene Szenarien durchspielt. Ziel ist es dabei eine Datengrundlage zu liefern, die durch ihre kleinräumige Darstellung auch für kommunale und regionale Planungen hilfreich ist. Entsprechende Daten liegen derzeit nämlich nicht vor.

Seit 1999 wird von den Statistischen Ämtern des Bundes und der Länder im zweijährigen Rhythmus die Pflegestatistik nach § 109 SGB XI erhoben. Mit der Veröffentlichung dieser Statistik hat sich die Informationslage zur Pflegbedürftigkeit wesentlich verbessert. Seit der Erhebung 2003 werden ebenfalls zweijährig auch Informationen zum Kreisvergleich publiziert – zuletzt im Februar 2010 mit Informationen zum Erhebungsjahr 2007, sodass nunmehr auch kleinräumige Informationen vorliegen. Allerdings bleibt die Berichterstattung auf der Ebene einfacher Indikatoren (Zahl der Pflegebedürftigen, Zahl der Heimbewohner etc.) stehen. So werden weitere vorhandene kleinräumige Informationen etwa über die Sozial- und Infrastruktur der Kommunen nicht mit den Indikatoren zur Pflegebedürftigkeit zusammengebracht. Weiterhin bezieht sich die Berichterstattung der Statistischen Ämter auf die jeweils aktuelle Situation und enthält keine kleinräumigen Vorausberechnungen zu zukünftigen Entwicklungen.² Auch der (BARMER) GEK Pflegereport konzentriert seine Berichterstattung auf die Bundes- und Länderebene (Rothgang et

al. 2008, 2009, 2010, 2011). Zwar enthält der Report 2009 Analysen auf der kommunalen Ebene, die über eine bloße Deskription hinausgehen und auch Ursachen für regionale Unterschiede zu benennen versuchen, allerdings sind auch in diesem Bericht keine Vorausberechnungen enthalten. Derartige Vorausberechnungen liegen nur vereinzelt für Länder vor, namentlich für Nordrhein-Westfalen (Rothgang 2004), Rheinland-Pfalz (Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz 2010) und Sachsen (Raffelhüschen et al. 2011).

Ein Bericht, der kleinräumige Vorausberechnungen für die Bundesrepublik enthält, fehlt also derzeit noch – obwohl derartige Zahlen für die Planung und Gestaltung der pflegerischen Infrastruktur von entscheidender Bedeutung wären. Der hier vorgelegte „Themenreport Pflege“ will diese Lücke schließen und entsprechende kleinräumige Vorausberechnungen zur Zahl der Pflegebedürftigen und zur Inanspruchnahme von Pflegeeinrichtungen bis zum Jahr 2030 präsentieren, die Grundlage für eine differenzierte Planung sein können. Dabei werden die unterschiedlichen Versorgungsformen in den Vordergrund gerückt und dargelegt, wie sich die Verteilung dieser Versorgungsformen, d.h. Angehörigenpflege, ambulante Pflege und stationäre Pflege in Zukunft unter verschiedenen Annahmen entwickeln wird und welche Implikationen dies für die Personalsituation in Pflegeeinrichtungen hat. Ausgehend von diesen Zahlen wird argumentiert, dass eine Förderung ambulanter Versorgungssettings im Quartier unter verstärkter Mobilisierung der Zivilgesellschaft allein in der Lage ist, eine angemessene Pflege der zukünftig steigenden Zahl Pflegebedürftiger angesichts der zu erwartenden Personalknappheit in der beruflichen Pflege sicherzustellen. Die kleinräumige Darstellung auf kommunaler Ebene erlaubt es kommunalen Planern abzulesen, welche Voraussetzungen eine solche Entwicklung für ihre Kommune hat.

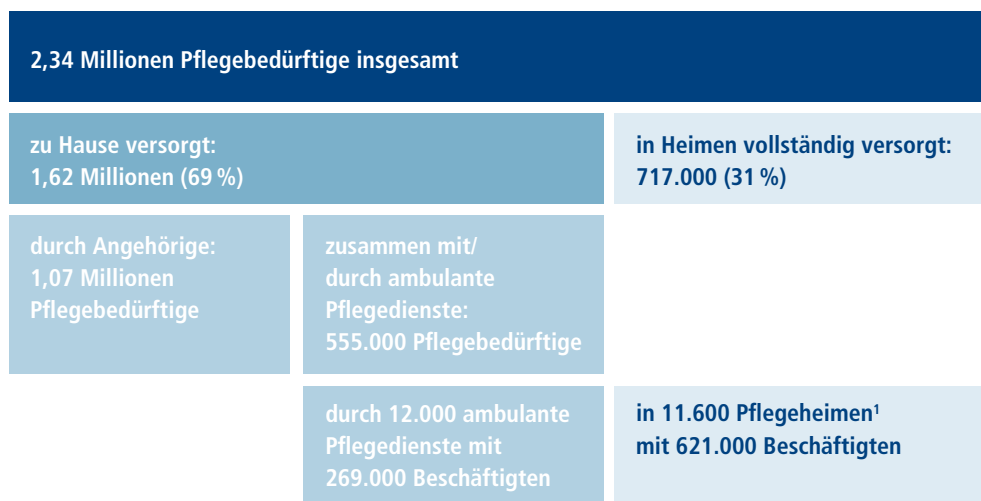
1 Umfassende Informationen hierzu finden sich auf der entsprechenden Seite des Bundesamtes für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (www.familien-pflege-zeit.de).

2 In einem aktuellen Bericht (Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2010) werden zwar Vorausberechnungen zur Entwicklung der Pflegebedürftigkeit bis 2050 durchgeführt – diese beziehen sich aber auf das Bundesgebiet insgesamt und enthalten keine regionale oder gar kommunale Gliederung.

5. Pflegearrangements heute und morgen: Wünsche der Bevölkerung und soziale Realität

Von den 2,34 Mio. Pflegebedürftigen im Sinne des SGB XI wurden im Dezember 2009 gut zwei Drittel zu Hause und knapp ein Drittel in Heimen vollstationär versorgt. Von den Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege wurden 1,07 Mio. Pflegebedürftige ausschließlich von Angehörigen versorgt und weitere 550.000 von Angehörigen in Kooperation mit ambulanten Pflegediensten (Abbildung 1). Insgesamt wird so knapp die Hälfte aller Pflegebedürftigen ohne Beteiligung zugelassener Pflegeeinrichtungen versorgt. Die Angehörigenpflege stellt damit immer noch das Rückgrat der Langzeitpflege dar.

Abbildung 1: Versorgungsarten im Dezember 2009

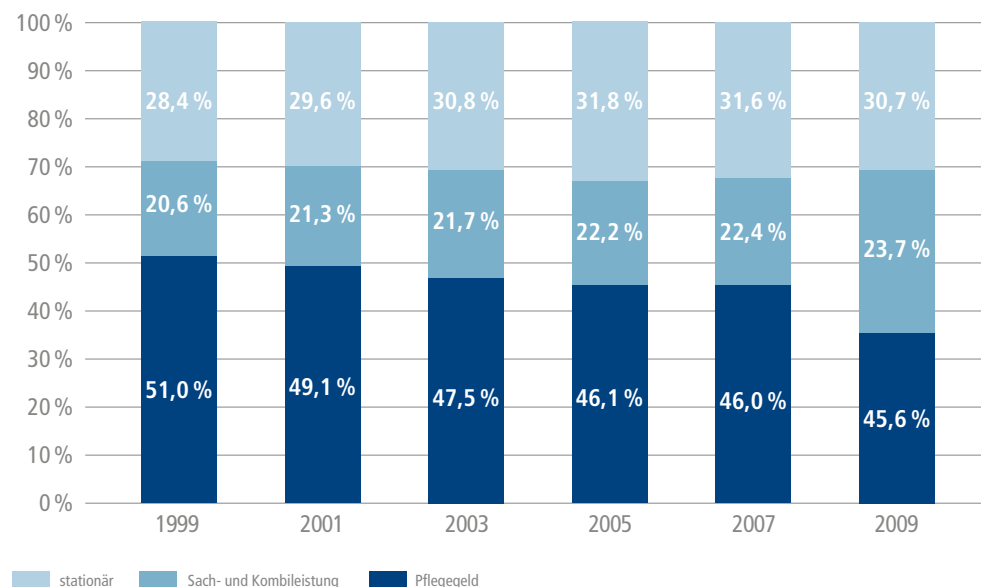


¹ Einschließlich teilstationäre Pflegeheime

Quelle: Pflegestatistik 2009, abgedruckt in: Statistisches Bundesamt (2011a: 4)

| Bertelsmann Stiftung

Gleichzeitig ist im Zeitverlauf eine Tendenz weg von der „informellen Pflege“ durch Angehörige hin zur Pflege unter Beteiligung von ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtungen zu erkennen. Dieser Trend ist nicht sehr ausgeprägt, dafür aber kontinuierlich. So ist der Anteil der Pflegegeldempfänger³ unter allen Pflegebedürftigen ausweislich der Pflegestatistik von 1999 bis 2009 von 51 Prozentpunkten auf 45,6 Prozentpunkte gesunken (Abbildung 2). Dies entspricht einem Rückgang von 11 % des Ausgangswertes. Wie die Abbildung zeigt, hat sich der Rückgang des Anteils der Angehörigenpflege von 1999 bis 2005 insbesondere in einem steigenden Anteil der stationären Pflege niedergeschlagen. Deren Anteilswert ist in diesem Zeitraum von 28,4 Prozentpunkten auf 31,8 Prozentpunkte um 12 % des Ausgangswertes gestiegen, von 2005 bis 2009 dann aber wieder gesunken. Der Anteil der ambulanten Pflege ist dagegen durchgängig gestiegen, von 1999 bis 2005 von 20,6 auf 22,2 Prozentpunkte, also um 8 % des Ausgangswertes, und von 2005 bis 2009 dann erneut um 7 % auf einen Wert von 23,7 Prozentpunkten. Im gesamten Zehnjahres-Zeitraum ist der Anteil der ambulanten Pflege damit von 20,6 auf 23,7 Prozentpunkte und damit um 15 % des Ausgangswertes gestiegen.

Abbildung 2: Inanspruchnahme von Pflegeversicherungsleistungen

Quelle: Pflegestatistik nach § 109 SGB XI

| BertelsmannStiftung

Vieles spricht dafür, dass der Trend einer abnehmenden informellen Pflege auch weiter anhalten wird (vgl. Abschnitt 6.3.4). Schon allein aus demographischen Gründen werden weniger Personen zur Verfügung stehen, die die häusliche Pflege übernehmen können. Meistens sind es derzeit die „mittelalten Frauen“, die sich dazu bereit erklären, und deren Bevölkerungsanteil wird sinken. Des Weiteren steigen die Frauenerwerbsquoten und die Arbeitsmarktchancen der Frauen. Je besser aber das Qualifikationsniveau und je höher das Lohnniveau ist, desto weniger besteht die Bereitschaft, auf Berufstätigkeit zugunsten von Pflege Tätigkeit zu verzichten. Außerdem wächst sowohl die Anzahl von Einzelhaushalten als auch die räumliche Entfernung zwischen den Wohnorten von Eltern und Kindern, was die familiäre Pflege ebenfalls einschränkt. Mit dem Pflege-Versicherungsgesetz wurde weiterhin konstatiert, dass Pflege eine „gesamtschellschaftliche“ und damit keine rein familiäre Aufgabe ist (§ 8 Abs. 1 SGB XI). Deshalb wird „die Pflicht zu pflegen“ von Familienangehörigen immer weniger stark empfunden. Skepsis erwecken auch Studien zur pflegekulturellen Orientierung, die die Pflegebereitschaft von Familienangehörigen hinsichtlich des sozialen Milieus differenzieren und dabei feststellen, dass die Pflegebereitschaft in einigen der Milieus am stärksten ausgeprägt ist, die im Zeitverlauf an Bedeutung verlieren werden (Klie/Blinkert 2000, 2004).

Insgesamt spricht daher vieles dafür, dass die Chancen, bei Pflegebedürftigkeit in der eigenen Häuslichkeit und wenn möglich von den eigenen Angehörigen gepflegt zu werden, schwinden, wenn die Rahmenbedingungen unverändert bleiben. Gerade die Pflege in der eigenen Häuslichkeit entspricht aber dem überwiegenden Wunsch der Bevölkerung. So wünscht sich die Mehrheit der Befragten in einer aktuellen, repräsentativen Befragung von 1.600 GKV-Versicherten ab 18 Jahren, „in der eigenen Wohnung“ (41,3 %) bzw. „im Kreis der Familie“ (40,8 %) gepflegt zu

3 Pflegegeldempfänger nehmen keine Pflegeleistungen zugelassener Pflegeeinrichtungen als Hauptleistungsart in Anspruch. Hauptleistungsarten sind dabei Pflegegeld, Pflegesachleistungen (einschließlich der Kombination aus Pflegegeld- und Sachleistungsbezug) und stationäre Pflege. Allerdings können auch Pflegegeldempfänger besondere Betreuungsleistungen für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz gemäß § 45b SGB XI in Anspruch nehmen.

werden (Zok 2011: 4). Die gering ausgeprägte Präferenz für Heimpflege zeigt sich auch in einer Befragung von Privatversicherten über 40 Jahren. Von den 5.514 Versicherten, die den Fragebogen beantwortet haben und die nach Angaben der verantwortlichen Wissenschaftler repräsentativ für die Privatversicherten dieser Altersgruppe sind, präferieren nur 8 % eine Heimpflege. Bevorzugte Versorgungsformen sind dagegen „zu Hause durch Angehörige und ambulante Pflegedienste“ (40 %), „in betreutem Wohnen/Servicewohnen (18 %), „zu Hause durch ambulanten Pflegedienst“ (16 %) und „zu Hause durch Angehörige“ (8 %) (Kuhlmey et al. 2010: 7). Der Vergleich dieser beiden Befragungen zeigt – neben der jeweils geringen Präferenz für die Heimpflege⁴ – auch, dass die Präferenz für den Einbezug professioneller Hilfen bei den Privatversicherten vergleichsweise stärker ausgeprägt ist.

Die Befragungsdaten weisen dabei auf das doppelte Kernproblem der Pflegezukunft hin: Zum einen stellt sich die Frage, wie die zukünftige Versorgung der Pflegebedürftigen überhaupt sichergestellt werden kann angesichts sinkender relativer familialer Pflegekapazitäten und Kapazitätsrückgängen in der beruflichen Pflege. Zum anderen ist zu fragen, inwieweit die Versorgungsarten dann den Wünschen der Pflegebedürftigen entsprechen, die eine häusliche Pflege durch Familien und/oder Pflegedienste weit überwiegend bevorzugen – eine Präferenz, die im programmatischen Teil des SGB XI zudem explizit normiert ist.

Tabelle 1: Verteilung der Hauptleistungsarten nach Bundesländern im Jahr 2009

	vollstationäre Pflege	ambulante Pflegesachleistungen	Pflegegeld
Baden-Württemberg	34,1	20,2	45,7
Bayern	32,6	23,0	44,4
Berlin	25,7	25,9	48,4
Brandenburg	25,0	30,4	44,6
Bremen ³	/	/	/
Hamburg	31,2	30,0	38,8
Hessen	24,8	21,6	53,5
Mecklenburg-Vorpommern	27,7	25,5	46,7
Niedersachsen	31,9	24,6	43,5
Nordrhein-Westfalen	30,4	23,3	46,4
Rheinland-Pfalz	29,4	20,8	49,8
Saarland	30,9	21,9	47,2
Sachsen	33,1	28,2	38,8
Sachsen-Anhalt	31,3	25,8	43,0
Schleswig-Holstein	40,5	21,1	38,4
Thüringen	26,6	24,3	49,0
Deutschland	30,7	23,7	45,6

³ Für Bremen sind geschätzte Daten im Deutschlandergebnis enthalten. Die Schätzung ist ausreichend genau für ein sinnvolles Deutschlandergebnis, aber nicht hinreichend genau für eine Beschreibung der Situation in Bremen.

Quelle: Statistisches Bundesamt (2011c)

⁴ Diese geringe Präferenz für Heimpflege zeigt sich auch in den Infratest-Befragungen zu den „Möglichkeiten und Grenzen der selbständigen Lebensführung im Alter“. Ein Umzug in ein Heim kommt für 48 % der befragten pflegenden Angehörigen in der 2002 durchgeführten Repräsentativbefragung „nicht in Frage“. Weitere 39 % halten einen solchen Umfang für „nicht sehr wahrscheinlich“ oder „unwahrscheinlich“. Bei den Pflegebedürftigen sind die Anteilswerte mit 38 % („kommt nicht in Frage“) und 43 % („nicht sehr wahrscheinlich“ oder „unwahrscheinlich“) etwas geringer, ergeben zusammengekommen aber immer noch eine sehr deutliche Mehrheit von mehr als 80 % (Schneekloth/Wahl 2005: 85).

Diese Frage stellt sich auf der Bundesebene, sie stellt sich aber auch auf der Ebene der Länder und Kommunen, die sich auch hinsichtlich der Versorgungsstrukturen deutlich unterscheiden (Tabelle 1). So reichen der Anteilswert für Heimpflege von 25,1 % (Brandenburg) bis 40,4 % (Schleswig-Holstein) und der Anteilswert für Pflegegeldbezug und damit Angehörigenpflege von 36,6 % (Hamburg) bis zu 54,3 % (Hessen). Hierzu entsprechende Berechnungen auf kommunaler Ebene vorzunehmen und damit die Grundlage für pflegepolitisches Handeln zu legen, um die Versorgung in Zukunft nicht nur sicherzustellen, sondern dabei auch die Präferenzen der Betroffenen abzubilden, ist Ziel dieses Reports.

6. Methodische Aspekte

Ziel dieses Reports ist es, kleinräumig darzustellen, wie sich die Versorgung von Pflegebedürftigen in Deutschland entwickeln könnte und welche Faktoren die Entwicklung beeinflussen. Dazu werden Projektionen für den Zeitraum bis zum Jahr 2030 für drei Szenarien berechnet, die sich hinsichtlich der verwendeten Annahmen deutlich unterscheiden.

Die Fragen, die auf dieser Basis insbesondere mit Blick auf die kommunale Ebene beantwortet werden sollen, sind:

- Wie entwickeln sich Pflegebedarfe?
- Droht Unter- und Fehlversorgung?
- Droht Personalmangel in der pflegerischen Versorgung?
- Wie sehen die Pflegestrukturen der Zukunft aus?

Als Ausgangspunkt beschreibt der Themenreport Pflege zunächst den Status quo, und zwar die Bedarfe (Zahl der Pflegebedürftigen), die Angebotsseite (Kapazitäten der Pflegeeinrichtungen) und die derzeitige Inanspruchnahme (ambulante Pflege, stationäre Pflege, Angehörigenpflege). Basierend auf diesen Ausgangswerten werden drei Szenarien dargestellt, die angeben, wie sich die Pflegebedarfe und das Personal in Pflegeeinrichtungen entwickeln könnten und an welchen Stellen Engpässe entstehen könnten, wenn bei entsprechendem Szenario nichts unternommen wird:

- Szenario 1 (Status quo): Es werden die Anteile der Pflegebedürftigen in den jeweiligen Versorgungsarten je Alter, Geschlecht und Region fortgeschrieben.
- Szenario 2 (formelle Pflege nimmt zu): Die Bereitschaft oder Möglichkeit zur Pflege durch Angehörige sinkt, wodurch der Bedarf an formeller Pflege steigt. Dieses Szenario schreibt damit bestehende Trends fort.
- Szenario 3 (häusliche Pflege wird gestärkt): Es wird unterstellt, dass Versorgungsformen und Unterstützungen installiert werden, die dazu beitragen, die häusliche Pflege so weit zu stärken, dass das Volumen der stationären Pflege auf Bundesebene konstant gehalten werden kann. Dieses Szenario ist damit ein „Wunschscenario“, das damit den in § 3 SGB XI normierten „Vorrang der häuslichen Pflege“ umsetzt.

Die statistischen Auswertungen wurden mit der Analyse-Software SAS für Windows 9.2 durchgeführt.

6.1 Daten

6.1.1 Regionen

Die Projektionen erfolgen auf Bundesebene, Landesebene und der Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte (Kreisebene), um einerseits einen Gesamtüberblick zu erhalten, andererseits die landesspezifischen Organisationsunterschiede und schließlich die kleinräumigen Unterschiede insbesondere in der Bevölkerungsstruktur zu berücksichtigen.

6.1.2 Datenbasis

Als Datengrundlage für die Darstellung und Beschreibung der zukünftigen Bevölkerungsentwicklung und der Pflegehäufigkeit werden die Bevölkerungsvorausberechnung bis 2030 des „Wegweiser Kommune“ (Bertelsmann Stiftung) sowie die Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes auf Ebene der kreisfreien Städte und Landkreise des Erhebungsjahres 2009 genutzt. Die Pflegestatistik ist eine zweijährliche Erhebung bei den ambulanten und stationären Pflege-

diensten und bei den Pflegekassen – jeweils zum Jahresende. Die vollständigen Daten der Pflegestatistik 2009 wurden an einem Gastwissenschaftlerarbeitsplatz der Forschungsdatenzentren der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder (FDZ) zur Verfügung gestellt.

Die Ergebnisse, die auf den Daten des FDZ beruhen, können sich leicht von den Ergebnissen unterscheiden, wie sie in den Pflegestatistiken veröffentlicht wurden (Statistisches Bundesamt 2011a; b; c; d). So finden sich beispielsweise unter Verwendung der FDZ-Daten für Deutschland 268.979 Beschäftigte im ambulanten Pflegedienst, während in den Deutschlandergebnissen der Pflegestatistik 2009 (Statistisches Bundesamt 2011a: 13) 268.891 Beschäftigte ausgewiesen werden. Die Art, wie die Beschäftigtenzahlen vom Statistischen Bundesamt in Vollzeitäquivalente umgerechnet werden, ist nicht ausgewiesen; dennoch sind die hier unter Verwendung der FDZ-Daten errechneten Vollzeitäquivalente vergleichbar. So weist das Statistische Bundesamt für 2009 176.856 Vollzeitäquivalente aus (2011a: 14), während die in dieser Arbeit vorgenommenen Schätzungen 175.864 Vollzeitäquivalente ergeben.

6.2 Definitionen

6.2.1 Pflegebedürftige

Als Pflegeleistungen werden in den Daten der Pflegestatistik unterschieden:

- Pflegesachleistung (§ 36 SGB XI: Pflege durch ambulante Pflegedienste),
- Pflegegeld (§ 37 SGB XI: für selbst beschaffte Pflegehilfen),
- Verhinderungspflege (§ 39 SGB XI: häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson; wird teilweise auch Urlaubspflege genannt),
- Tages- und Nachtpflege (§ 41 SGB XI: stationäre Pflege als Ergänzung zur häuslichen Pflege; wird teilweise auch teilstationäre Pflege genannt),
- Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI: vorübergehende stationäre Pflege),
- Vollstationäre Pflege (§ 43 SGB XI: dauerhafte vollstationäre Pflege).

Aufgrund der verwendeten Datenbasis ist Pflegebedürftigkeit im Rahmen dieses Reports immer als sozialrechtlicher Begriff zu verstehen. Es gelten damit immer nur diejenigen Personen als pflegebedürftig, die pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind und auch Leistungen der Pflegeversicherung erhalten. Der Begriff der „Pflegebedürftigen“ bezeichnet in diesem Report damit immer Empfänger von Pflegeversicherungsleistungen nach dem 11. Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI). Gleichzeitig gibt es einen zahlenmäßig noch größeren Personenkreis, der der Hilfe bedarf, aber nicht pflegebedürftig im Sinne des SGB XI ist (Schneekloth 2008). Diese Personen werden in diesem Report nicht berücksichtigt. Der Erhebungstichtag für die Erhebung bei den ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen ist der 15.12.2009; der für die Pflegegeldempfänger/-innen – organisatorisch bedingt davon abweichend – der 31.12.2009.

Das Statistische Bundesamt unterscheidet zwischen drei Versorgungsarten, nach denen auch in den nachfolgenden Projektionen unterschieden wird.

6.2.2 Versorgungsart: ambulante Pflege

Hierin sind alle Pflegebedürftigen gefasst, die zu Hause unter Beteiligung von ambulanten Pflegediensten gepflegt werden. Dahinter verbergen sich Empfänger von Pflegesachleistungen (inklusive Kombinationsleistungen, d.h. Pflegesachleistungen bei gleichzeitiger Zahlung von Pflegegeld) und Empfänger von Verhinderungspflege.

6.2.3 Versorgungsart: vollstationäre Pflege

Die stationären Pflegeeinrichtungen melden folgende Leistungen:

- 1 = vollstationäre Dauerpflege
- 2 = Kurzzeitpflege
- 3 = Tagespflege
- 4 = Nachtpflege

Da die Leistungsempfänger von Tagespflege und Nachtpflege immer auch anspruchsberechtigt sind, Pflegegeldleistungen oder Pflegesachleistungen zu bekommen, werden diese entsprechend der Konvention der Pflegestatistik seit 2009 nicht mehr bei den stationären Fällen mitgezählt, da es sonst zu Doppeltzählungen kommt. Gezählt werden nur die Pflegebedürftigen, die mehrere Tage oder dauerhaft im Heim vollstationär gepflegt werden (Kurzzeitpflege oder vollstationäre Dauerpflege).

6.2.4 Versorgungsart: Angehörigenpflege

Knapp die Hälfte der Pflegebedürftigen wird ausschließlich durch Angehörige gepflegt und erhält dafür Pflegegeld von der Pflegeversicherung. Die Pflegegeldempfänger werden von den Pflegekassen gemeldet. In den Meldungen wird unterschieden zwischen:

- 5 = ausschließlich Pflegegeld
- 6 = Kombination von Geld- und Sachleistung

Die Empfänger von Kombinationsleistungen werden auch durch die ambulanten Pflegedienste gemeldet. Um eine Doppeltzählung zu vermeiden und eine klare Grenze zu ziehen zwischen denen, die ambulante Dienste in Anspruch nehmen und denjenigen, die es nicht tun, werden in der Versorgungsart „Angehörigenpflege“ nur diejenigen gezählt, die ausschließlich Pflegegeld in Anspruch nehmen. Diese Pflegebedürftigen werden nur von Familienmitgliedern, Nachbarn, Freunden oder Bekannten zu Hause gepflegt.

6.2.5 Beschäftigte bei ambulanten und stationären Pflegediensten: Vollzeitäquivalente

Eine Möglichkeit, das Beschäftigtenvolumen zu messen, ist die Erhebung der Zahl der Beschäftigten. Aber nicht alle Erwerbstätigen arbeiten in Vollzeit. Bei unterschiedlichen Anteilen an Teilzeitbeschäftigten in unterschiedlichen Regionen würde ein unterschiedliches Arbeitsvolumen gezählt werden. Um Teilzeiterwerbstätige und Vollzeiterwerbstätige vergleichbar zu machen, werden Vollzeitäquivalente bestimmt. Teilzeitbeschäftigte werden dabei mit einem geringeren Anteil gezählt.

Die Berechnung der Vollzeitäquivalente ist folgendermaßen durchgeführt: In Vollzeit Tätige sind mit dem Faktor 1 gewichtet. Beschäftigte mit einer Regelarbeitszeit über 50 % sind mit dem Faktor 0,75 gewichtet; Beschäftigte in Teilzeit mit 50 % und weniger der Regelarbeitszeit, die aber nicht geringfügig beschäftigt sind, sind mit dem Faktor 0,5 und alle anderen mit 0,25 gewichtet.

6.2.6 Personalbedarf im Pflegesektor

Zur Ermittlung des zukünftigen Personalbedarfs wird auf das derzeitige Personalniveau im jeweiligen Setting abgestellt. Wird der so ermittelte Quotient von Personal und Pflegebedürftigen konstant gehalten und mit der zukünftigen Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen verknüpft, ergibt sich ein zukünftiger Personalbedarf. Bei dem unter dieser Annahme für die Zu-

kunft errechneten Bedarf handelt es sich also nicht um eine pflegewissenschaftlich begründete Bedarfsdeckung, sondern um eine reine Status-Quo-Berechnung, bei der die Bedarfe ermittelt werden, die notwendig sind, um das heutige Personalniveau pro Pflegebedürftigem sicherzustellen. Für die ambulante Pflege wird somit Folgendes berechnet:

$$\text{ambulanter Personalschlüssel} = \frac{\text{Vollzeitäquivalente im ambulanten Pflegedienst}}{\text{Pflegebedürftige mit ambulanter Pflege}}$$

Und für die stationäre Pflege ergibt sich:

$$\text{stationärer Personalschlüssel} = \frac{\text{Vollzeitäquivalente im Pflegeheim}}{\text{vollstationär versorgte Pflegebedürftige in Pflegeheimen}}$$

Für die Projektionen werden dann folgende Personalbedarfe ermittelt:

$$\begin{aligned} \text{ambulanter Personalbedarf} &= \\ \text{ambulanter Personalschlüssel} &\cdot \text{Pflegebedürftige mit ambulanter Pflege} \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{stationärer Personalbedarf} &= \\ \text{stationärer Personalschlüssel} &\cdot \text{vollstationär versorgte Pflegebedürftige in Pflegeheimen} \end{aligned}$$

6.2.7 Personalangebot im Pflegesektor

Angesichts der demographischen Entwicklung ist davon auszugehen, dass der Pflegesektor in Zukunft in erhöhtem Maße mit anderen Branchen um das knapper werdende Arbeitsangebot konkurrieren muss und die Rekrutierung von Personal daher zunehmend schwieriger wird. Vor diesem Hintergrund ist die der Projektion zugrunde liegende Annahme, dass sich das Personalangebot für den Pflegemarkt proportional zur Zahl der potenziellen Erwerbstätigen entwickelt, als durchaus optimistisch anzusehen. Da die Zahl der Erwerbspersonen regional nicht für die Projektionen spezifizierbar ist, wird als Näherungswert die Quote der Vollzeitäquivalente im ambulanten und stationären Pflegedienst in Relation zur Bevölkerung im Alter von 19 bis 64 Jahren verwendet. Bei einer bundesweit ab den 2020er Jahren rückläufigen Zahl der Personen im erwerbsfähigen Alter (Statistisches Bundesamt 2009: 17f.) folgt hieraus ein ebenfalls rückläufiges Arbeitskräfteangebot im Pflegesektor. Diese Entwicklung kann aber regional sehr unterschiedlich verlaufen.

6.2.8 Versorgungslücke

Bei einer steigenden Zahl Pflegebedürftiger und einem unter Status-Quo-Bedingungen rückläufigen Personalangebot entsteht auf Bundesebene eine Versorgungslücke, die sich als Differenz aus Personalbedarf und Personalangebot ergibt.

6.3 Ausgangssituation und Szenarien

Für die Projektion werden zum Teil Annahmen verwendet, die für alle Szenarien gelten, zum Teil aber auch je nach Szenario differierende Annahmen.

6.3.1 Grundlegende Annahmen für alle Szenarien

Alle Szenarien beruhen auf zwei grundlegenden Annahmen, auf die kurz einzugehen ist:

1. Die Pflegequote je Geschlecht und Alterskategorie bleibt konstant.
2. Je nach Region (Bundesland; Kreis) gibt es unterschiedliche Ausgangssituationen.

Für die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen ist entscheidend, wie sich die alters- und geschlechtsspezifischen Pflegeprävalenzen im Zeitverlauf entwickeln. Hierüber wird insbesondere unter dem Stichwort „Kompression der Morbidität“ intensiv diskutiert. Dabei wird angenommen, dass mit einer steigenden Lebenserwartung die Erkrankungen sowie Pflegebedürftigkeit weiter nach hinten im Lebensverlauf verschoben werden und dann sogar noch kürzer andauern. Unter entsprechenden Annahmen wurden auch schon Szenarien mit sinkenden Pflegequoten berechnet (Comas-Herrera et al. 2006; Pohl 2009; Rothgang 2002; Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2010). Die Entwicklung der Pflegeprävalenz in der ersten Dekade des 21. Jahrhunderts spiegelt allerdings eher eine konstante altersspezifische Pflegeprävalenz wider. Wird die Entwicklung dieser Zeit in Deutschland betrachtet, so zeigen sich zwar rückläufige alters- und geschlechtsspezifische Inzidenzen, aber annähernd konstante alters- und geschlechtsspezifische Prävalenzen (Rothgang et al. 2009; 2011). Dies ist darauf zurückzuführen, dass die (Über-)Lebenszeit in Pflegebedürftigkeit so weit steigt, dass die rückläufigen Inzidenzen gerade ausgeglichen werden (Unger et al. 2010). Vor diesem Hintergrund wird für den gesamten Betrachtungszeitraum unterstellt, dass die alters- und geschlechtsspezifischen Pflegehäufigkeiten konstant bleiben und eine Verringerung dieser Häufigkeiten etwa wegen einer Kompression der Morbidität nicht stattfindet.

In jeder Region gibt es andere Ausgangssituationen (Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2010 für alle Bundesländer; Burger & Weber 2007 für Kreise in Baden-Württemberg; Pohl 2011 für Bayern; Pohl et al. 2012 für Kreise in Sachsen), die auch zu unterschiedlichen Projekti-onsergebnissen führen. In den Regionen gibt es beispielsweise unterschiedliche Heimquoten oder auch unterschiedliche Quoten Beschäftigter im Pflegedienst je pflegebedürftiger Person. Diese regionalen Besonderheiten werden in den Projektionen berücksichtigt.

6.3.2 Spezifische Annahmen für die einzelnen Szenarien

Da gleiche Annahmen zur demographischen Entwicklung zu – im Zeitverlauf konstanten – alters- und geschlechtsspezifischen Pflegehäufigkeiten sowie zu kreisspezifischen Startwerten zugrunde gelegt werden, unterscheiden sich die Szenarien nicht in Bezug auf die Zahl der Pflegebedürftigen. Die Unterschiede liegen vielmehr in der Versorgungsart. Diesbezüglich werden drei Szenarien unterschieden:

- Das Status-Quo-Szenario (Szenario 1) geht davon aus, dass die nach Geschlecht und Alterskategorie differenzierten Anteilswerte der Versorgungsarten, wie sie derzeit beobachtet werden können, auch im Zeitverlauf konstant bleiben.
- In Szenario 2 wird dagegen davon ausgegangen, dass die in der letzten Dekade feststellbaren Trends in der Inanspruchnahme fortgeführt werden und es so zu einer weiteren Verschiebung in Richtung formelle Pflege kommt.

- Szenario 3 ist dagegen ein Wunschszenario, in dem unterstellt wird, dass der Grundsatz „ambulant vor stationär“ insoweit umgesetzt wird, dass die Zahl der stationär versorgten Pflegebedürftigen in Zukunft trotz der zunehmenden Zahl an Pflegebedürftigen nicht mehr weiter ansteigt.

6.3.3 Szenario 1: Status-Quo-Szenario

Je nach Alterskategorie und nach den Geschlechtern zeigen sich in den bisherigen Berichtsjahren der Pflegestatistik unterschiedliche Anteile stationärer und ambulanter Pflege. Dies kann dadurch bedingt sein, dass für unterschiedliche Alterskategorien prinzipiell weniger Verwandte und Bekannte verfügbar sind, die als Pflegepersonen in Betracht kommen, oder dadurch, dass mit den Alterskategorien auch bestimmte Erkrankungen häufiger werden (z. B. Demenz oder Schlaganfall), die dann die Wahrscheinlichkeit für eine Versorgungsart erhöhen oder reduzieren.

In Szenario 1 werden die Anteile der Pflegearten je Alter und Geschlecht auf dem Niveau des Jahres 2009 konstant gehalten. In diesem Szenario wird somit eine einfache Fortschreibung des Status quo der aktuell beobachtbaren Pflegeprävalenzen und Anteile in den Versorgungsarten je Alter, Geschlecht und Region vorgenommen. Dazu werden aus dem Jahr 2009 die nach Alter, Geschlecht und Versorgungsart gegliederten Pflegehäufigkeiten als Anteilswerte der Bevölkerung im gleichen Alter und mit gleichem Geschlecht erfasst. Dies geschieht auf Bundesebene, auf Landesebene und auf der kommunalen Ebene, d. h. für die einzelnen Kreise und kreisfreien Städte. Anschließend werden diese Relationen auf die Bevölkerungsvorausberechnung aus dem Wegweiser Kommune der Bertelsmann Stiftung übertragen und die daraus resultierenden Fallzahlen ermittelt. Auch bei alters- und geschlechtsspezifisch konstanten Versorgungsartenquoten kommt es aufgrund der demographischen Alterung dann auch bei diesem Szenario zu Veränderungen in der Versorgungsstruktur.

Die Fallzahl insbesondere bei einer nach Versorgungsart, Geschlecht und Alterskategorien differenzierten Betrachtung kann so klein werden, dass einzelne Zellen nicht mehr oder nur noch mit geringen Fallzahlen besetzt sind (beispielsweise Pflegehäufigkeiten von über 100-Jährigen in kleinen Kreisen). In diesem Fall werden dann mehrere Kategorien zusammen ausgewiesen.

6.3.4 Szenario 2: Formelle Pflege nimmt zu

Als zentrale Determinante für die Versorgungsart wird das rückläufige Verhältnis des Pflegepotenzials durch Angehörige pro Pflegebedürftigem (relatives Pflegepotenzial) genannt, das zur Erhöhung der Heimquote beitrage (Blinker & Klie 2001; 2005; 2008; Rothgang 2004; Schnabel 2007; Hackmann & Moog 2010). Ursächlich für den Rückgang des relativen Pflegepotenzials seien dabei insbesondere folgende Faktoren:

- Alterung der Bevölkerung und damit allein demographisch bedingt ein sinkendes „(Schwieger)Töchterpotenzial“
- Steigende Kinderlosigkeit und rückläufige Zahl der Kinder pro Pflegebedürftigem
- Anstieg der Erwerbsquote (z. B. durch Anhebung der Regelaltersgrenze zum Renteneintritt, längere Verweildauer im Erwerbsleben) und insbesondere Anstieg der Frauenerwerbsquote, die – ebenso wie verbesserte Arbeitsmarktchancen und gestiegene Ausbildungs- und Lohnniveaus der Frauen – zu steigenden Opportunitätskosten der Pflege führen
- Anstieg des Anteils der Einpersonenhaushalte mit fehlendem Pflegepotenzial im Haushalt
- Ein Trend zu weniger festen Partnerschaften (Abnahme der Partnerpflege).

Indikatoren, die diese Trends erfassen, weisen einen zum Teil deutlichen Rückgang des relativen Pflegepotenzials auf (Rothgang 2004). Allerdings beziehen sich diese Trends überwiegend nur auf das engste familiäre Pflegepotenzial der Partner und (Schwieger)Kinder und lassen dabei das Pflegepotenzial durch Nachbarn, Freunde, Bekannte und die Zivilgesellschaft unberücksichtigt. Vor allem aber ist der numerische Zusammenhang zwischen der Entwicklung des Pflegepotenzials und der realisierten Versorgungsart letztlich unklar. In den genannten Studien werden zwar Szenarien entwickelt, die eine direkte Auswirkung der Veränderung des Pflegepotenzials auf die Heimquote modellieren. Der unterstellte Zusammenhang ist dabei aber nicht empirisch gewonnen, sondern nur analytisch unterstellt. In einer eigens angestellten Querschnittsuntersuchung zum Zusammenhang von engem familialen Pflegepotenzial (Potenzial durch Partner und Kinder) und Heimquote auf Kreisebene konnte aber kein stabiler, statistisch signifikanter Zusammenhang ermittelt werden (siehe Anhang 1). Das kann mindestens zwei Gründe haben: Erstens liefert die durchgeführte Untersuchung nur Ergebnisse auf aggregierter Ebene und nicht auf Individualebene. Die fehlende Signifikanz könnte also ein lediglich statistisches Artefakt sein. Zweitens muss berücksichtigt werden, dass häusliche Pflege nicht nur durch Familienangehörige erfolgen kann, sondern in steigendem Maße auch durch Nachbarn und Bekannte erfolgt (Schneekloth & Wahl 2005: 77). Auch die Unterstellung, das Pflegepotenzial hänge im besonderen Maße von der Erwerbsquote der Frauen ab, muss anhand der steigenden Anteile männlicher Hauptpflegepersonen (Schneekloth & Wahl 2005: 77) immer mehr hinterfragt werden. Schließlich ist darauf hinzuweisen, dass die Pflegebereitschaft als Bindeglied zwischen Pflegepotenzial und der tatsächlichen Übernahme von Pflegetätigkeiten entscheidend davon abhängt, ob andere Pflegepersonen verfügbar sind. Mit sinkendem Pflegepotenzial, so kann vermutet werden, steigt dann die Bereitschaft selbst zu pflegen – weil sonst niemand da ist, der die Pflege übernehmen könnte. Wenngleich die genannten Trends real sind und auch für die Zukunft eine weitere Verschiebung in Richtung formelle Pflege erwarten lassen, wurde angesichts der genannten Unwägbarkeiten darauf verzichtet, einen numerischen funktionalen Zusammenhang zwischen den genannten Determinanten und dem Anteil der jeweiligen Versorgungsarten zu konstruieren. Vielmehr wurden die Trends der Vergangenheit weiter fortgeschrieben (linear extrapoliert).

Die Pflegestatistik weist für die Jahre 1999 bis 2009 einen stetigen Rückgang der Anteile von Pflegegeldempfängern an der gesamten Pflegeleistung aus. Die Anteile sinken von anfänglich 51,0 % im Jahr 1999 auf 45,6 % im Jahr 2009. Im Durchschnitt (geometrisches Mittel) verringert sich somit der Anteil der Angehörigenpflege um rund 1 % gegenüber dem jeweiligen Vorjahresanteil.⁵ Dieser jährliche Rückgang des Anteils an Pflegegeldempfängern um jeweils 1 % im Vergleich zum Vorjahr wird für die Projektion fortgeschrieben. Dabei wird unterstellt, dass sich der Anteil, der nicht mehr durch Pflegegeldempfänger abgedeckt wird, wie zuvor auch weiter jeweils – in absoluten Zahlen – zur Hälfte auf die ambulante Pflege und zur Hälfte auf die stationäre Pflege verteilt.⁶

⁵ Wichtig ist, dass diese nicht mit einem Rückgang um einen Prozentpunkt verwechselt wird. Vielmehr handelt es sich um einen Anteilswert, der sich auf den Vorjahresanteil bezieht. So hat sich der Anteilswert Angehörigenpflege von 47,5 % im Jahr 2003 auf 46,1 % im Jahr 2005 reduziert. Dieser Rückgang um 1,4 Prozentpunkte entspricht einem Rückgang von $1,4/46,1 = 3\%$ bezogen auf ein 2-Jahresintervall bzw. etwas weniger als 1,5 % pro Jahr in diesem Zeitraum.

⁶ Dabei ist zu beachten, dass der Rückgang der Angehörigenpflege sowohl auf die demographische Alterung also auch auf ein verändertes – altersspezifisches – Inanspruchnahmeverhalten zurückzuführen ist. Der erste Effekt ist auch in Szenario 2 enthalten, sodass ein Vergleich dieser beiden Szenarien einen Hinweis auf die Stärke des altersstandardisierten Substitutionseffektes gibt.

6.3.5 Szenario 3: Häusliche Pflege wird gestärkt

Szenario 3 beschreibt das Wunschscenario, in dem die Forderung nach „ambulant vor stationär“ Wirklichkeit wird. Hierzu bedarf es allerdings einer Umsteuerung in der Pflegepolitik. Um abschätzen zu können, wie groß der Effekt sein kann, wenn die Pflegepolitik energisch die ambulante Versorgung fördert, wurde eine qualitative Studie des Kooperationspartners (Göhner et al. 2012) vorgeschaltet. Diese qualitative Studie besteht aus zwei Schritten:

1. einer systematischen Literaturrecherche und Kurzvorstellung von Lösungskonzepten und Good-Practice-Beispielen und
2. einer Diskussion, wie solche Konzepte „in die Fläche“ gebracht werden können.

Aus diesen qualitativen Informationen sollte ursprünglich ein realistisches „Wunschscenario“ destilliert und für die Modellrechnung quantifiziert werden. Allerdings konnten in der systematischen Literaturrecherche keine Studien gefunden werden, die eine hinreichend sichere Grundlage für eine Modellrechnung bilden, in der die Effekte einzelner Maßnahmen auf die Verteilung der Versorgungsarten abgebildet werden können.

Für dieses Szenario wurde daher die Perspektive umgedreht und ein mögliches Ergebnis gesetzt: der Verzicht auf einen Ausbau der Heimkapazitäten. Dieses Szenario sieht zwar keinen Rückbau der Heimkapazitäten vor, ist angesichts der zu erwartenden steigenden Zahl an Pflegebedürftigen aber dennoch ambitioniert, gleichwohl aber nicht utopisch. So prognostizieren etwa Hayer et al. (2012), dass auch im Jahr 2040 noch die aktuell vorhandenen Heimplätze ausreichen werden, weil sich die Nachfrage in den ambulanten Bereich und in neue Wohnformen verschieben wird. Entsprechend wird beispielsweise von der SPD-Fraktion im Landtag von Rheinland-Pfalz sehr für Senioren-WGs statt neuer Altenheime geworben (Rhein-Zeitung 04.07.2012). Das Szenario greift somit eine Zielvorstellung auf, die quasi schon „in der Luft liegt“.

Technisch wird in Szenario 3 ebenso wie in Szenario 2 mit einer allgemeinen Formel gearbeitet, die die Anpassung von Jahr zu Jahr iterativ vornimmt und dabei

- a) eine Konstanz der Fallzahl der im Heim gepflegten Personen auf Bundesebene und
- b) ebenfalls auf Bundesebene eine Konstanz der Anteile an Angehörigenpflege an allen Pflegebedürftigen

vorsieht. Angesichts der sinkenden familialen Pflegepotenziale ist ein konstanter Anteil der Angehörigenpflege bereits ambitioniert und nur realistisch, wenn etwa die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf verbessert wird. Dennoch wird die Anpassungslast an eine steigende Zahl Pflegebedürftiger durch diese Annahmen vor allem der ambulanten formellen Pflege durch Pflegedienste auferlegt.

Die Konstanzaufnahme auf Bundesebene bedeutet nicht, dass auch auf kommunaler oder Landesebene konstante Anteile (Angehörigenpflege) oder konstante Fallzahlen (stationäre Pflege) resultieren. Je nach Bevölkerungsstruktur ergeben sich vielmehr differenzierte Entwicklungen.

7. Beschreibung und Darstellung der Ergebnisse

Dass sich die Anzahl der pflegebedürftigen Menschen bis zum Jahr 2030 drastisch erhöhen wird, ist mittlerweile unbestritten. Offen ist dagegen – insbesondere auf kommunaler Ebene –, wie hoch der Anstieg insgesamt ausfällt und wie sich die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen auf die einzelnen Versorgungsarten verteilen wird. In diesem Kapitel werden zunächst die Ergebnisse der Projektionen zur Zahl pflegebedürftiger Menschen, insbesondere nach den einzelnen Versorgungsarten dargestellt (Abschnitt 7.1). Anschließend werden die daraus entstehenden Versorgungslücken berichtet (Abschnitt 7.2).

7.1 Die Analyse nach Versorgungsarten

Bevor die Ergebnisse der Projektionen bis zum Jahr 2030 der jeweils drei Szenarien vorgestellt und verglichen werden (Abschnitt 7.1.2), wird zunächst die Ausgangssituation im Jahr 2009 hinsichtlich der Verteilung der Pflegebedürftigen, der Pflegequote und der Versorgungsarten beschrieben (Abschnitt 7.1.1). Szenario 1 ist eine Fortschreibung des Status quo über die Zeit. Hierbei werden die im Jahr 2009 beobachteten Pflegeprävalenzen, differenziert nach Alter und Geschlecht, für den Projektionszeitraum konstant gehalten. Szenario 2 unterstellt eine Fortführung des anhaltenden abnehmenden Trends im familialen Unterstützungspotenzial und setzt daher den empirisch gefundenen Trend in der Entwicklung der Anteile der Versorgungsarten fort. Szenario 3 geht davon aus, dass neue Formen der Unterstützung im häuslichen Pflegebereich intensiviert werden können und somit die Anzahl der Plätze in stationärer Versorgung nicht weiter ansteigt, sondern konstant bleibt und sich die – infolge der Alterung der Gesellschaft – ansteigende Zahl an pflegebedürftigen Menschen vielmehr auf die anderen Versorgungsarten verteilt.

7.1.1 Ausgangssituation im Jahr 2009

Bedingt durch die unterschiedliche Bevölkerungsdichte unterscheidet sich die Zahl der Pflegebedürftigen zwischen den einzelnen Landkreisen und kreisfreien Städten erheblich (Abbildung 3). Die höchste Zahl an Pflegebedürftigen ist in den Ballungsgebieten zu finden. So stechen insbesondere Berlin und Hamburg hervor. Auffällig sind außerdem der Großraum Hannover, große Teile Nordrhein-Westfalens sowie eine Reihe kreisfreier Städte. Tendenziell weisen die bevölkerungsreicheren Kommunen dabei auch mehr Pflegebedürftige auf.

Wenn von diesem Effekt der reinen Bevölkerungsgröße abgesehen werden soll, ist es sinnvoll stattdessen den Anteil der Pflegebedürftigen an der Bevölkerung zu betrachten (Abbildung 4). Auch wenn sich auf Bundesebene über die erste Dekade des 21. Jahrhunderts eine relative Konstanz der Pflegeprävalenz feststellen lässt (Rothgang et al. 2011), zeigen sich regional doch unterschiedliche Anteile von Pflegebedürftigen an der Bevölkerung. Die Anteile Pflegebedürftiger sind dabei nicht zwangsläufig in den Regionen am höchsten, in denen auch die meisten Personen pflegebedürftig sind. So sind in Berlin, in Hamburg und im Großraum Hannover die Anteile Pflegebedürftiger an der Gesamtbevölkerung eher im mittleren Bereich zu finden. Im Großraum München führt eine relativ junge Bevölkerung sogar dazu, dass die Pflegeprävalenz in der niedrigsten der sieben unterschiedenen Klassen liegt.

Andererseits sind in vielen kreisfreien Städten Bayerns und Thüringens verstärkt höhere Anteile Pflegebedürftiger zu finden, obwohl deren absolute Fallzahl relativ gering ist. Entsprechendes gilt auch für weite Teile Mecklenburg-Vorpommerns, Niedersachsens, Sachsen-Anhalts und Hessens. Abbildung 3 zeigt somit, in welchen Regionen absolut gesehen mehr oder weniger Pflegebedürftige leben, und Abbildung 4 zeigt, inwieweit den Pflegebedürftigen auch eine Bevölkerung gegenübersteht, die die Pflege möglicherweise übernehmen kann.

Abbildung 3: Anzahl Pflegebedürftiger im Jahr 2009 je Landkreis bzw. kreisfreier Stadt

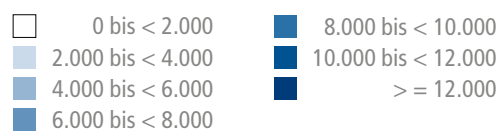
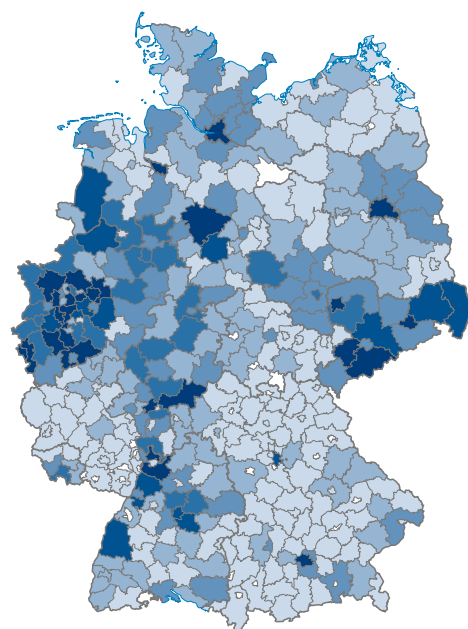


Abbildung 4: Anteil Pflegebedürftiger an der Bevölkerung je Landkreis bzw. kreisfreier Stadt im Jahr 2009 (in Prozent)

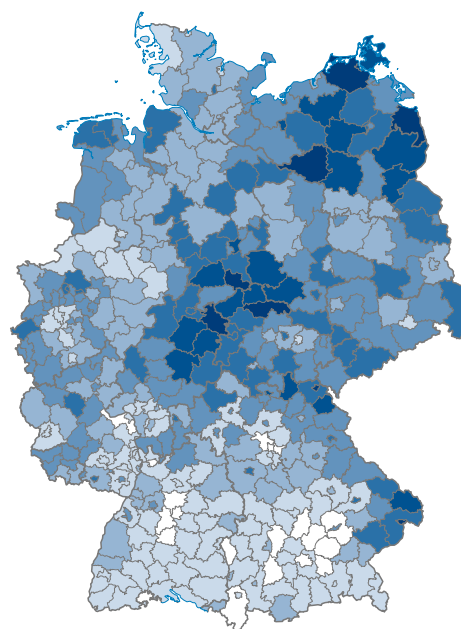
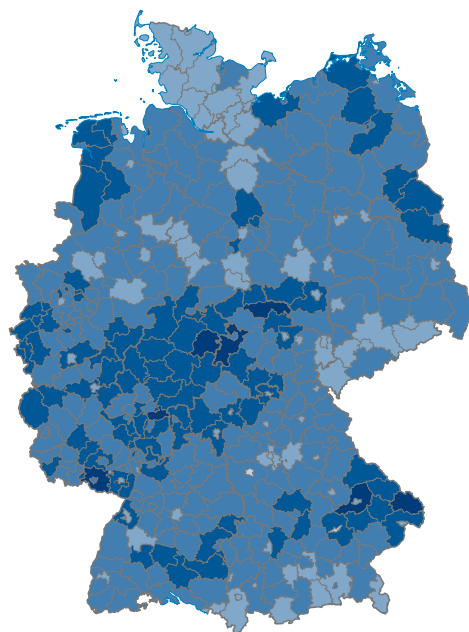
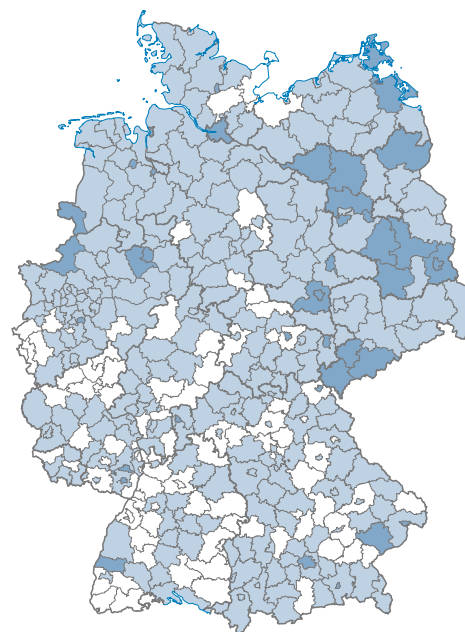


Abbildung 5: Quote der Pflegebedürftigen in den verschiedenen Versorgungsarten als Anteil an allen Pflegebedürftigen im Jahr 2009 (in Prozent)

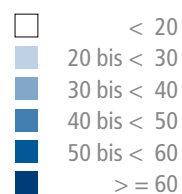
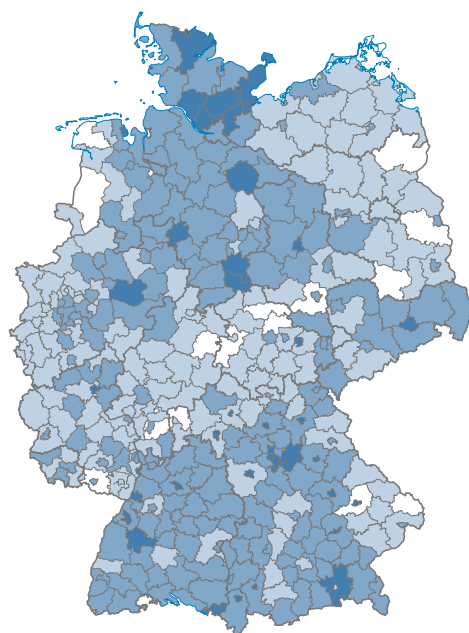
a: Angehörigenpflege



b: ambulante Pflege



c: stationäre Pflege



In Abhängigkeit von der absoluten Anzahl der Pflegebedürftigen oder vom Anteil der Pflegebedürftigen an der Bevölkerung könnten nun Folgen für die Wahl der Versorgungsart angenommen werden. So könnte es vielleicht lohnender sein, in Gebieten mit vielen Pflegebedürftigen Pflegeheime zu errichten, oder es könnte logisch erscheinen, dass in Gebieten mit relativ hohen Anteilen Pflegebedürftiger die formelle Pflege insgesamt ausgeprägter ist. Die Abbildung 5 a-c zeigen die Anteile der Pflegebedürftigen im Jahr 2009 in den drei Versorgungsarten „Angehörigenpflege“, „ambulante Pflege“ und „stationäre Pflege“.

Direkte Parallelen zwischen den Anteilen der Angehörigenpflege, ambulanter oder stationärer Pflege mit der absoluten Zahl oder mit dem relativen Anteil der Pflegebedürftigen lassen sich aber über den Kartenvergleich nicht ohne Weiteres ausmachen. Die Regionen mit den größten Fallzahlen an Pflegebedürftigen haben unterschiedliche Anteile an Angehörigenpflege in den Versorgungsarten. Berlin und München weisen mittlere Anteile, Hamburg und der Großraum Hannover geringere Anteile und die Regionen in Nordrhein-Westfalen mit den hohen Zahlen an Pflegebedürftigen einen höheren Anteil an Angehörigenpflege auf. Bezüglich der Heimquoten liegen hingegen fast alle diese Regionen im mittleren Bereich.

Auffälliger sind eher die Zusammenhänge zwischen dem Anteil der Pflegebedürftigen an der Bevölkerung und der Versorgungsart, wobei sich aber auch dieser Zusammenhang nicht eindeutig darstellt. So sind einerseits in vielen Landkreisen, in denen ein hoher Anteil der Bevölkerung pflegebedürftig ist, auch die Quoten der Angehörigenpflege hoch. Dies betrifft z. B. die Regionen in Mecklenburg-Vorpommern, im Emsland, in Brandenburg, Hessen, Thüringen, Ostbayern und die Regionen in Westfalen. Auffällig sind dabei aber andererseits die relativ geringen Quoten der Angehörigenpflege in den süddeutschen kreisfreien Städten. Fast unabhängig von Zahl und Anteil der Pflegebedürftigen erscheint die Heimquote in den Kommunen. Schleswig-Holstein und einige kreisfreie Städte in Süddeutschland weisen besonders hohe Heimquoten auf. Hier dürften auch die Angebotskapazitäten eine Rolle spielen.

7.1.1.1 Erklärungsfaktoren für die regionale Verteilung der Versorgungsarten

Der hauptsächliche Erklärungsfaktor für die Pflegebedürftigkeit ist das Alter. Die Pflegeeintrittswahrscheinlichkeit je Alter ist für Frauen und Männer fast gleich (Rothgang et al. 2011). Unterschiedliche Pflegeprävalenzen zwischen den Geschlechtern entstehen durch unterschiedliche Lebenserwartung und unterschiedliche Überlebenszeiten in Pflegebedürftigkeit zwischen Männern und Frauen. Trotz dieser Unterschiede zwischen Frauen und Männern bleibt das Alter der hauptsächliche Bestimmungsfaktor für die Höhe der Pflegeprävalenz. So liegt die Pflegeprävalenz bei 60- bis 64-jährigen Männern und Frauen bei ca. 1,6 %, aber im Alter von 75 bis 79 Jahren bei 9 % bzw. 11 % und im Alter von 85 bis 89 Jahren bei 28 % bzw. 42 % (Statistisches Bundesamt 2011a).

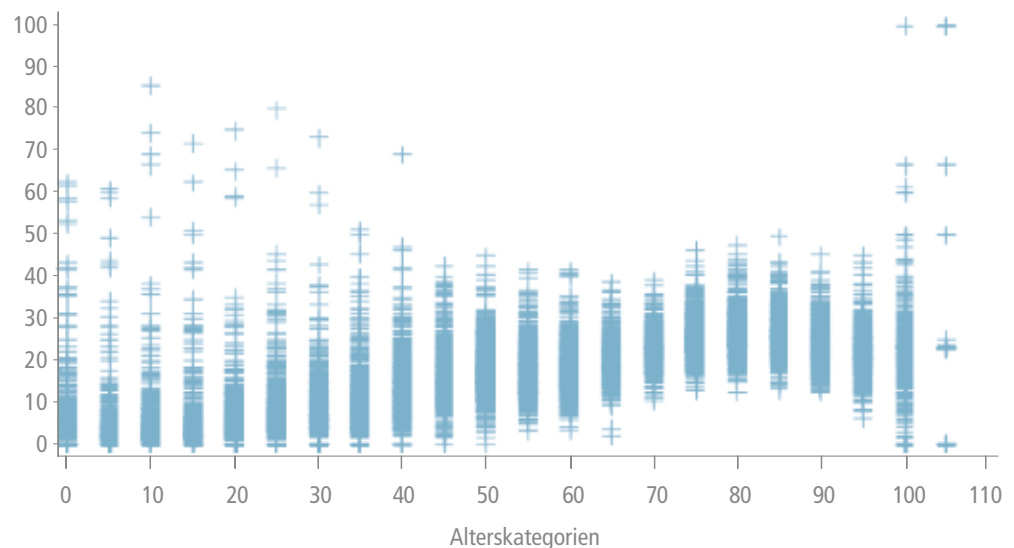
In Abhängigkeit vom Alter treten unterschiedliche Versorgungsarten in den Vordergrund. So sind in ganz jungen Jahren fast keine stationären Leistungen zu finden, sondern fast nur Angehörigenpflege. Die Pflege im höheren Lebensalter wird dann aber mit steigendem Alter immer mehr durch stationäre Pflege erbracht (Rothgang et al. 2011). Entsprechende Verteilungen finden sich auch in Abbildung 6, Abbildung 7 und Abbildung 8, in denen die Anteile der Versorgungsarten unter den Pflegebedürftigen je Region und je Alterskategorie dargestellt sind. Dabei wird für jede Kommune für jede Alterskategorie der Anteilswert angegeben. Abbildung 6 beschreibt dabei die Anteile der Angehörigenpflege je Alterskategorie für alle Kommunen. In jeder Alterskategorie gibt es Regionen mit einem höheren Anteil an Angehörigenpflege an allen Fällen

der jeweiligen Alterskategorie. So gibt es selbst in der Alterskategorie 0 bis 4 Jahre Kommunen mit Anteilen, die kleiner als 50 % sind. Diese einzelnen Anteilswerte, die aus dem Gesamttrend heraustreten, sind aber auf die jeweils insgesamt sehr geringe Fallzahl zurückzuführen. Dies betrifft sowohl die Alterskategorien bis unter 60 Jahren als auch die Alterskategorien der 100-Jährigen und Älteren. Nicht in jedem Landkreis gibt es überhaupt Menschen, die so alt sind.

Insgesamt ist aber in Abbildung 6 deutlich zu erkennen, dass der Anteil der Angehörigenpflege fast linear mit dem Alter abnimmt. Während in fast allen Kreisen die Anteile in den jüngsten Alterskategorien bei 90 bis 100 % liegen, sinken diese Anteile mit einer gewissen Streuung auf ca. 30 % in der Alterskategorie der 95- bis 99-Jährigen.

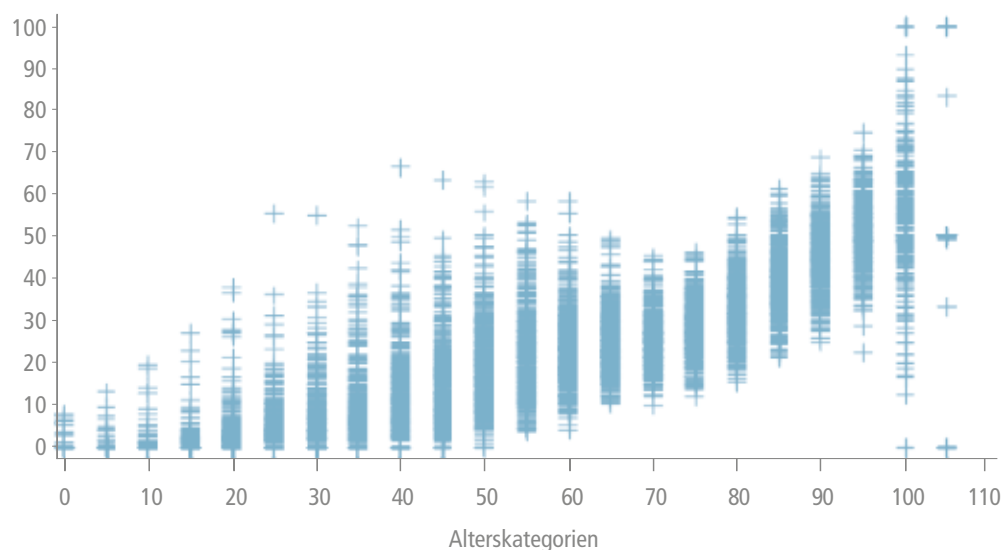
Der Anteil der Pflegebedürftigen, die ambulante Pflegeleistungen in Anspruch nehmen, entwickelt sich über das Alter nicht linear (Abbildung 7). Zwar steigt der Anteil von 0 bis 10 % in den jüngsten Alterskategorien auf im Mittel ca. 25 % in den Alterskategorien 75 bis 84 Jahren an, aber in den ältesten Alterskategorien geht der Anteil dann wieder zurück. Auch bei den ambulanten Pflegeleistungen ist zu erkennen, dass die Streuung innerhalb der Alterskategorien relativ gering ist und somit ein gemeinsamer Alterseffekt über alle Regionen sichtbar wird.

Abbildung 7: Quote ambulanter Pflegedienst nach Alterskategorien für Landkreise und kreisfreie Städte 2009



Die Heimquote ist schließlich gegenläufig zur Quote der Angehörigenpflege. In der Alterskategorie 0 bis 4 Jahre gibt es nur vereinzelte Kommunen, in denen überhaupt ein stationärer Fall auftritt. Quoten oberhalb von 0 % bleiben im gesamten Kindesalter die Ausnahme (Abbildung 8). Mit höheren Altersklassen steigt dann der Anteil der im Heim gepflegten Pflegebedürftigen nahezu linear an. Ein kleiner Sattelpunkt in dem Trend lässt sich in den Alterskategorien 65 bis 74 Jahre erkennen. Dieser läuft parallel mit dem erhöhten Anstieg der ambulanten Pflege in diesen Alterskategorie

Abbildung 8: Heimquote nach Alterskategorien für Landkreise und kreisfreie Städte 2009



| BertelsmannStiftung

Diese hier dargestellten Quoten der Versorgungsarten nach Alter und Region verdeutlichen schon sehr gut den besonderen Zusammenhang von Alter und Versorgungsart. In einer vertiefenden Analyse auf Kreisebene wurden zusätzlich zum Alter noch weitere Faktoren, denen ein Effekt auf die Versorgungsarten unterstellt wird (Erwerbsquote, Frauenerwerbsquote, Anteil der Einpersonenhaushalte, Anteil der Ausländer an der Altenbevölkerung, freie Heimkapazität und relatives familiales Pflegepotenzial) betrachtet (siehe Anhang 2). In den kreisbezogenen Analysen der Heimquoten konnten allerdings keine großen Effekte dieser erwähnten Faktoren festgestellt werden. Der ausschlaggebende Faktor für die Größe der Heimquote bleibt die Altersverteilung. Die kommunalen Erwerbsquoten, der Anteil der Einpersonenhaushalte, freie Heimkapazitäten und das familiale Pflegepotenzial beeinflussen zwar die Heimquote und/oder die Quote der durch ambulante Dienste versorgten Personen, der Effekt ist aber gering im Vergleich des Effekts der Altersverteilung.

7.1.2 Ergebnisse der Projektion und Vergleich der Szenarien

Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt auf Bundesebene (Abschnitt 7.1.2.1), auf Länderebene (Abschnitt 7.1.2.2) und auf Kreisebene (Abschnitt 7.1.2.3).

7.1.2.1 Projektion auf Bundesebene

Wie wird sich nun die Zahl der pflegebedürftigen Menschen in Deutschland insgesamt entwickeln? Auf Bundesebene wird die Zahl der pflegebedürftigen Menschen gemäß den hier vorgenommenen Modellrechnungen von 2,330 Mio. im Jahr 2009 auf 3,435 Mio. im Jahr 2030 ansteigen (Tabelle 2 und Abbildung 9). Dies entspricht einem Anstieg von 47,4% des Ausgangswertes. Die Zahl der pflegebedürftigen Männer wird dabei mit 479.000 geringer ansteigen als die der Frauen mit 627.000. Da die männliche Bevölkerung in den oberen Altersjahren (70+) nicht zuletzt infolge der Weltkriege derzeit jedoch weniger stark vertreten ist als die der Frauen, fällt der prozentuale Anstieg bei den Männern mit 62,2% deutlich höher aus als bei den Frauen mit 40,1%. Der Anstieg der Zahl der pflegebedürftigen Menschen ist damit im Status-Quo-Szenario, das konstante Pflegewahrscheinlichkeiten über die Zeit unterstellt, überwiegend von der Veränderung der älteren Bevölkerung (70+) geprägt, die einem besonders hohen Risiko von Pflegebedürftigkeit ausgesetzt ist.

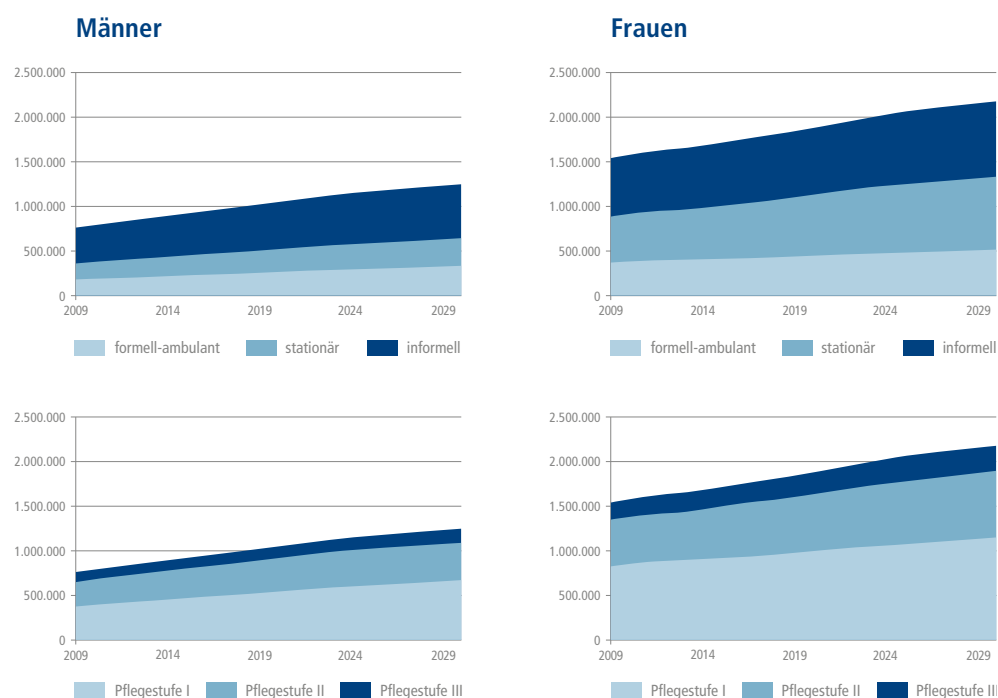
Tabelle 2: Szenario 1: Projektion der Zahl der Pflegebedürftigen in Deutschland nach Geschlecht, Versorgungsart und Pflegestufe (in Tsd.)

			Veränderung ¹⁾	
	2009	2030	in Prozent	absolut
Insgesamt	2.330	3.435	47,4	1.105
ambulant	553	853	54,2	300
stationär	713	1.138	59,6	425
informell	1.063	1.443	35,7	380
Pflegestufe I	1.245	1.813	45,6	567
Pflegestufe II	794	1.200	51,2	407
Pflegestufe III	291	422	45,0	131
Männer	769	1.248	62,2	478
ambulant	176	320	82,0	144
stationär	179	328	83,5	149
informell	415	600	44,6	185
Pflegestufe I	407	662	62,5	255
Pflegestufe II	269	446	65,9	177
Pflegestufe III	94	141	50,1	47
Frauen	1.560	2.187	40,1	626
ambulant	378	533	41,3	156
stationär	535	810	51,6	276
informell	648	843	30,1	195
Pflegestufe I	838	1.151	37,3	313
Pflegestufe II	525	755	43,7	230
Pflegestufe III	197	281	42,6	84

1) Abweichungen aufgrund von Rundungen sind möglich.

Der Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen variiert dabei auch nach Leistungsart und Pflegestufe. So fällt der Anstieg der Zahl der pflegebedürftigen Männer mit ambulanter oder stationärer Pflege (ca. 83 %) nahezu doppelt so hoch aus wie bei der Angehörigenpflege (45%; Abbildung 9, obere Hälfte). Die Gründe hierfür liegen darin, dass eine ambulante oder eine stationäre Pflege besonders in den höheren Altersjahren (85+) sehr verbreitet ist und die Besetzung dieser Altersjahre bis 2030 stark zunehmen wird. Die informelle Pflege ist dagegen eher bei den „jüngeren Alten“ verbreitet, deren Anzahl bis zum Jahr 2030 in deutlich geringerem Umfang zunehmen wird. Bei den Frauen fallen die Unterschiede im Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen nach Versorgungsart deutlich geringer aus, wenngleich auch hier die Angehörigenpflege die deutlich niedrigste Wachstumsrate aufweist. Differenziert nach der Pflegestufe zeigen sich ebenfalls Unterschiede (Abbildung 9, untere Hälfte): Hier weisen Männer der Pflegestufe III die geringsten (50,1 %) und in Pflegestufe II (65,9 %) die höchsten Steigerungswerte auf, während bei den Frauen die Zunahme in Pflegestufe III die in Pflegestufe I übertrifft. Auch diese Effekte sind insbesondere darauf zurückzuführen, dass auch die Verteilung der Pflegestufen altersabhängig ist.

Abbildung 9: Szenario 1: Projektion der Zahl der pflegebedürftigen Männer und Frauen von 2009 bis 2030 nach Pflegeleistung und Pflegestufe



Welche unterschiedlichen Entwicklungen zeigen sich nun im Vergleich der drei Szenarien auf Bundesebene? Die Ergebnisse der Projektion der Zahl der Pflegebedürftigen sind in Tabelle 3 für Deutschland insgesamt – jeweils differenziert nach den drei Szenarien – wiedergegeben. Ausgehend von 3,425 Mio. Pflegebedürftigen im Jahr 2030 werden in den drei Szenarien jeweils unterschiedliche Entwicklungen in den Anteilen der drei Versorgungsarten bis zum Jahr 2030 unterstellt.

Tabelle 3: Projektion der Zahl der Pflegebedürftigen in Deutschland nach Szenario (in Tsd.)

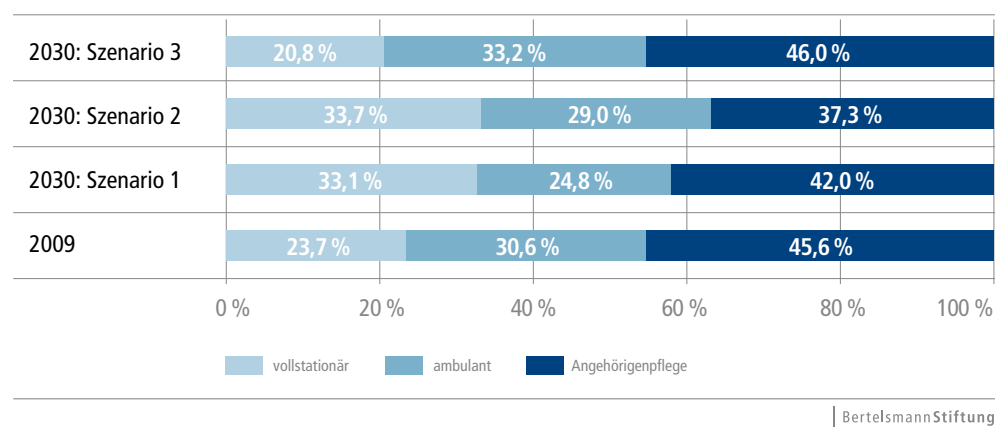
	Jahr		Veränderung ¹⁾	
	2009	2030	in Prozent	absolut
Insgesamt	2.330	3.435	47,4	1.105
ambulante Pflege				
Szenario 1: Status quo	553	853	54,2	300
Szenario 2: Formelle Pflege nimmt zu	553	997	80,2	444
Szenario 3: Häusliche Pflege wird gestärkt	553	1.140	106,0	587
vollstationäre Pflege				
Szenario 1: Status quo	713	1.138	59,6	425
Szenario 2: Formelle Pflege nimmt zu	713	1.157	62,2	444
Szenario 3: Häusliche Pflege wird gestärkt	713	713	0	0
Angehörigenpflege				
Szenario 1: Status quo	1.063	1.443	35,7	380
Szenario 2: Formelle Pflege nimmt zu	1.063	1.280	20,4	217
Szenario 3: Häusliche Pflege wird gestärkt	1.063	1.581	48,7	518

1) Abweichungen aufgrund von Rundungen sind möglich.

Die Effekte der einzelnen Szenarien lassen sich leicht an der prozentualen Veränderung der Zahl der Pflegebedürftigen ablesen: So führt Szenario 2 dazu, dass sich der Anteil an Angehörigenpflege lediglich um 20,4 % erhöht (gegenüber 35,7 % im Basisszenario 1), während er in der stationären Pflege etwas stärker als in Szenario 1, in der vollstationären Pflege aber deutlich stärker als in Szenario 1 ansteigt. Die Konstanzhaltung der Zahl der Pflegebedürftigen in der stationären Pflege (713.000 in 2009 und 2030) in Szenario 3 bewirkt hingegen, dass die Zahl der Pflegebedürftigen mit Angehörigenpflege um 48,7 % (gegenüber 35,7 % in Szenario 1) ansteigt und sich der Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen in ambulanter Pflege gegenüber Szenario 1 sogar annähernd verdoppelt von 54,2 % auf 106 %.

Die daraus resultierende prozentuale Verteilung der 3.425.000 Pflegebedürftigen in 2030 auf die einzelnen Versorgungsarten ist in Abbildung 10, differenziert nach dem jeweiligen Szenario und im Vergleich zum Ausgangsjahr 2009 wiedergegeben. Im Vergleich zum Ausgangswert geht der Anteil der Angehörigenpflege in Szenario 1 um 3,6 Prozentpunkte von 45,6 % auf 42 % zurück, während der Anteilswert für stationäre Pflege um 2,5 Prozentpunkte und der für ambulante Pflege um 1,1 Prozentpunkte steigt. Der Rückgang der Angehörigenpflege schlägt sich also vor allem in der stationären und weniger in der ambulanten Pflege nieder. Ursache hierfür ist der steigende Anteil Hochaltriger unter den Pflegebedürftigen, da die Heimpflege bei höherem Alter eine größere Bedeutung einnimmt. Im Vergleich zu Szenario 1 nimmt der Anteil der Angehörigenpflege annahmegemäß in Szenario 2 weiter ab, im Ergebnis um fast 5 Prozentpunkte. Dieser Rückgang schlägt sich aber fast ausschließlich bei der ambulanten Pflege nieder, da die demographisch bedingte Zunahme des Heimpflegeanteils bereits in Szenario 1 berücksichtigt ist. In Szenario 3 nimmt der Anteil der ambulant gepflegten Menschen gegenüber Szenario 1 um etwa 10 Prozentpunkte zu, während der Anteil der Pflegebedürftigen mit Angehörigenpflege um etwa 5 Prozentpunkte zunimmt und der der stationär Gepflegten um etwa 15 Prozentpunkte abnimmt. Wenn die Zahl der stationär versorgten Pflegebedürftigen konstant gehalten werden soll, führt dies – angesichts einer steigenden Zahl Pflegebedürftiger – zu einer deutlichen Reduktion der relativen Bedeutung der Heimpflege.

Abbildung 10: Verteilung der 3.425.000 Pflegebedürftigen im Jahr 2030 nach Versorgungsart und Szenario



7.1.2.2 Projektion auf Länderebene

Die Projektion der Zahl der Pflegebedürftigen auf Länderebene (Tabelle 4) zeigt bereits deutliche Unterschiede zwischen den einzelnen Bundesländern. Die geringsten Anstiege in der Zahl der Pflegebedürftigen finden sich in den Stadtstaaten Bremen (28,2%) und Hamburg (32,3%), der mit Abstand höchste Anstieg in Brandenburg (72,2%), gefolgt von Mecklenburg-Vorpommern (55,9%), Berlin (55,8%), Schleswig-Holstein (53,8%), Bayern (53,8%) und Baden-Württemberg (53,6%). In den übrigen Bundesländern erhöht sich die Zahl der Pflegebedürftigen um ca. 40 bis 50 %. Ausgeprägte Unterschiede zwischen West- und Ostdeutschland bestehen damit nicht, wenngleich Brandenburg den höchsten Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen zu erwarten hat. Ausschlaggebend für diese unterschiedlichen Anstiege ist die bundeslandspezifische Alterung der „älteren“ Bevölkerung.

Auch die Anstiege in den einzelnen Versorgungsarten fallen regional unterschiedlich aus, denn das ambulante und das stationäre Pflegearrangement sind eher in hohen Altersjahren (80+) und Angehörigenpflege eher in niedrigeren Altersjahren anzutreffen. Die Anstiege in der Zahl der Pflegebedürftigen mit Angehörigenpflege fällt dabei am geringsten aus (21,8% in Bremen bis 56,3% in Brandenburg), gefolgt vom ambulanten Pflegearrangement (41,2% im Saarland bis 75,9% in Brandenburg). Den höchsten Anstieg gibt es beim stationären Pflegearrangement (34,8% in Bremen bis 96,3% in Brandenburg).

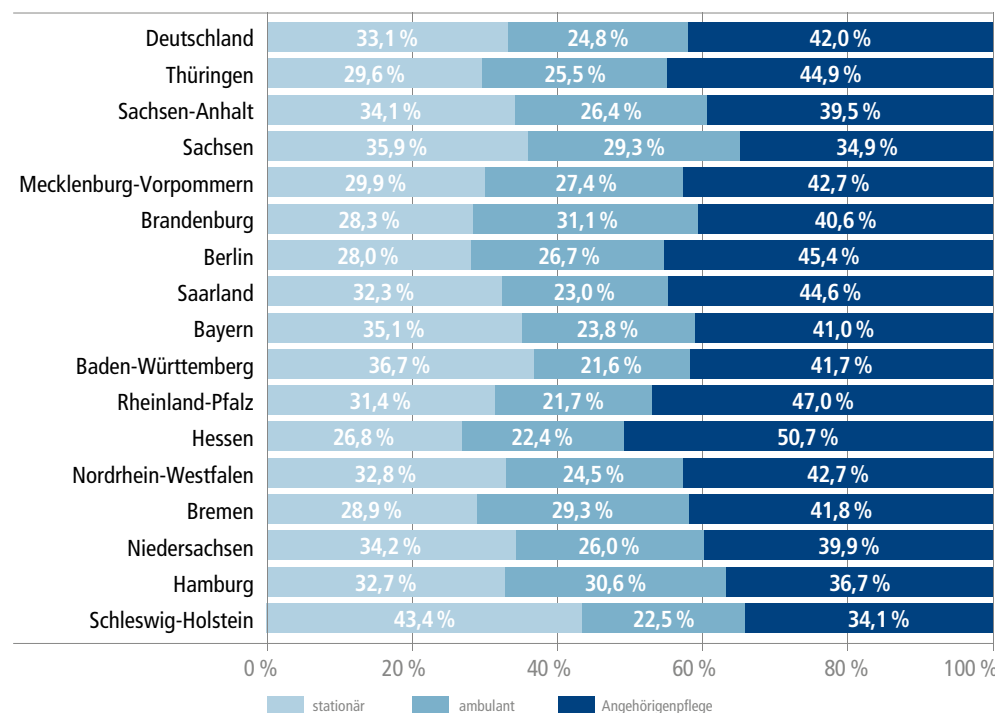
Tabelle 4: Szenario 1: Projektion der Zahl der Pflegebedürftigen in Deutschland nach Bundesland und Leistungsart (in Tsd.)¹⁾

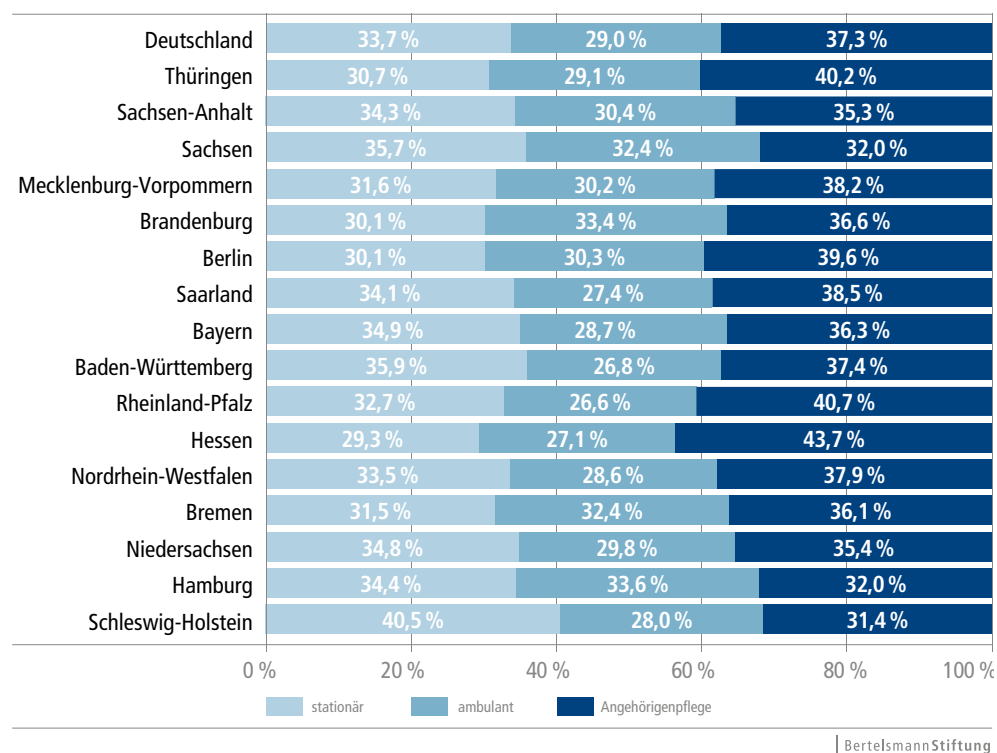
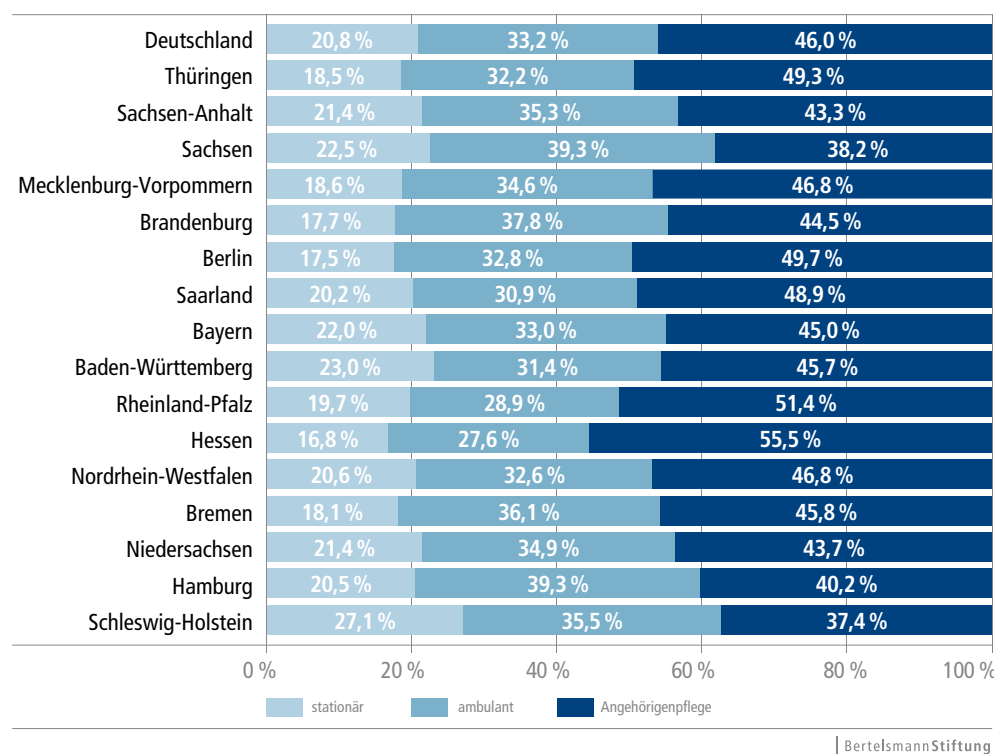
	Pflegebedürftige im Jahr 2009 nach Versorgungsart (in Tsd.)				Veränderung absolut bis 2030 nach Versorgungsart (in Tsd.) ¹⁾				Veränderung bis 2030 nach Versorgungsart in Prozent ¹⁾			
	Insgesamt	ambulant	stationär	Angehörige	Insgesamt	ambulant	stationär	Angehörige	Insgesamt	ambulant	stationär	Angehörige
Schleswig-Holstein	79	17	32	30	43	11	21	11	53,8	63,8	65,2	36,4
Hamburg	46	14	14	18	15	5	6	4	32,3	34,9	39,0	24,9
Niedersachsen	254	63	81	110	115	33	45	37	45,3	52,7	55,3	33,7
Bremen	21	6	6	9	6	2	2	2	28,2	31,9	34,8	21,8
Nordrhein-Westfalen	508	118	154	236	209	57	82	70	41,1	48,3	53,1	29,7
Hessen	187	40	46	100	80	20	25	35	43,1	48,5	55,2	35,4
Rheinland-Pfalz	106	22	31	53	43	10	16	17	41,1	47,2	50,7	32,9
Baden-Württemberg	246	50	84	112	132	32	55	45	53,6	64,7	65,2	40,1
Bayern	317	73	103	141	171	43	68	59	53,8	59,2	66,2	42,0
Saarland	30	7	9	14	10	3	4	4	34,0	41,2	40,4	26,6
Berlin	101	26	26	49	56	16	18	22	55,8	60,4	70,6	45,5
Brandenburg	85	26	21	38	62	20	20	21	72,2	75,9	96,3	56,3
Mecklenburg-Vorpommern	61	16	17	29	34	11	12	12	55,9	67,4	68,6	42,2
Sachsen	131	37	43	51	61	19	26	16	46,5	52,2	59,4	31,3
Sachsen-Anhalt	80	21	25	35	32	9	13	10	40,3	43,6	53,4	28,8
Thüringen	77	19	20	38	35	10	13	13	46,2	53,3	62,7	33,8
Deutschland	2330	553	713	1063	1105	300	425	380	47,4	54,2	59,6	35,7

1) Abweichungen aufgrund von Rundungen sind möglich

Abbildung 11: Verteilung der Versorgungsarten im Jahr 2030 nach Szenario (Anteilswerte in Prozent)

Szenario 1: Status quo



Szenario 2: Abnahme der informellen Pflege**Szenario 3: Konstanz der Zahl der Pflegebedürftigen in stationärer Pflege**

Welche Verteilung der einzelnen Versorgungsarten sich im Jahr 2030 für die drei Szenarien ergibt, zeigt Abbildung 11. Analog der Befunde für Deutschland insgesamt (Abbildung 10) lässt sich auch für die einzelnen Bundesländer feststellen, dass in Szenario 2 (gegenüber Szenario 1) der Anteil der stationär gepflegten Menschen in etwa gleich bleibt, während der Anteil ambulant gepflegter Menschen etwa um 5 Prozentpunkte zunimmt und im Gegenzug der Anteil der informell gepflegten Menschen, gemäß den Modellannahmen, um 5 Prozentpunkte abnimmt. Auch für Szenario 3 zeigen sich in den einzelnen Bundesländern ähnliche Entwicklungen wie für Deutschland insgesamt. So nimmt der Anteil der ambulant gepflegten Menschen um etwa 10 Prozentpunkte gegenüber Szenario 1 zu, während der Anteil der informell gepflegten Menschen um etwa 5 Prozentpunkte zunimmt und der der stationär Gepflegten um etwa 15 Prozentpunkte abnimmt. Bemerkenswert ist weiterhin, dass die „Profile“ der Länder für 2030 quasi unabhängig vom gewählten Szenario bestehen. So weist Hessen in allen drei Szenarien den höchsten Anteil vollstationärer Pflege auf, während Sachsen und Schleswig-Holstein durchgängig die niedrigsten Anteilswerte zeigen.

7.1.2.3 Prognosen auf Kreisebene

Eine tiefere Analyseebene bietet schließlich die Projektion der Zahl der Pflegebedürftigen auf Kreisebene, deren Ergebnisse, insbesondere im Vergleich der Szenarien, im Folgenden dargestellt werden. Dabei konnte allerdings die Kreisgebietsreform in Mecklenburg-Vorpommern im Jahr 2010 nicht berücksichtigt werden. Neu berechnete Daten zum Gebietsstand 30. September 2011 sind unter www.wegweiser-kommune.de abrufbar.

Betrachtet man die Pflegebedürftigen, die ambulant gepflegt werden (Abbildung 12), finden sich die größten relativen Zuwächse von über 100 % in den Regionen um München sowie um Berlin und Rostock. Dieses Phänomen, dass die Kernstadt geringere Zuwächse hat, aber die Region um die Stadt herum einen höheren Zuwachs, lässt sich auch bei Hamburg, Bremen und vielen kreisfreien Städten in Bayern erkennen. Diese drastischen Zuwächse spiegeln vor allem die „Alterung“ der bereits älteren Bevölkerung von über etwa 70 Jahren wider, die in besonderem Maße von Pflegebedürftigkeit betroffen ist. Weitere vereinzelte Kreise mit einer Zunahme der Zahl pflegebedürftiger Menschen mit ambulanter Pflege um 80 % und mehr finden sich in Baden-Württemberg, Hessen und im Norden Deutschlands. In der Mitte Deutschlands finden sich dagegen die niedrigsten Zuwächse von 0 bis 40 %.

In absoluten Zahlen sind die größten Zuwächse in den Regionen zu erwarten, in denen die meisten Menschen leben (Abbildung 15). Hamburg, München, die Region Hannover und einige Kreise im Ruhrgebiet (Recklinghausen, Rhein-Erft-Kreis, Rhein-Sieg-Kreis) treten daher mit besonders hohen Zuwächsen in Erscheinung, Berlin aufgrund der hohen Einwohnerzahl sogar mit ca. 16.000 zusätzlichen Pflegebedürftigen in ambulanter Pflege. Deutlich geringer sind die Zuwächse in den bevölkerungsärmeren Regionen in den Flächenstaaten. So haben die meisten Kreise weniger als 600 zusätzliche pflegebedürftige Menschen in ambulanter Pflege zu erwarten, gefolgt von einer etwas geringeren Anzahl an Kreisen, die 600 bis 1200 zusätzliche Pflegebedürftige in diesem Pflegearrangement bis zum Jahr 2030 zu erwarten haben.

Welche Unterschiede zeigen sich jetzt im Vergleich der drei Szenarien? Zwar ist die Entwicklung der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen über alle Szenarien für eine Kommune definitionsgemäß gleich, allerdings ergeben sich für die einzelnen Szenarien unterschiedliche relative und absolute Veränderungen in den einzelnen Versorgungsarten. In Szenario 2, das einen Rückgang der Angehörigenpflege unterstellt, erhöhen sich die relativen Zuwächse in der ambulanten Pflege

deutlich. Beispielsweise liegen die Zuwachsraten der Metropolregionen Berlin, Hamburg, München, Köln, Bonn und des Stadtstaats Bremen, die zum Teil schon in Szenario 1 hohe Zuwachswerte aufweisen, jetzt deutlich über 100 %. Ebenfalls weisen Bayern und Baden-Württemberg sowie weite Teile Norddeutschlands fast ausnahmslos Zuwachswerte von 80 bis 100 % und mehr auf. In der Mitte Deutschlands liegen die Werte nun ebenfalls etwas höher bei 20 bis 60 %. In Szenario 3, das eine Konstanz in der Anzahl der stationären Pflegebedürftigen auf Bundesebene postuliert, erhöhen sich die Werte noch weiter, sodass nahezu ausnahmslos alle Kreise Zuwachswerte von 80 bis 100 % und mehr aufweisen, wenngleich auch hier die Metropolregionen Berlin, München, Hamburg, Köln und Bonn stets etwas geringere Werte aufweisen als das unmittelbare Umland. Die mit Abstand geringsten Zuwächse mit unter 40 % finden sich in den Regionen Hersfeld-Rotenburg und dem Vogelsbergkreis sowie der Stadt Kassel. Absolut betrachtet treten die bevölkerungsreichen Metropolregionen nun stärker hervor. Die Anzahl der Pflegebedürftigen mit ambulanter Pflege steigt sowohl in den Metropolregionen als auch in deren Umland stark an. Beispielsweise sind in Berlin bis zum Jahr 2030 nach Szenario 1 ca. 16.000 zusätzliche Pflegebedürftige in ambulanter Pflege zu erwarten, in Szenario 2 ca. 21.000 und in Szenario 3 ca. 25.000. Dennoch sind in den meisten Kreisen auch in Szenario 3 überwiegend lediglich bis zu 1.200 zusätzliche Pflegebedürftige bis zum Jahr 2030 zu erwarten.

Die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen, die stationär gepflegt werden (Abbildung 13), zeigt im Status-Quo-Modell des Szenario 1 ein ähnliches Bild wie bei der zuvor betrachteten ambulanten Pflege. Die Regionen mit den höchsten relativen Zuwächsen liegen um Berlin und München, in Teilen Baden-Württembergs und Bayerns und in einigen Kreisen Norddeutschlands, wobei insgesamt etwas mehr Kreise hohe Zuwächse von 80 bzw. 100 % und mehr aufweisen. Auch liegen die Zuwächse im jeweiligen Umland der entsprechenden Großstädte stets etwas höher als in den Städten selbst. Der Anstieg der absoluten Anzahl von Pflegebedürftigen mit stationärem Pflegearrangement fällt ebenfalls etwas höher aus als beim ambulanten Pflegearrangement (Abbildung 16), was insgesamt auch auf die in höherem Lebensalter höhere Wahrscheinlichkeit zurückgeführt werden kann, eine stationäre Pflege gegenüber einem ambulanten Pflegearrangement zu wählen.

Beim Vergleich der Szenarien ist zunächst wieder festzustellen, dass sich die Entwicklung der stationären Pflege zwischen Szenario 1 und 2 nur geringfügig unterscheidet, da die Hauptdeterminante einer Verschiebung in den Versorgungsformen, nämlich die demographische Entwicklung, bereits in Szenario 1 enthalten ist. Als Resultat sind auch bei der stationären Pflege Berlin, Hamburg, München, die Region Hannover und einige Kreise in Nordrhein-Westfalen mit hohen Zuwächsen vertreten. Die Kreise mit den geringsten Zuwächsen sind Coburg, Frankenthal (Pfalz), Kaufbeuren, Zweibrücken und Neustadt an der Weinstraße mit 143 bis 180 zusätzlichen zu pflegenden Menschen. Da sich die Ausgangsbasis der stationären und der ambulanten Versorgung aber zwischen den Kommunen unterscheidet, sind bei gleichem absolutem Zuwachs unterschiedliche relative Zuwächse zu beobachten. Liegen die relativen Zuwächse bei der ambulanten Pflege beispielsweise in Bayern, Schleswig-Holstein und Baden-Württemberg bei ca. 100 %, so liegen die Zuwächse in diesen Ländern im stationären Bereich „nur“ um 60 %. Die größte Zuwachsrate im stationären Bereich wird es nach Szenario 2 in Brandenburg geben. Für das Bundesland wird eine Zunahme von 109 % geschätzt, für den Kreis Oberhavel sogar eine Zunahme von knapp über 150 %. Neben den Brandenburger Landkreisen um Berlin herum ist auch mit einer besonders hohen Zunahme im Emsland zu rechnen. Deutlich unterschiedlich sind dagegen die Auswirkungen des Szenario 3 auf die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen in der stationären Pflege, denn Szenario 3, das definitionsgemäß eine Konstanz in der Anzahl der

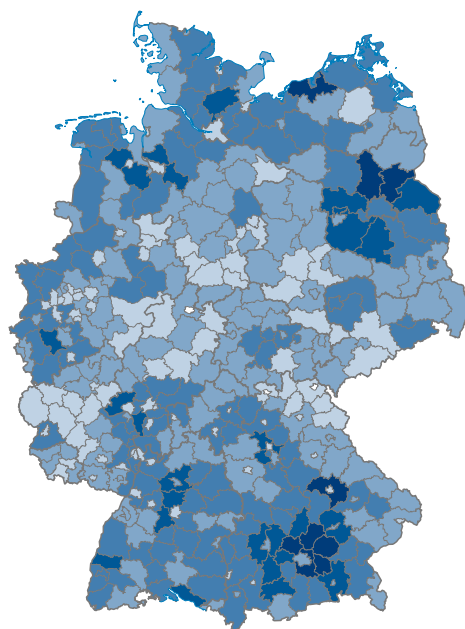
stationären Pflegebedürftigen auf Bundesebene unterstellt, bewirkt aufgrund der regional unterschiedlichen demographischen Entwicklung in etwa der Hälfte der Kreise einen Rückgang der Zahl der Pflegebedürftigen um bis zu 25 % und ebenfalls bei der Hälfte der Kreise einen Anstieg um ca. 20 %. Bei wenigen Kreisen, insbesondere um München und Berlin, liegt ein Anstieg um bis zu 60 % vor. Absolut betrachtet steht etwa der Hälfte der Kreise mit Abnahmen um bis zu 600 stationär gepflegte Menschen etwa die andere Hälfte der Kreise mit Zunahmen um bis zu 600 stationär gepflegte Menschen gegenüber.

Betrachtet man die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen in Angehörigenpflege, dann zeigt sich im Status-Quo-Modell des Szenario 1 gegenüber den anderen Leistungsarten ein eher moderater relativer Anstieg (Abbildung 14). Die niedrigsten Zuwächse bis 20 % befinden sich gehäuft im Süden Niedersachsens mit Braunschweig, Salzgitter, Wolfsburg, Goslar, Northeim, Osterode am Harz, Hameln-Pyrmont und Holzminden sowie auch im Ruhrgebiet mit Gelsenkirchen, Hagen und Herne. Anstiege bis 40 % finden sich vor allem in der Mitte bzw. im Gürtel Deutschlands, während sich die Anstiege bis 60 % eher auf Nord- und Süddeutschland verteilen. Höhere Anstiege um 80 % und mehr finden sich lediglich in den Regionen um München und Berlin. Absolut betrachtet treten die höchsten Fallzahlsteigerungen erwartungsgemäß in den Regionen mit hohem Bevölkerungsanteil bei den älteren Menschen auf, wie in und um Berlin, in München, Hamburg, der Region Hannover und Teilen des Ruhrgebiets (Abbildung 17). Eine hohe Fallzahlsteigerung ist aber auch im Emsland zu verzeichnen.

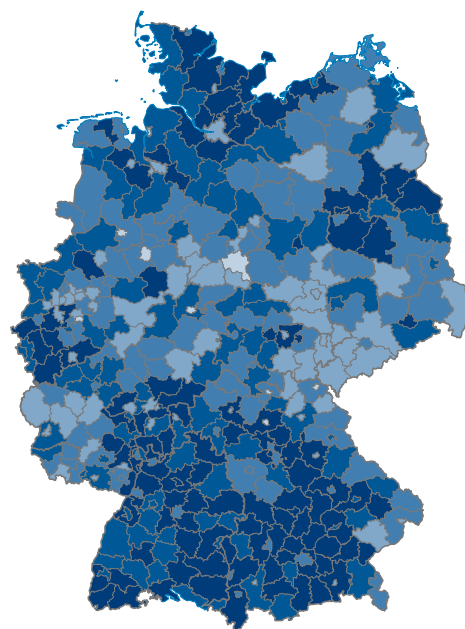
Im Vergleich der Szenarien zeigt sich, dass im Szenario 2 die Zuwächse an Angehörigenpflege (im Vergleich zu Szenario 1) abnehmen und jetzt überwiegend die Kreise mit Zuwächsen bis 40 % dominieren. Höhere Zuwächse finden sich wieder um München und Berlin sowie etwas schwächer ausgeprägt um Hamburg und Bremen. Teilweise „bewirkt“ Szenario 2 sogar eine Abnahme der Zahl der Pflegebedürftigen in Angehörigenpflege unter das Niveau des Ausgangsjahres 2009, und zwar in Goslar, Osterode im Harz, Duisburg, Gelsenkirchen, Hagen, Herne, Offenbach am Main, Vogelsbergkreis, Kassel, Hersfeld-Rotenburg sowie Bamberg, Coburg und Hof (Abbildung 14 und Abbildung 17). Höhere Werte finden sich wieder in Szenario 3, bei dem die gesamte Fallzahlsteigerung durch Angehörigenpflege und ambulante Pflege aufgefangen werden muss.

Abbildung 12: Relative Zunahme der Pflegebedürftigen in Deutschland zwischen 2009 und 2030 in ambulanter Pflege (in Prozent)

Szenario 1: Status quo



Szenario 2: Rückgang Angehörigenpflege



Szenario 3: Konstanz stationärer Pflege

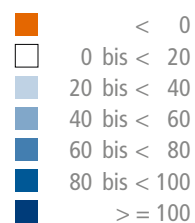
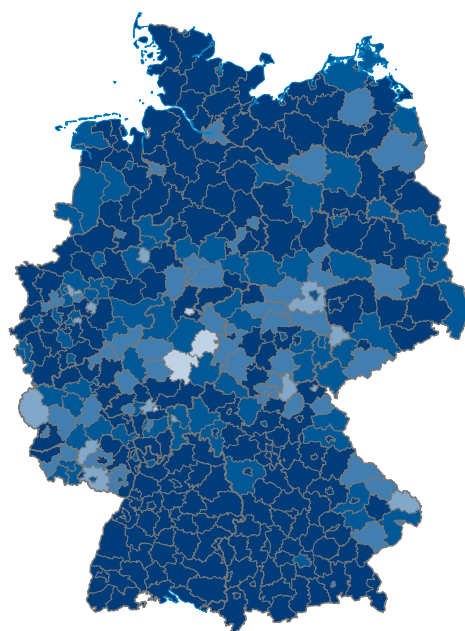
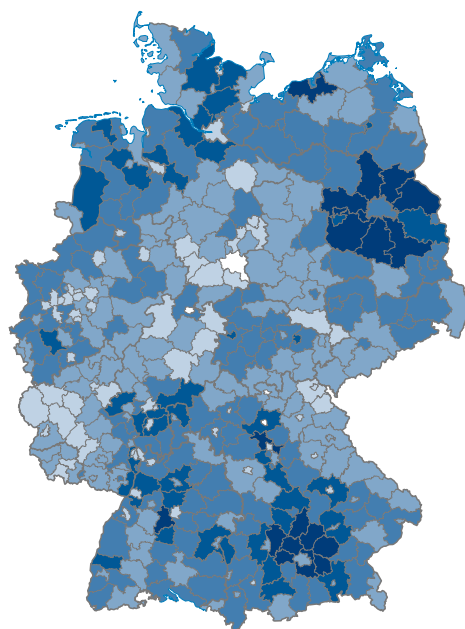
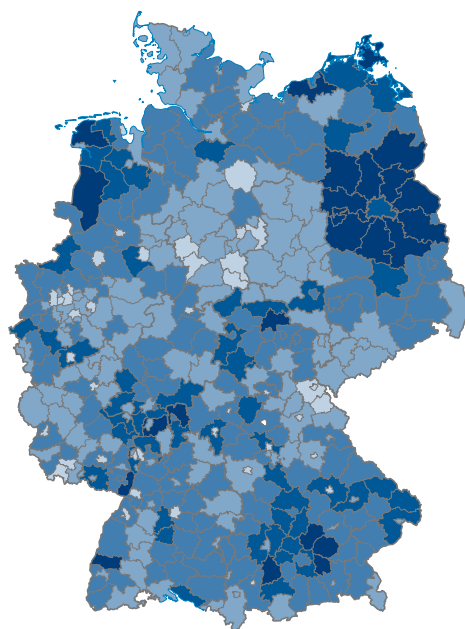


Abbildung 13: Relative Zunahme der Pflegebedürftigen in Deutschland zwischen 2009 und 2030 in stationärer Pflege (in Prozent)

Szenario 1: Status quo



Szenario 2: Rückgang Angehörigenpflege



Szenario 3: Konstanz stationärer Pflege

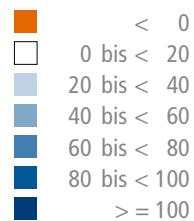
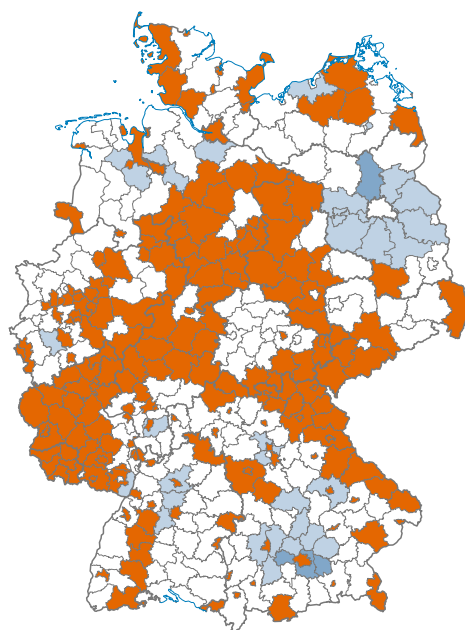
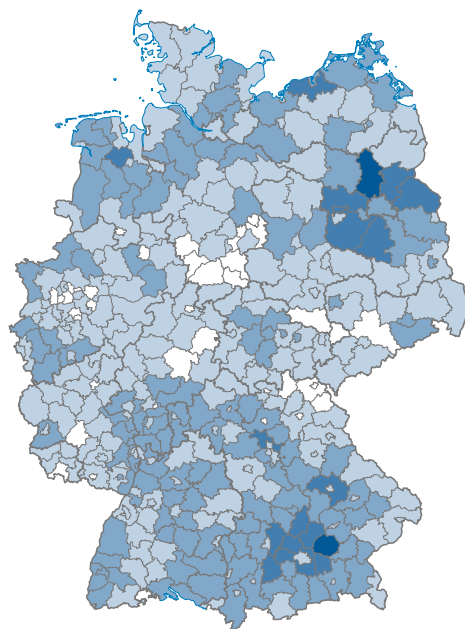
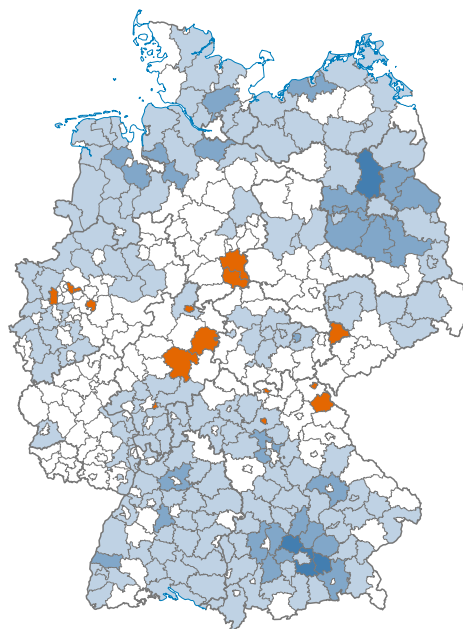


Abbildung 14: Relative Zunahme der Pflegebedürftigen in Deutschland zwischen 2009 und 2030 in Angehörigenpflege (in Prozent)

Szenario 1: Status quo



Szenario 2: Rückgang Angehörigenpflege



Szenario 3: Konstanz stationärer Pflege

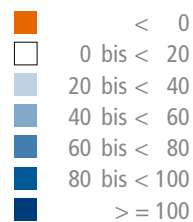
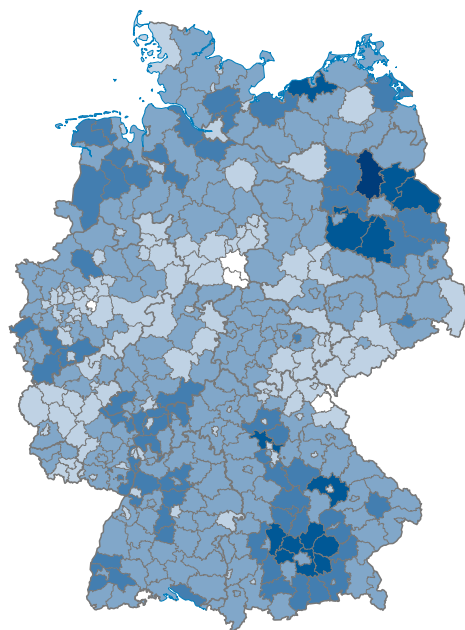
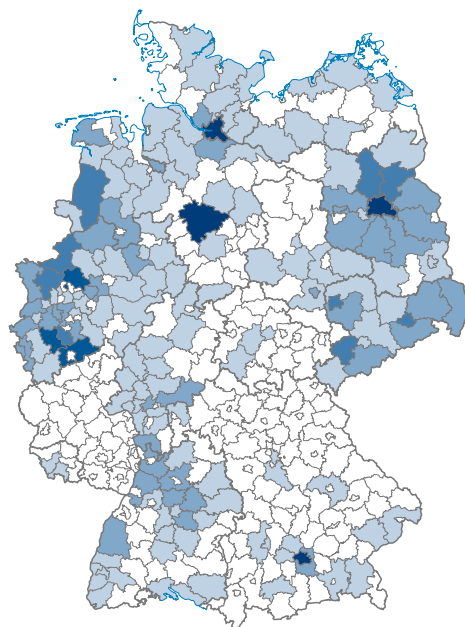
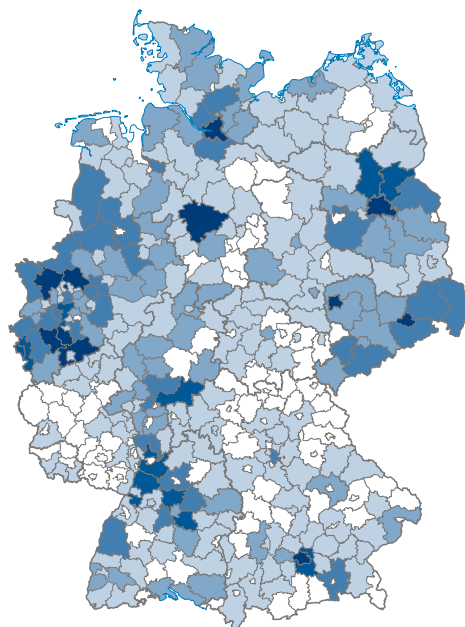


Abbildung 15: Absolute Zunahme der Pflegebedürftigen in Deutschland zwischen 2009 und 2030 in ambulanter Pflege

Szenario 1: Status quo



Szenario 2: Rückgang Angehörigenpflege



Szenario 3: Konstanz stationärer Pflege

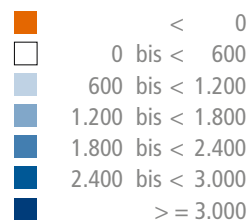
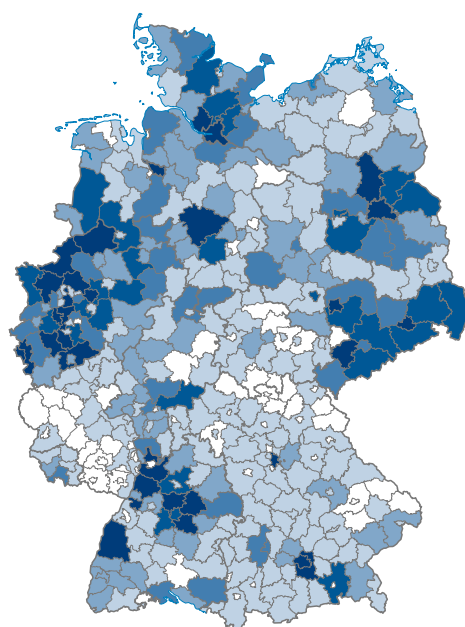
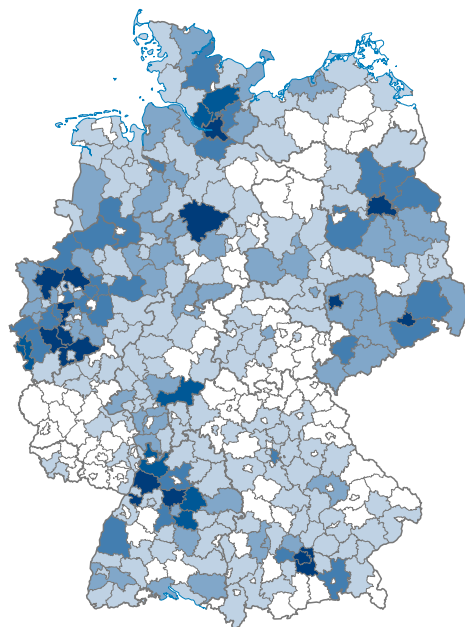
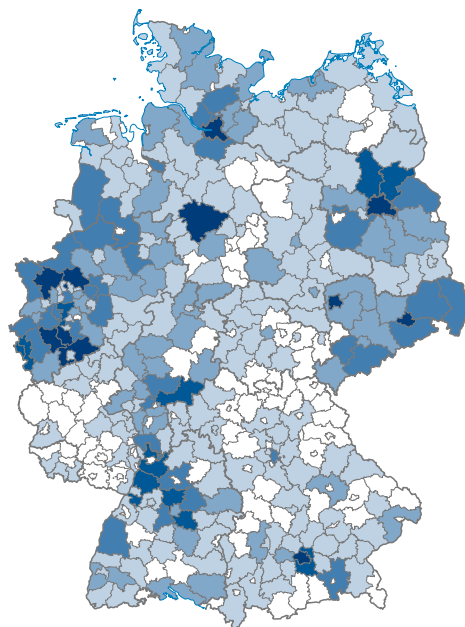


Abbildung 16: Absolute Zunahme der Pflegebedürftigen in Deutschland zwischen 2009 und 2030 in stationärer Pflege

Szenario 1: Status quo



Szenario 2: Rückgang Angehörigenpflege



Szenario 3: Konstanz stationärer Pflege

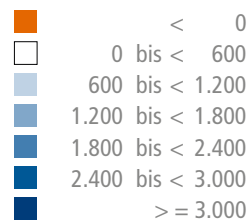
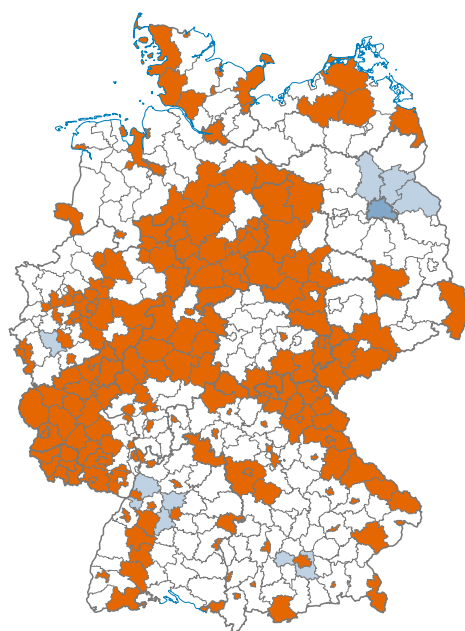
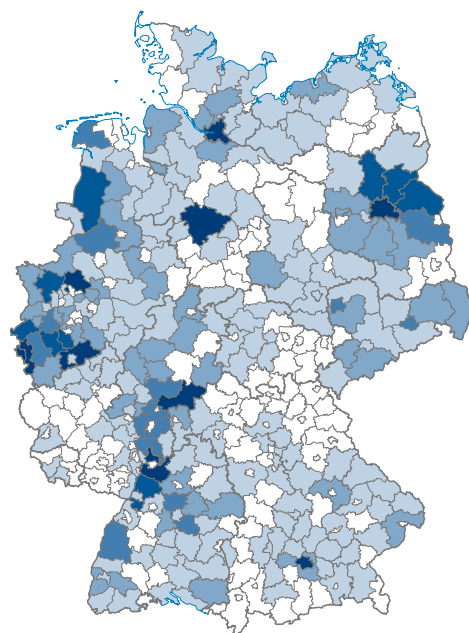
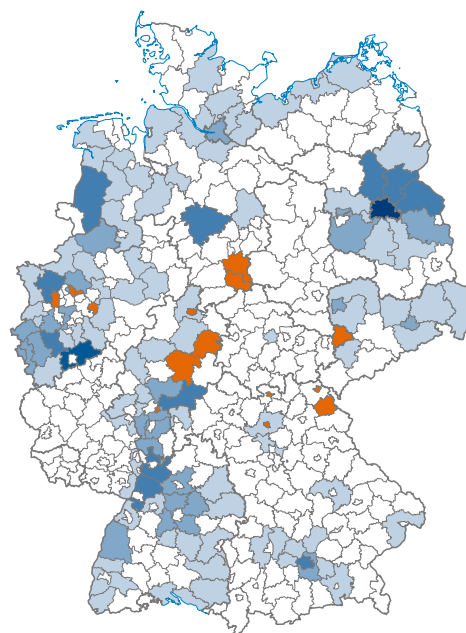


Abbildung 17: Absolute Zunahme der Pflegebedürftigen in Deutschland zwischen 2009 und 2030 in Angehörigenpflege

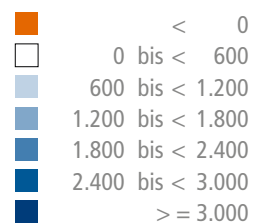
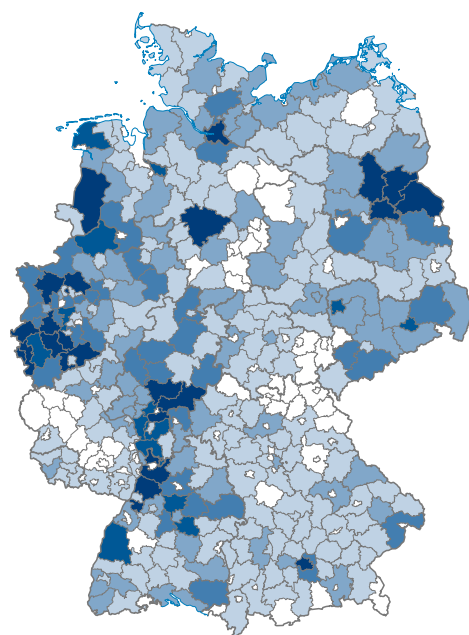
Szenario 1: Status quo



Szenario 2: Rückgang Angehörigenpflege



Szenario 3: Konstanz stationärer Pflege



7.2 Die Analyse der Versorgungslücke

Bevor die zukünftige Entwicklung analysiert wird, wird in Abschnitt 7.2.1 zunächst die Ausgangssituation dargestellt, die sich regional je unterschiedlich darstellt. Als Versorgungslücke wird dann jede Verschlechterung dieser – regional differenzierten – Ausgangssituation definiert. Das Ausmaß dieser Versorgungslücke hängt dann zum einen von der Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen und der Verteilung der Versorgungsarten ab, die in Abschnitt 7.1 untersucht wurde. Zum anderen ist die Entwicklung des Erwerbspersonenpotenzials entscheidend, also der erwerbsfähigen Bevölkerung im Alter von 19 bis 64 Jahren, die ebenfalls regional differieren kann und – bei einem Rückgang – die Versorgungslücke verschärfen könnte (Abschnitt 7.2.2). Unter Berücksichtigung dieser Größen kann in Abschnitt 7.2.3 dann die Versorgungslücke auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene beschrieben werden.

7.2.1 Die Ausgangssituation im Jahr 2009

Ausgangspunkt für eine Projektion der zukünftigen Versorgungslücke durch den drastischen Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen bis zum Jahr 2030 ist der – regional unterschiedliche – Personalschlüssel des Jahres 2009, der misst, wie viel Vollzeitäquivalente in der ambulanten bzw. stationären Versorgung pro pflegebedürftigem Menschen tätig sind. Diese werden für die weiteren Analysen als Referenzpunkt für die Ermittlung einer etwaigen Versorgungslücke herangezogen.

Abbildung 18: Vollzeitäquivalente in der ambulanten Pflege je Pflegebedürftigem

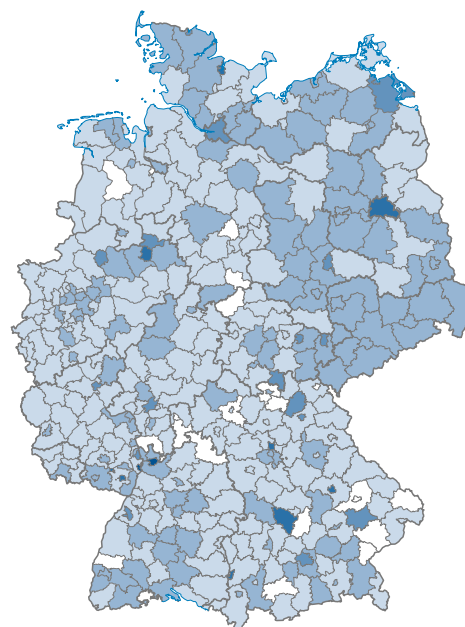
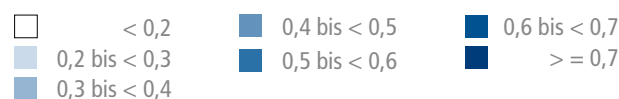
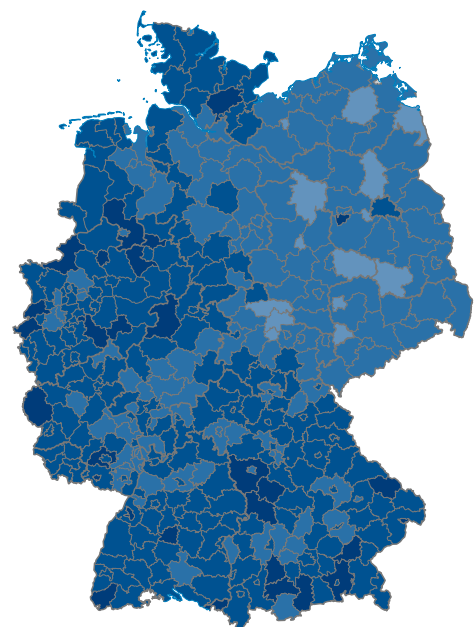


Abbildung 19: Vollzeitäquivalente in der stationären Pflege je Pflegebedürftigem



Diese Ausgangssituation des „Personalschlüssels“ ist in Abbildung 18 für die ambulante Pflege und in Abbildung 19 für die stationäre Pflege wiedergegeben. Zunächst ist festzustellen, dass die Personalkapazitäten, die beruflich an der Versorgung je Pflegebedürftigem beteiligt sind, mit 0,13 bis 0,65 Vollzeitäquivalenten in der ambulanten Pflege erheblich niedriger sind als in der vollstationären Pflege, bei der 0,45 bis 0,78 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigem eingesetzt werden. Gründe hierfür liegen zum einen in der unterschiedlichen Altersstruktur der Pflegebedürftigen in den beiden Versorgungsformen. So sind Pflegebedürftige in der stationären Pflege erheblich älter und damit einhergehend auch meist morbider als Pflegebedürftige, die durch ambulante Pflegedienste versorgt werden, und begründen schon dadurch einen erheblich größeren Pflegeaufwand. Zum anderen ist der Anteil der Laienpflege in einem ambulanten Setting sehr viel größer als im stationären, in dem praktisch alle Pflegeleistungen durch das Einrichtungspersonal erbracht werden müssen. Neben den Unterschieden zwischen den beiden Versorgungsformen zeigt sich bei beiden Versorgungsformen auch eine regionale Variation in der Zahl der Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigem. Dieser regional unterschiedliche „Personalschlüssel“ wird nun bei der Projektion der Versorgungslücke im Jahr 2030 zugrunde gelegt, indem diese Relation von Personal zu Pflegebedürftigem auch für das 2030 zur Bedarfsdeckung angenommen wird.

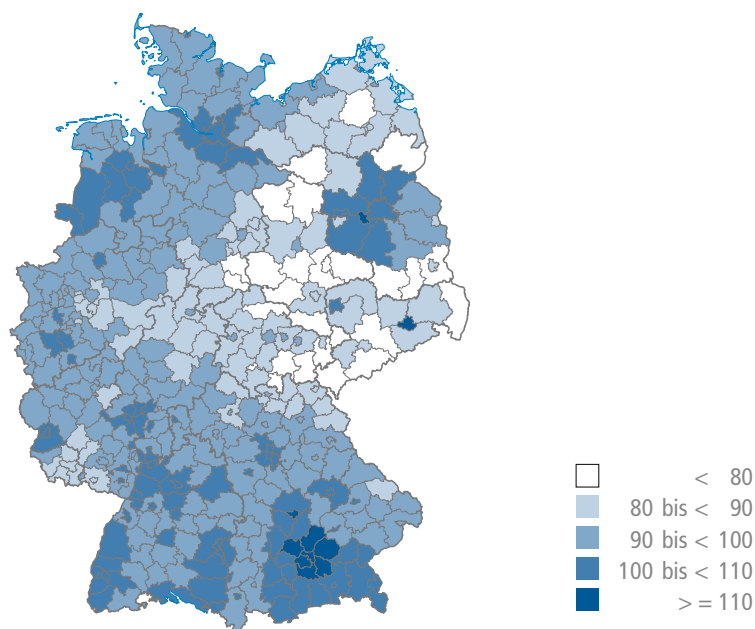
7.2.2 Die Entwicklung des Erwerbspersonenpotenzials zwischen 2009 und 2030

Der zweite Aspekt bei der Bestimmung der Versorgungslücke im Jahr 2030 ist die Frage, wie sich das zukünftige Erwerbspersonenpotenzial bis zum Jahr 2030 entwickeln wird, ob also durch einen Anstieg der Erwerbsbevölkerung bis zum Jahr 2030 potenziell mehr Menschen dem Arbeits- und damit auch dem Pflegemarkt zur Verfügung stehen oder ob durch einen Rückgang der Erwerbsbevölkerung die Versorgungssituation noch zusätzlich verschärft wird, da insgesamt auch weniger potenziell Erwerbstätige für die Versorgung der Pflegebedürftigen zur Verfügung stehen.

Insgesamt verringert sich das Erwerbspersonenpotenzial der 19- bis 64-Jährigen zwischen 2009 und 2030 auf Bundesebene um 5,8 %. Hierbei zeigt sich jedoch eine erhebliche Variation auf Kreisebene (Abbildung 20). In etwa drei Viertel der Kreise geht das Erwerbspersonenpotenzial zurück, während es in etwa einem Viertel der Kreise ansteigt. Kreise mit einem Rückgang der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter finden sich überwiegend und besonders ausgeprägt in Ostdeutschland sowie in Hessen und im Saarland, während in den übrigen westdeutschen Kreisen überwiegend von einem moderaten Rückgang von 0 bis 10 % (ähnlich dem Bundesdurchschnitt) sowie in zahlreichen Kreisen auch von einem Anstieg von 10 % und darüber auszugehen ist.

Für die zukünftige Versorgungslücke im Jahr 2030 ist damit davon auszugehen, dass in etwa drei Viertel aller Kreise die Versorgungslücke durch den Rückgang der Erwerbsbevölkerung – insbesondere in Ostdeutschland – zusätzlich verschärft wird, während in ca. einem Viertel aller Kreise ein wachsender Arbeitsmarkt auch zur Reduzierung der Versorgungslücke, die durch den Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen bis zum Jahr 2030 entsteht, beitragen kann.

Abbildung 20: Veränderung des Erwerbspersonenpotenzials der 19- bis 64-Jährigen zwischen 2009 und 2030 (in Prozent)



7.2.3 Ergebnisse und Vergleich der Szenarien

Die Ergebnisse werden wiederum für die Bundes-, Landes- und Kommunalebene präsentiert.

7.2.3.1 Die Projektion auf Bundesebene

Wie sieht nun die zukünftige Versorgungssituation im Jahr 2030 auf Bundesebene aus? Über- bzw. Unterversorgung ergibt sich dabei zum einen aus dem Anstieg der Pflegebedürftigen und zum anderen aus dem Rückgang des Erwerbspersonenpotenzials der 19- bis 64-Jährigen.

Betrachtet man zunächst die Personalsituation in der ambulanten Pflege (Abbildung 21, Szenario 1), dann steigt der Personalbedarf bis zum Jahr 2030 von 176.000 auf 271.000 und damit um etwa 95.000 (+54%) Vollzeitäquivalente an. Dieser Anstieg ist dabei allein durch die Alterung der Bevölkerung und den damit einhergehenden Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen begründet. Gleichzeitig reduziert sich das Personalangebot aufgrund des Rückgangs des Erwerbspersonenpotenzials von 176.000 auf 154.000 und damit um 22.000 (12,5%). Insgesamt entsteht gemäß dieser Modellrechnung eine Personallücke in der ambulanten Pflege von 117.000 Vollzeitäquivalenten, wovon 95.000 (81%) auf steigende Bedarfe und 22.000 (19%) auf den Rückgang des Erwerbspersonenpotenzials zurückzuführen sind (Tabelle 5).

Tabelle 5: Versorgungslücke in der ambulanten und stationären Pflege im Jahr 2030 in Deutschland nach Szenario

	Insgesamt	Durch Veränderung der Zahl der Pflegebedürftigen		Durch Veränderung des Erwerbspersonenpotenzials	
	absolut	absolut	%	absolut	%
ambulante Pflegedienste					
Szenario 1	117.120	95.315	81	21.805	19
Szenario 2	162.845	141.040	87	21.805	13
Szenario 3	208.250	186.444	90	21.805	10
stationäre Pflegeeinrichtungen					
Szenario 1	317.378	262.712	83	54.666	17
Szenario 2	328.899	274.233	83	54.666	17
Szenario 3	54.666	0	0	54.666	100
ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen					
Szenario 1	434.498	358.027	82	76.471	18
Szenario 2	491.744	415.273	84	76.471	16
Szenario 3	262.916	186.444	71	76.471	29

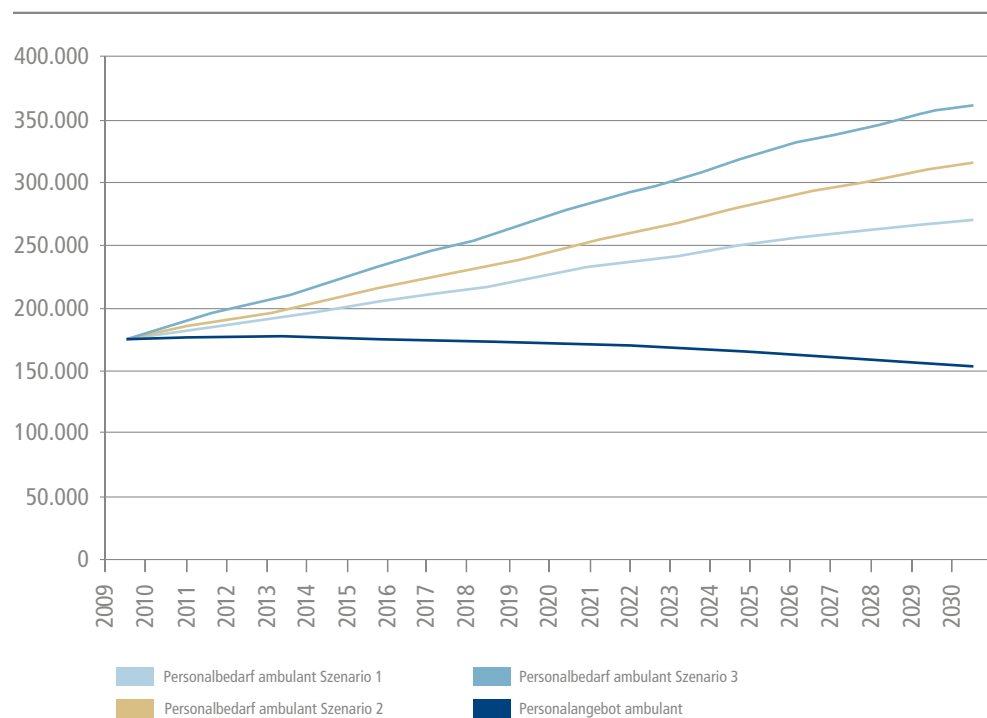
Im Vergleich der Szenarien erhöht sich in Szenario 2 der Anstieg der Personallücke in den ambulanten Diensten auf 162.845 Vollzeitäquivalente, von denen dann 141.040 auf eine Veränderung in der Zahl der Pflegebedürftigen zurückgehen. In Szenario 3 liegt die Personallücke dann sogar bei mehr als 200.000. Da der Rückgang des Erwerbspersonenpotenzials in allen drei Szenarien 22.000 beträgt, resultieren daraus, je nach Szenario, unterschiedliche Anteile, zu denen der Anstieg der Personallücke auf den Anstieg der Pflegebedürftigen und auf den Rückgang des Erwerbspersonenpotenzials zurückzuführen ist. In Szenario 2 (Szenario 3) beträgt der Anteil des Anstiegs der Zahl der Pflegebedürftigen 87 % (90 %) und der des Rückgangs des Erwerbspersonenpotenzials entsprechend 13 % (10 %) an der Personallücke.

Allerdings liefern diese Zahlen nur ein unvollständiges Bild, weil auch die Personallücke in der stationären Pflege zu berücksichtigen ist. Der Personalbedarf in der stationären Pflege (Abbildung 22, Szenario 1) steigt bis zum Jahr 2030 von 441.000 auf 704.000 und damit um etwa 263.000 (60 %) Vollzeitäquivalente an. Auch dieser Anstieg ist allein durch die Alterung der Bevölkerung und den damit einhergehenden Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen begründet. Das Arbeitsangebot für diesen Sektor reduziert sich aufgrund des rückläufigen Erwerbspersonenpotenzials von 441.000 auf 386.000 und damit um 55.000 (12,5 %). Insgesamt entsteht gemäß dieser Modellrechnung demnach in der stationären Pflege eine Personallücke im Umfang von 318.000 Vollzeitäquivalenten, wovon 263.000 (= 83 %) durch den Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen und 55.000 (= 17 %) durch den Rückgang des Erwerbspersonenpotenzials begründet sind.

Im Vergleich zu Szenario 1 erhöht sich in Szenario 2 der Anstieg der Personallücke nur geringfügig um ca. 10.000 Vollzeitäquivalente, während in Szenario 3, das definitionsgemäß von einer gleich bleibenden Anzahl stationärer Pflegeplätze bis zum Jahr 2030 ausgeht, kein zusätzlicher Personalbedarf entsteht und sich die Versorgungslücke von 55.000 Vollzeitäquivalenten demnach ausschließlich durch den Rückgang des Erwerbspersonenpotenzials ergibt.

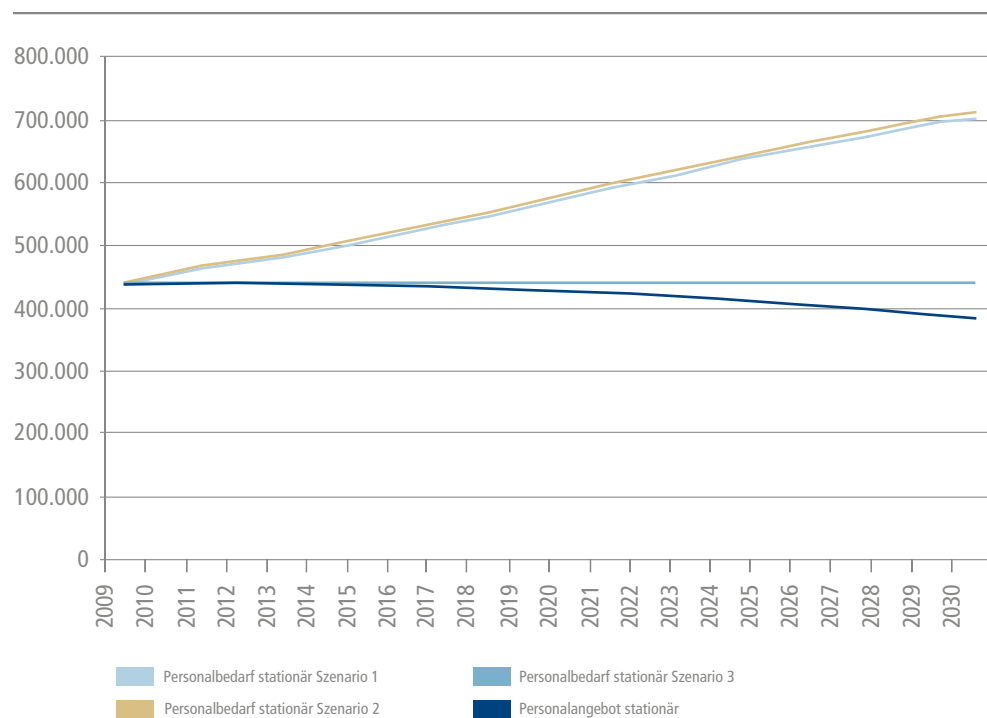
Die Addition der Personallücken im ambulanten und stationären Sektor zeigt den Gesamteffekt der drei Szenarien. Liegt die Personallücke in Szenario 1 bei 434.000 und in Szenario 2 sogar bei 492.000, beläuft sie sich in Szenario 3 „nur“ noch auf 263.000 und beträgt damit nur 61 % des Wertes für Szenario 1 und 53 % des Wertes für Szenario 2. Die Sicherstellung der formellen Pflege ist damit um vieles leichter, wenn es gelingt, Szenario 3 zum Durchbruch zu verhelfen.

Abbildung 21: Projektion des Bedarfs und des Angebots an ambulantem Pflegepersonal in Deutschland



| BertelsmannStiftung

Abbildung 22: Projektion des Bedarfs und des Angebots an stationärem Pflegepersonal in Deutschland



| BertelsmannStiftung

7.2.3.2 Die Projektion auf Länderebene

Wie sieht nun die zukünftige Versorgungssituation im Jahr 2030 auf Länderebene aus? In Tabelle 6 sind hierzu zum einen die Versorgungslücken in Vollzeitäquivalenten in der ambulanten und stationären Pflege nach Bundesland als Absolutwerte aufgeführt sowie zum anderen Anzahl und Anteile der benötigten Vollzeitäquivalente, die allein auf den Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen bis zum Jahr 2030 zurückgeführt werden können.

Tabelle 6: Versorgungslücke in der ambulanten und stationären Pflege im Jahr 2030 in Deutschland nach Ländern (Szenario 1)

	Ambulante Versorgung			Stationäre Versorgung		
	Insgesamt	Durch Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen		Insgesamt	Durch Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen	
	absolut	absolut	%	absolut	absolut	%
Schleswig-Holstein	4032	3553	88	15404	13605	88
Hamburg	1960	2196	112	3019	3340	111
Niedersachsen	11164	9048	81	33320	27256	82
Bremen	794	681	86	1474	1280	87
Nordrhein-Westfalen	21526	17091	79	65947	53357	81
Hessen	7083	5764	81	19005	15825	83
Rheinland-Pfalz	3926	3058	78	12370	9780	79
Baden-Württemberg	10717	9479	88	39774	35211	89
Bayern	14149	12707	90	47945	43521	91
Saarland	1097	722	66	3703	2423	65
Berlin	9079	8686	96	11454	11028	96
Brandenburg	8116	6289	77	13882	11295	81
Mecklenburg-Vorpommern	4886	3413	70	8827	6199	70
Sachsen	9770	6779	69	18861	13595	72
Sachsen-Anhalt	4862	2774	57	11450	7090	62
Thüringen	4904	3137	64	10565	7144	68
Schleswig-Holstein	4032	3553	88	15404	13605	88

Insgesamt verteilt sich die Versorgungslücke von 117.000 Vollzeitäquivalenten in der ambulanten Pflege und 317.000 in der stationären Pflege in Deutschland überwiegend entsprechend der Bevölkerungsstärke in den einzelnen Bundesländern. Dadurch entfallen beispielsweise in der ambulanten Versorgung große Teile der Versorgungslücke auf Nordrhein-Westfalen, Bayern, Niedersachsen und Baden-Württemberg, auf die mit 58.000 Vollzeitäquivalenten etwa die Hälfte (!) der Versorgungslücke entfällt.

Die Anteile an den Versorgungslücken, die auf den Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen entfallen, sind in Hamburg und Berlin besonders hoch. Diese Regionen verzeichnen einen geringen Rückgang des Erwerbspersonenpotenzials, sodass beispielsweise in Berlin das errechnete Personalangebot für Pflegeeinrichtungen nur um 4 % zurückgeht. In Hamburg ist durch den Anstieg des Erwerbspersonenpotenzials der arbeitsangebotsseitige Effekt auf die Versorgungslücke sogar „negativ“. Auffällig sind auch die ähnlichen Anteilswerte des nachfrageseitigen Effekts in der ambulanten und stationären Versorgung. Dieser bewegt sich in Westdeutschland bei einem Anteil am Gesamteffekt von 80 % und mehr (mit Ausnahme des Saarlandes), während in Ostdeutschland eher Anteile von 60 bis 90 % zu finden sind.

7.2.3.3 Die Projektion auf Kreisebene

Wie stellt sich die zukünftige Versorgungssituation im Jahr 2030 nun auf Kreisebene dar? In Abbildung 23 ist hierzu die Personallücke in Vollzeitäquivalenten in der ambulanten Pflege und in Abbildung 24 die entsprechende Personallücke in Vollzeitäquivalenten in der stationären Pflege im Jahr 2030, die sich Angebots- und nachfrageseitig insgesamt ergibt, dargestellt.

Ausgehend vom Basisszenario 1 fallen die Versorgungslücken im ambulanten Bereich mit bis zu 500 fehlenden Vollzeitäquivalenten in den meisten Kreisen gering aus, steigen aber in den Ballungszentren – überwiegend aufgrund der dort stark ansteigenden Anzahl an Pflegebedürftigen – stark an. Beispielsweise um München, um Berlin und in zahlreichen Kreisen des Ruhrgebietes, aber auch des Emslandes zeigt sich eine Lücke von 500 bis 1.000 Vollzeitäquivalenten in der ambulanten Pflege. Auffällig ist auch die hohe Personallücke in ganz Sachsen, die aber überwiegend auf den dortigen starken Rückgang des Erwerbspersonenpotenzials bis zum Jahr 2030 zurückzuführen ist. Noch höhere Bedarfslücken ergeben sich für die Region Hannover mit 1.488, für Hamburg mit 1.960 und für Berlin mit 9.078 fehlenden Vollzeitäquivalenten.

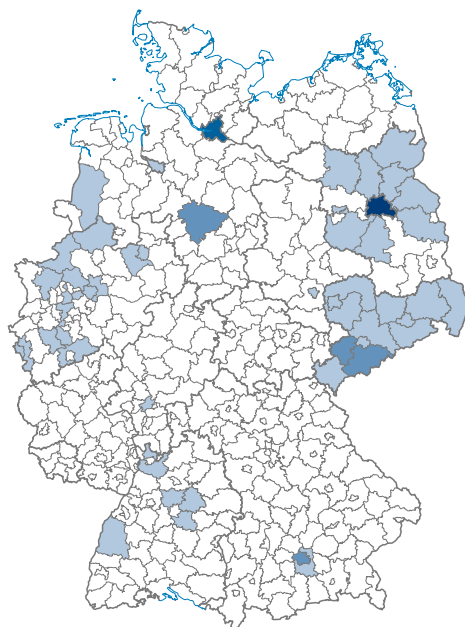
Im Vergleich der Szenarien fällt zunächst auf, dass auch in Szenario 2 und Szenario 3 die überwiegende Anzahl an Kreisen „nur“ eine Versorgungslücke von 0 bis 500 Vollzeitäquivalenten im ambulanten Bereich aufweist. Deutlich angestiegen ist dagegen in Szenario 2 die Anzahl der Kreise mit einem Bedarf von 500 bis 1.000 Vollzeitäquivalenten in den Ballungszentren um Berlin, um Hamburg, in Sachsen und verstärkt im Ruhrgebiet, bzw. um Osnabrück und Herford, in den Regionen Karlsruhe und Heilbronn sowie im Rhein-Neckar-Kreis. In Szenario 3 steigt die Versorgungslücke in der ambulanten Pflege noch einmal an, da sich bei der in Szenario 3 unterstellten Konstanz der stationär gepflegten Menschen auf Bundesebene diese auf die anderen Versorgungsarten verteilen. Besonders deutlich tritt dabei die großflächige Versorgungslücke im Gebiet vom Ruhrgebiet bis zur Region Hannover bzw. bis zum Bundesland Bremen hervor. Auch in Sachsen erhöht sich die Versorgungslücke auf bis zu 1.500 fehlende Vollzeitäquivalente je Kreis bzw. auf bis zu 1.000 in Sachsen-Anhalt.

Im stationären Bereich dominieren im Status-Quo-Szenario dagegen in etwa der Hälfte der Fälle die Kreise mit Versorgungslücken bis zu 500 bzw. 1.000 fehlenden Vollzeitäquivalenten. Deutlich treten auch manche bevölkerungsreiche Regionen mit Versorgungslücken von über 2.000 Vollzeitäquivalenten hervor, beispielsweise die Region Hannover, Hamburg, weite Teile des Ruhrgebietes, die Region um Karlsruhe und Berlin mit der weitaus größten Versorgungslücke von ca. 11.000 fehlenden Vollzeitäquivalenten. In Ostdeutschland sind hier, wie auch beim ambulanten Pflegearrangement, besonders hohe Versorgungslücken von zum Teil 1.500 bis 2.000 Vollzeitäquivalenten in Sachsen zu erwarten.

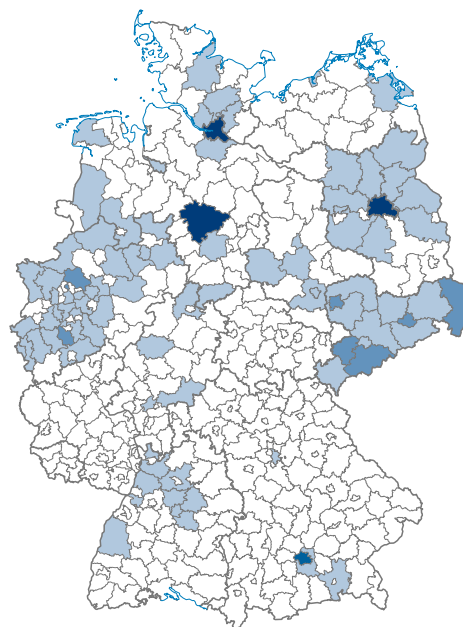
Im Vergleich der Szenarien fällt vor allem die große Ähnlichkeit zwischen dem Basis-Szenario 1 und dem Szenario 2 auf, das einen Rückgang der Angehörigenpflege unterstellt. In Szenario 3 gibt es aufgrund der unterstellten bundesweiten Konstanz der Zahl der Pflegebedürftigen in stationärer Pflege in der Mehrzahl der Kreise keine bedeutsame Versorgungslücke. Lediglich um einige Ballungszentren wie München, Hamburg, Berlin und Teile des Ruhrgebietes sowie Sachsens kommt es zu erhöhten Versorgungslücken von 500 bis 1.000 Vollzeitäquivalenten. Auffällig ist dagegen, dass in Westdeutschland viele kreisfreie Städte eine Überversorgung von bis zu 500 Vollzeitäquivalenten aufweisen bzw. sogar noch darüber hinaus (Frankfurt mit 531 und Hamburg mit 1.416).

Abbildung 23: Personallücke in der ambulanten Pflege im Jahr 2030

Szenario 1: Status quo



Szenario 2: Rückgang Angehörigenpflege



Szenario 3: Konstanz stationärer Pflege

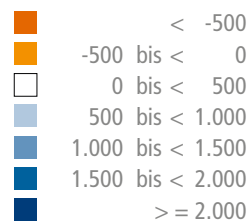
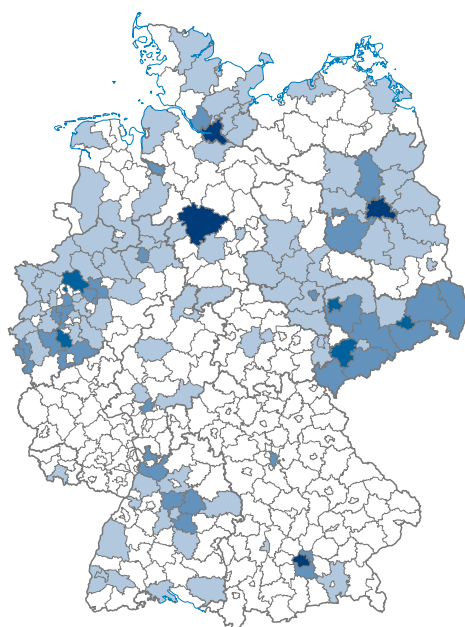
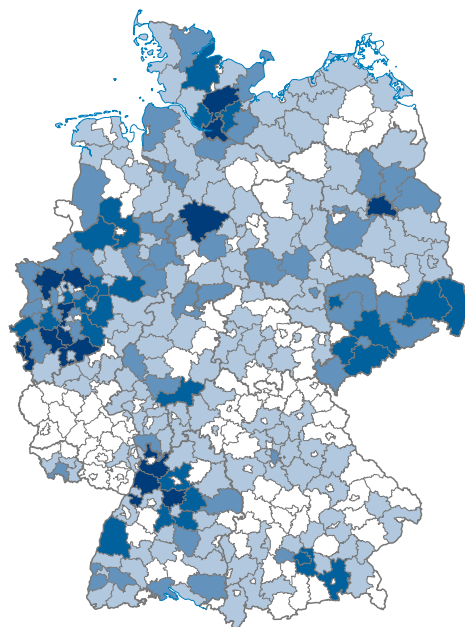
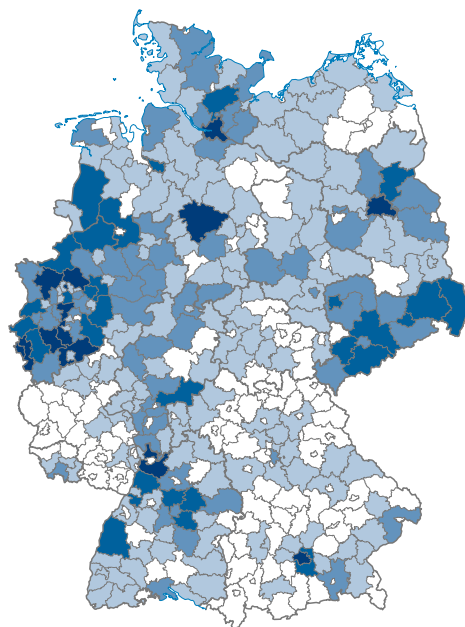


Abbildung 24: Personallücke in der stationären Pflege im Jahr 2030

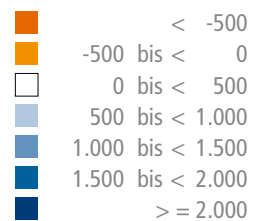
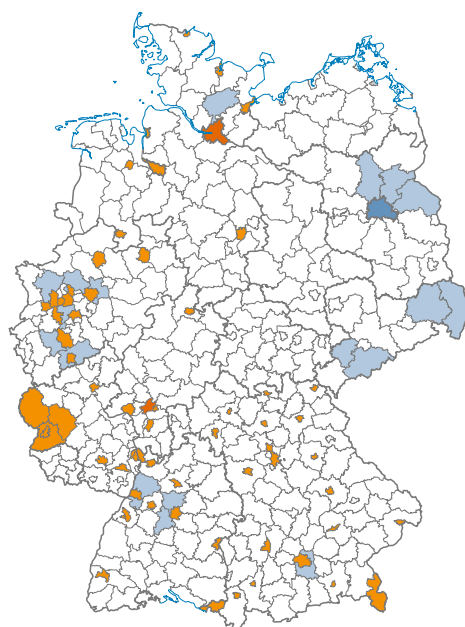
Szenario 1: Status quo



Szenario 2: Rückgang Angehörigenpflege



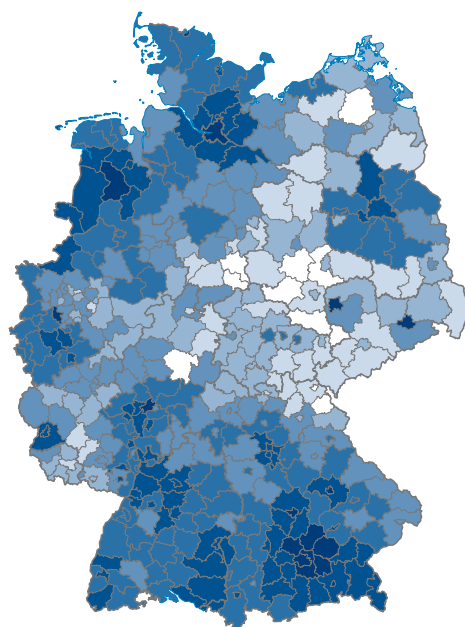
Szenario 3: Konstanz stationärer Pflege



Welcher Anteil der zukünftigen Versorgungslücke im Jahr 2030 ist nun auf Kreisebene auf die Veränderung der Zahl der Pflegebedürftigen zurückzuführen und welcher Anteil auf den Rückgang des Erwerbspersonenpotenzials der 19- bis 64-Jährigen? In Abbildung 25 und Abbildung 26 sind hierzu für Szenario 1 die Anteile an der Personallücke in Vollzeitäquivalenten wiedergegeben, die – jeweils für ambulant und stationär – auf die Anstiege in den Zahlen der Pflegebedürftigen zurückzuführen sind. Die Anteile, die auf den Rückgang des Erwerbspersonenpotenzials zurückzuführen sind, ergänzen sich auf jeweils 100 %.

Abbildung 25: Anteile an der Personallücke in den ambulanten Diensten im Jahr 2030, die auf den Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen zurückgehen (in Prozent)

Szenario 1: Status quo

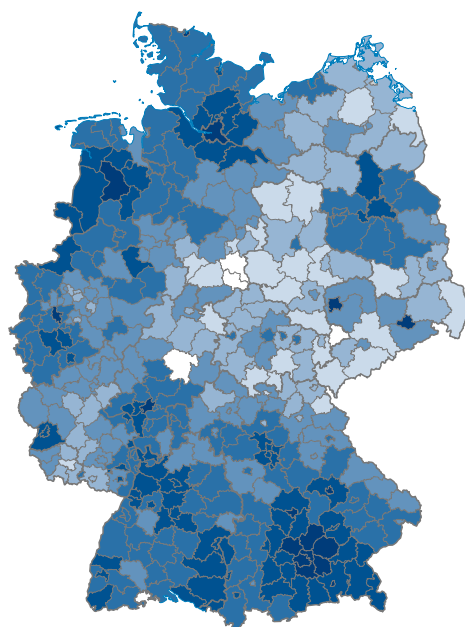


□ < 50
 □ 50 bis < 60
 □ 60 bis < 70

■ 70 bis < 80
 ■ 80 bis < 90

Abbildung 26: Anteile an der Personallücke in den stationären Heimen im Jahr 2030, die auf den Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen zurückgehen (in Prozent)

Szenario 1: Status quo



■ 90 bis < 100
 ■ > = 100

Auffallend ist zunächst, dass die regionale Verteilung der Anteile an der Personallücke, die auf den alterungsbedingten Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen zurückzuführen sind, in der ambulanten und stationären Pflege sehr ähnlich ausfallen. Besonders hohe Anteile von 90 und zum Teil von über 100 % liegen vor allem in den Kreisen vor, die auch relativ schwach von einem Rückgang des Erwerbspersonenpotenzials betroffen sind (siehe Abbildung 20): Berlin und die angrenzenden Kreise, Hamburg und das Umland, die Kreise um Cloppenburg und Karlsruhe sowie die Regierungsbezirke Tübingen und Oberbayern. In diesen Kreisen entsteht eine Lücke der Versorgung der Pflegebedürftigen überwiegend, bzw. ausschließlich dadurch, dass mehr Menschen ein höheres Lebensalter erreichen und dadurch bedingt eher pflegebedürftig sind. Die veränderte Personalsituation durch einen Rückgang auf dem Arbeitsmarkt ist für diese Kreise und Regionen eher von nachrangiger Bedeutung.

Anders sieht es in weiten Teilen Ostdeutschlands und in der Mitte Deutschlands aus. Hier liegen die Anteilswerte in wenigen Kreisen unter 50 % sowie in zahlreichen Kreisen zwischen 50 und 70 %. Damit entfällt zum Teil sogar die Hälfte der zukünftigen Personallücke auf den Rückgang des Erwerbspersonenpotenzials in diesen Regionen, ist die zukünftige Personallücke durch die Alterung der Gesellschaft in diesen Regionen also genauso groß wie die Personallücke durch den Rückgang des Erwerbspersonenpotenzials.

8. Interpretation der Ergebnisse

Der auch in diesem Bericht ermittelte zukünftige Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen ist bekannt und – auch hinsichtlich seiner quantitativen Dimensionen – weitgehend unbestritten (vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2010; BMG 2012: 14; Rothgang et al. 2011). Häufig werden dessen Auswirkungen allein unter dem Aspekt der Finanzierbarkeit diskutiert. Allerdings stellt sich daneben auch die Frage, wie die Pflege als Tätigkeit sichergestellt werden kann. Schon das reine Status-Quo-Szenario 1 zeigt dabei, dass sich allein aufgrund der Bevölkerungsalterung Verschiebungen in den Versorgungsstrukturen zeigen und die professionellen Versorgungsformen an Bedeutung gewinnen. Um zudem auch sozialstrukturelle Verschiebungen, die unter dem Stichwort „sinkendes familiales Pflegepotenzial“ diskutiert werden, zu berücksichtigen, wurde in Szenario 2 der Trend zur professionellen Pflege, der sich in den letzten zehn Jahren deutlich abgezeichnet hat, fortgeschrieben. Im Ergebnis sinkt der Anteil der Pflegebedürftigen in reiner Angehörigenpflege bis 2030 damit noch stärker als in Szenario 1.

Beide Szenarien setzen aber letztlich etwas voraus, das nicht ohne Weiteres vorausgesetzt werden kann: das Vorhandensein einer entsprechenden Pflegeinfrastruktur und einer zugehörigen Zahl von Beschäftigten in der Pflege. Selbst wenn nur das derzeitige zahlenmäßige Verhältnis von Pflegebedürftigen und Beschäftigten in der Pflege zugrunde gelegt wird, steigt der so errechnete „Bedarf“ an Beschäftigten in der Pflege aber um mehrere Hunderttausend Vollzeitäquivalente. Wird weiterhin unterstellt, dass der Anteil der Erwerbspersonen, die in der Pflege arbeiten, konstant gehalten werden kann, sinkt gleichwohl das Arbeitskräfteangebot in der Langzeitpflege. Selbst die Konstanzannahme kann aber bereits als optimistisch angesehen werden, da zu erwarten ist, dass andere Branchen eher in der Lage sind, bei generellem Arbeitskräftemangel durch attraktivere Beschäftigungsverhältnisse mehr Beschäftigte zu attrahieren. Wird auch dieser Effekt berücksichtigt, weisen die Szenarien 1 und 2 eine hier als „Versorgungslücke“ titulierte Beschäftigungslücke von knapp einer halben Million Vollzeitäquivalenten auf, die zu mehr als 80 % auf die Bedarfssteigerung und zu weniger als 20 % auf den Rückgang des Arbeitskräfteangebots zurückgeführt werden können. Auch wenn kein Zweifel daran bestehen kann, dass die Attraktivität der Beschäftigung in der Langzeitpflege und insbesondere die Attraktivität des Pflegeberufs angesichts der demographischen Herausforderungen, die nicht nur im Pflegebereich, sondern auch im Gesundheitssystem zu bestehen sind, gesteigert werden muss, erscheint ein Ausbau der Beschäftigung in der Langzeitpflege in diesem Umfang nur schwer darstellbar.

Schon allein um die Versorgungslücke zu verkleinern, ist daher eine Strategie notwendig, die es – so der Grundgedanke des Szenario 3 – möglich erscheinen lässt, auf einen Ausbau der Heimversorgung zu verzichten. Ein Heimaufenthalt gilt, auch wenn er vielfach zur Sicherung der pflegerischen Versorgung heute unumgänglich erscheint, in aller Regel nicht als das erstrebenswerte Ziel im Fall der Pflegebedürftigkeit. Durch den Umzug ins Heim müssen sich die Pflegebedürftigen aus ihrem gewohnten Zuhause entfernen und in aller Regel in eine Umgebung begeben, in der das Private deutlich eingeschränkt ist. Zudem ist die Pflege im Heim deutlich teurer als die ambulante Pflege. Dies belastet neben den Pflegebedürftigen derzeit in etwa einem Drittel der Fälle auch den Sozialhilfeträger. Schließlich ist der Personalbedarf in der Heimpflege deutlich größer als in der ambulanten Pflege, da in der Heimpflege alle Versorgungsleistungen von Beschäftigten erbracht werden müssen, während ambulante Settings stärker auf zivilgesellschaftliches Engagement und Angehörigenpflege zurückgreifen können. Es ist somit im Interesse der Betroffenen als auch der Finanziers, die Pflege im Heim möglichst zu vermeiden oder aber zu verzögern.

Szenario 3 ist den beiden anderen Szenarien somit nicht nur hinsichtlich der Wünschbarkeit überlegen, sondern erweist sich im Hinblick auf die Versorgungslücke quasi als einziger Ausweg. Die Vermeidung oder Verzögerung der Pflege im Heim ist aber nur dann möglich, wenn auch für die häusliche Pflege im Quartier unter Zuhilfenahme von Pflegediensten entsprechende Bedingungen geschaffen werden, auf die nachstehend eingegangen wird.

Dabei unterscheidet sich die Dringlichkeit der Handlungsnotwendigkeiten durchaus zwischen den Bundesländern und erst recht zwischen einzelnen Kommunen. Insbesondere die Entwicklung der Versorgungslücke auf kommunaler Ebene weist dabei den Handlungsbedarf aus, auf den die kommunalen Planer abstellen können.

9. Verbesserungsansätze und Beispiele guter Praxis

Autoren: Anne Göhner, Thomas Klie, Birgit Schuhmacher

Zur Beurteilung der Möglichkeiten, die häusliche Pflege zu stärken, wurde gesondert zu den Auswertungen der Daten der Bertelsmann Stiftung und der amtlichen Statistik eine Literaturrecherche durchgeführt. Inhalt der Literaturrecherche ist die Ermittlung von Studien, Modellprojekten und Konzepten, die wirksame Handlungsansätze identifizieren. Im Fokus der Recherche stehen dementsprechend Unterstützungsleistungen und Hilfen für pflegende Angehörige, die zur Verwirklichung der Ziele „ambulant vor stationär“ und „informell vor formell“ wirken und deren Ergebnisparameter

- den Verbleib in der Häuslichkeit,
 - die Verzögerung einer Übersiedlung ins Heim oder
 - das Inanspruchnahmeverhalten bezüglich der Hilfeleistungen
- umfassen.

Ziel ist nicht eine vollständige Erhebung aller Unterstützungsmöglichkeiten, sondern die Identifizierung wirksamer Handlungsansätze.

9.1 Überblicksstudien

Im Rahmen der Literaturrecherche konnten zwei Metaanalysen ermittelt werden, welche die aktuellen Entwicklungen im ambulanten Sektor umfassend aufzeigen (Klaes et al. 2004; Schneekloth et al. 2008). Sowohl die Studie von Schneekloth et al. (2008) „Selbstständigkeit und Hilfebedarf bei älteren Menschen in Privathaushalten (MuG III)“ als auch die des Bundesmodellprojekts des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Klaes et al. 2004) mit dem Titel „Altenhilfestruckturen der Zukunft“ untersuchen die Einflüsse professioneller Hilfeleistungen auf den ambulanten Sektor, wobei sich die dargestellten Handlungsansätze sehr heterogen gestalten. So werden sowohl Handlungsansätze im Bereich der Beratung – insbesondere des Case-Managements – als auch im Bereich Vernetzung und Qualifizierung sowie in der Stärkung ehrenamtlichen Engagements, der Fokussierung auf demenziell erkrankte Personen und dem pflegegerechten Ausbau des Wohnumfeldes thematisiert.

Vor dem Hintergrund der aktuelleren demographischen und soziografischen Entwicklungen untersuchten Schneekloth et al. (2008) explizit die Möglichkeiten und Grenzen von Selbstständigkeit und Hilfebedarf älterer Menschen in Privathaushalten (MuG III):

Die Ergebnisse zeigen, dass insgesamt eine „große Bereitschaft und Fähigkeit der privaten Netzwerke den überwiegenden Teil der Pflege in stabiler Weise über längere Zeiträume hinweg zu erbringen“ (Schneekloth et al. 2008: 244) vorherrscht. Insgesamt seien Beratungs- und Unterstützungsangebote aber nicht umfassend genug und würden eher selten in Anspruch genommen. (Schneekloth et al. 2008: 243 ff.). Als zentrale Elemente für die erfolgreiche Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung werden insbesondere folgende Maßnahmen benannt (Schneekloth et al. 2008: 243 ff.):

- der Ausbau niederschwelliger, case-management-orientierter Beratungsangebote insbesondere an der Schnittstelle zwischen Krankenhaus und häuslicher Versorgung,
- die weitere Optimierung pflegerechter Ausstattung von Wohnungen,
- die Förderung der Entwicklung und Ausgestaltung von sozialen Ressourcen und neuen Wohnformen,
- die Verbesserung der familiären Versorgungssituation bei demenziell Erkrankten,
- der Ausbau ehrenamtlichen Engagements sowie
- die Einführung geeigneter Anreizstrukturen wie dem persönlichen Budget.

Auch im Rahmen des vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend initiierten Modellprogramms ‚Altenhilfestrukturen der Zukunft‘ wurden Erfolg versprechende Unterstützungsansätze untersucht. Hierzu wurden 20 Modellprojekte aus Deutschland ausgewählt, von denen „wichtige Impulse zur Weiterentwicklung der Altenhilfe erwartet werden konnten“ (Klaes et al. 2004: 8):

Im Bereich der Verknüpfung von Rehabilitation und Pflege haben sich demnach insbesondere das Konzept der ambulanten mobilen Rehabilitation sowie kommunale, case-management-basierte Reha-Netzwerke als geeignet erwiesen, da sie durch stärkere Kooperation zwischen Krankenhaus, stationärer Reha und ambulanter Nachsorge bzw. der Betreuung durch Hausärzte eine „weitgehend zielgenaue und damit angemessene Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln“ herstellen (Klaes et al. 2004: 11).

Die Auswertung der Konzepte zur Strukturentwicklung, Vernetzung und zum Case-Management zeigten, dass „eine systematisch angelegte Kooperation und Vernetzung von verschiedenen Leistungsanbietern Synergien schafft, die zu qualitativ besseren Leistungen bei einem rationelleren Ressourceneinsatz führen können“ (Klaes et al. 2004: 10). Besonders Ansätze, welche zum Ziel haben, „vorhandene Kooperationsstrukturen schrittweise zu lokalen Qualitätsverbünden auszubauen“, seien Erfolg versprechend (Klaes et al. 2004: 10).

Hinsichtlich der ausgewerteten Konzepte zur Verbesserung der Betreuung und Versorgung im häuslichen Bereich und im Wohnumfeld zeigen sich positive Entwicklungen in jenen Modellprojekten, deren Konzept auf die „Stabilisierung des familiären Pflegesettings“ sowie auf die generelle „Entlastung pflegender Angehöriger“ zielen (Klaes et al. 2004: 12). Als relevant für den Erfolg werden eine niederschwellige Ausrichtung sowie eine Verknüpfung von Betreuungsleistungen, Gesprächs- und Qualifizierungsangeboten für pflegende Angehörige genannt (Klaes et al. 2004: 10).

Als „eines der bemerkenswertesten Ergebnisse des Modellprogramms“ wird von den Autoren aufgeführt, dass Konzepte zur Betreuung von Hilfe- und Pflegebedürftigen durch freiwillige Helfer insbesondere bei den Zielgruppen der demenziell erkrankten Personen und der isoliert lebenden, psychisch veränderten älteren Menschen eine erfolgreiche, „stabile und die professionelle Pflege ergänzende Möglichkeit zur Betreuung von hilfe- und pflegebedürftigen Menschen“ darstellen (Klaes et al. 2004: 12).

Inwiefern die Wirksamkeit der weiteren im Rahmen der Recherche ermittelten Interventionsansätze hinsichtlich einer Stabilisierung der häuslichen Versorgungssituation im Einzelnen empirisch nachgewiesen ist, wird im Folgenden dargestellt.

9.2 Studien und Modellprojekte mit belastbaren Ergebnissen

Im Folgenden werden Beiträge dargestellt, welche belastbare Ergebnisse erbringen. Orientiert an den sich aus der Recherche ergebenden Schwerpunkten lässt sich die Darstellung in drei Bereiche aufteilen:

1. Beratung und Entlastung pflegender Angehöriger
2. Vernetzte Versorgung
3. Schnittstelle Krankenhaus – Häuslichkeit

9.2.1 Beratung und Entlastung pflegender Angehöriger

Die recherchierten Beiträge mit belastbaren Ergebnissen lassen sich in die Bereiche Beratung und Begleitung, Leistungsveränderung und Ausbau ehrenamtlicher Unterstützung untergliedern.

9.2.1.1 Beratung und Begleitung

Pflege- und Wohnberatung in Ahlen

Von 2004 bis 2007 wurde das Projekt „Evaluation der Effektivität und Effizienz eines integrierten Versorgungssystems für ältere hilfe- und pflegebedürftige Menschen am Beispiel der Pflege- und Wohnberatung in Ahlen“ durchgeführt (Alter und Soziales e.V. 2007a: Einleitung). Ziel war es, mögliche positive Effekte einer qualifizierten Pflege- und Wohnberatung als zentrale Schalt-, Informations- und Vermittlungsstelle des Versorgungssystems auf die Betroffenen, deren Angehörige, Kostenträger und Leistungserbringer zu prüfen (Alter und Soziales e. V. 2007b: 8, 13 f.). Zentrales Ziel der Pflege- und Wohnberatung in Ahlen ist die bedarfsgerechte Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Personen in Ahlen, wobei Case-Management das zentrale Handlungskonzept darstellt (Alter und Soziales e. V. 2007b: 8, 25). Im Rahmen dessen sollten Strukturen, Prozesse und Ergebnisse der Tätigkeit optimiert, Vernetzungsstrukturen auf- und ausgebaut, ein spezifisches Assessmentverfahren weiterentwickelt sowie eine Beratungssoftware entwickelt werden (Alter und Soziales e. V. 2007b: 8).

Einflüsse der Pflege- und Wohnberatung auf Zeiträume ambulanter und stationärer Pflege, Krankenhausaufenthalte sowie der Kosten wurden auf Grundlage von Krankenkassendaten ausgewertet (Kuhlmey et al. 2007: 108). Die Daten von pflegebedürftigen Personen, welche die Pflege- und Wohnberatung Ahlen in Anspruch genommen hatten, wurden hierbei mit zwei Kontrollgruppen aus Ahlen und Menden verglichen (Kuhlmey et al. 2007: 108). Die Zahl der durch die Pflege- und Wohnberatung Ahlen beratenen Personen stieg in den Jahren 2004 bis 2006 von 259 auf 384 Personen, wobei der Zugang über das Krankenhaus dominierte (Alter und Soziales e. V. 2007b: 26).

In Bezug auf die Anteile der Zeiten ambulanter und stationärer Pflege konnten bei den beratenen Personen im Vergleich zu den Kontrollgruppen statistisch signifikant höhere Zeiten ambulanter Pflege nachgewiesen werden (12 bis 16 % der Pflegezeit) (Kuhlmey et al. 2007: 108). Zudem zeigte sich, dass sowohl Kosten für Leistungen nach SGB XI (PS 1 und 2, mittlere Differenzen: Kontrollgruppe 1: 200 €, 2: 120 €) als auch die Arzneimittelkosten (PS 1 – 3, Kontrollgruppe 1: 200 €, 2: ca. 100 €) bei beratenen Personen statistisch signifikant geringer waren als bei den Kontrollgruppen (Kuhlmey et al. 2007: 109 f.).

Die Auswirkungen der Pflege- und Wohnberatung auf Hilfsmittelkosten, mittlere Dauer einzelner Krankenhausaufenthalte, Anzahl der Krankenhaustage pro Monat und deren Kosten sowie

die Gesamtkosten wurden ebenfalls untersucht, ergaben jedoch keine statistisch signifikanten Ergebnisse (Kuhlmey et al. 2007: 109 ff.).

Da verlässliche Zahlen hinsichtlich der Gesamtheit pflegebedürftiger Personen sowie deren Verteilung nach Alter und Geschlecht sowohl für Ahlen als auch für Menden fehlen, schränken die Autoren ihre Ergebnisse insofern ein, als dass „über die Repräsentativität der Stichprobe und damit der Ergebnisse keine Aussage getroffen werden kann“ (Kuhlmey et al. 2007: 112). Auch unterschiedliche Pflegebedürftigkeitsgrade innerhalb der Pflegestufen haben evtl. dazu geführt, dass Effekte der Pflege- und Wohnberatung eingeschränkt waren bzw. nicht gemessen werden konnten. Ein Vergleich der Verweildauern in den einzelnen Pflegestufen liefere jedoch Grund zu der Annahme, dass der Übertritt in eine höhere Pflegestufe zeitlich verzögert wurde (Kuhlmey et al. 2007: 112).

Studie Entlastungsprogramm bei Demenz (EDe)

Mit dem Ziel der nachweislichen Entlastung von Familien demenziell Erkrankter wurde im Kreis Minden-Lübbecke das „Entlastungsprogramm bei Demenz“ (EDe) entwickelt und umgesetzt, um bestehende Unterstützungsmöglichkeiten zu optimieren (Emme van der Ahe 2010: 18). Neben der Qualifizierung und Begleitung von zentral agierenden „Gesundheitsberatern“ im Rahmen eines eigens entwickelten Qualifizierungskonzepts sowie der Entwicklung, Erprobung und Evaluation eines EDV-gestützten multidimensionalen Assessmentverfahrens zur Bedarfs- und Ressourceneinschätzung stellten auch die proaktive Beratung und Schulung von Angehörigen sowie der gezielte Aufbau eines regionalen Netzwerkes Arbeitsschwerpunkte des EDe dar (Emme van der Ahe 2010: 15, 20, 266).

Zu Beginn der Akquisitionsphase betrug die Zahl der teilnehmenden Familien 319, zum Zeitpunkt des zweiten Assessments waren es noch 190 (Emme van der Ahe 2010: 32).

Eine nachweisliche Entlastung der Familien sehen die Autoren in den Bereichen der situativen Erleichterung durch konkrete Unterstützung, des persönlichen Umgangs mit demenzbedingten Veränderungen im Alltag, der Nutzung zeitlicher Freiräume für persönliche Bedürfnisse und dem Wissenszuwachs hinsichtlich leistungsrechtlicher Ansprüche (Emme van der Ahe 2010: 15).

Aufgrund der Annahme, dass eine mögliche Folge dauerhafter Be- und Überlastung pflegender Angehöriger der Übertritt der pflegebedürftigen Person in ein Pflegeheim ist, steht die nachgewiesene Entlastung durch das Modellprojekt für die Autoren auch für eine gelungene Stabilisierung des Pflegesettings (Emme van der Ahe 2010: 16, 157 ff.). Auf Grundlage der Auswertung bzw. Analyse des Assessments hinsichtlich der Entwicklung des Unterstützungsbedarfs, von Fallkonferenzprotokollen, Beratungsdokumentationen, Evaluationsworkshops und Telefoninterviews kommen die Autoren zu dem Schluss, dass es trotz progredientem Krankheitsverlauf und gestiegenem Unterstützungsbedarf in vielen Fällen gelungen sei, instabile Pflegesituationen aufzudecken und zu entlasten sowie durch gezielte Interventionen zu stabilisieren (Emme van der Ahe 2010: 168).

Besondere Erwähnung soll an dieser Stelle das Ergebnis der Telefoninterviews (n = 49) finden. So antworteten 37 % der Befragten auf die Frage „Sind Sie der Meinung, dass das Projekt dazu beitragen konnte, dass Sie Ihren Angehörigen jetzt länger zu Hause pflegen können“ mit „Ja“, 4 % mit „Nein“, 6 % mit „Vielleicht“ und 53 % mit „Würde ich sowieso machen“ (Emme van der Ahe 2010: 167).

Modellprojekt „Werkstatt Pflegestützpunkte“

Vor dem Hintergrund, dass bis Ende August 2010 in Deutschland insgesamt 312 Pflegestützpunkte in Betrieb genommen wurden, begleitete das Modellprojekt „Werkstatt Pflegestützpunkte“ 16 Pilot-Pflegestützpunkte in 15 Bundesländern. Ziel dieses Bundesmodellprojektes war es unter anderem, eine Einschätzung der Leistungen von Pflegestützpunkten zu erhalten (Michell-Auli et al. 2010: 7).

Neben regelmäßigen Besuchen vor Ort, Werkstattgesprächen, zwei Kundenbefragungen, zwei Erhebungen stützpunktbezogener Daten und qualitativer Fallstudien wurden auch klientenbezogene Daten von Beratungsfällen mit zwei oder mehr Folgekontakten erhoben (Michell-Auli et al. 2010: 17 ff.). Haushalte, in welchen – aufgrund der Einschätzung von Mitarbeitern der Pflegestützpunkte oder der Rat- und Hilfesuchenden – die häusliche Versorgung gefährdet erschien (n = 54), wurden zu versorgungsrelevanten Möglichkeiten bzw. Lösungsansätzen beraten und begleitet. Nach einem halben Jahr folgte eine Erhebung der aktuellen Versorgungssituation (Michell-Auli et al. 2010: 75). In 46,3 % der Fälle konnte die Versorgungssituation nicht mehr ermittelt werden – die Autoren vermuten an dieser Stelle, „dass es sich hier vornehmlich um Personen handelt, die nunmehr in der stationären Pflege versorgt werden und deshalb die Pilot-Pflegestützpunkte nicht mehr aufsuchen“ (Michell-Auli et al. 2010: 76). Weitere 7,4 % waren inzwischen in ein Alten- oder Pflegeheim gezogen. Stabilisiert werden konnte die Situation in 46,3 % der Fälle – die Versorgung erfolgte nach wie vor in der eigenen Häuslichkeit (Michell-Auli et al. 2010: 76).

9.2.1.2 Leistungsveränderung

Modellprojekt „Pflegebudget“

Mit den Zielen, die häusliche Versorgung durch die Möglichkeit individueller Versorgungsarrangements zu stabilisieren, spezifische Bedarfe auch außerhalb der Regelleistungen zu berücksichtigen, pflegende Angehörige zu entlasten und die Qualität der häuslichen Versorgung zu steigern, wurde die Einführung eines persönlichen Pflegebudgets mit integriertem Case-Management experimentell erprobt (Klie et al. 2008: 7). Zentraler Gedanke ist hierbei, dass anstelle von Sachleistungen der häuslichen Pflege pflegestufenabhängige Beträge zum bedarfsgerechten Einkauf von frei wählbaren pflegerischen und hauswirtschaftlichen Dienstleistungen legaler Anbieter in Anspruch genommen werden können, wobei die Budgetnehmer durch Case-Manager begleitet, unterstützt und beraten wurden (Klie et al. 2008: 8).

Neben nachweisbaren Effekten u. a. auf die zeitliche Einbindung der pflegenden Angehörigen selbst, Anzahl und Zusammensetzung der an der Versorgung beteiligten Helfer sowie in Anspruch genommener Leistungen stand die Wirkung auf eine Verzögerung des Heimeintritts im Fokus der Untersuchung (Klie et al. 2008: 10f.). Eine solche Wirksamkeit konnte anhand der erhobenen quantitativen Daten trotz Kontrollgruppe nicht eindeutig beantwortet werden, wird von den Autoren aufgrund der erreichten nachgewiesenen Veränderung und Qualitätssteigerung der Pflegearrangements sowie der Entlastung von pflegenden Angehörigen aber als wahrscheinlich angesehen (Klie et al. 2008: 11, 20). Insbesondere bei Versorgungsarrangements mit starker Pflegebedürftigkeit oder ungünstigem Umfeld gibt es Hinweise darauf, dass die Wahrscheinlichkeit für einen Verbleib in der Häuslichkeit signifikant größer ist als in der Vergleichsgruppe (Klie et al. 2011a: 76f.).

9.2.1.3 Ausbau ehrenamtlicher Unterstützung

Modellprojekt „Pflegebegleiter“

Mit den Zielen die Fähigkeit des familialen Systems zur häuslichen Pflege demenziell Erkrankter durch die Entwicklung einer Infrastruktur freiwilligen Engagements zu erhalten bzw. wiederherzustellen sowie die Inanspruchnahme externer Hilfen zu ermöglichen, wurde das nach § 8 Abs. 3 SGB XI geförderte Modellprojekt „Pflegebegleiter“ entwickelt. Pflegende Angehörige wurden zu diesem Zweck durch speziell qualifizierte Freiwillige begleitet sowie Freiwilligeninitiativen in allen Bundesländern Deutschlands implementiert (Bubolz-Lutz et al. 2009: 13).

Unter anderem auf der Grundlage einer qualitativen Befragung der pflegenden Angehörigen sowie der Auswertung der Dokumentationsbögen für Pflegebegleitung wird die Wirksamkeit des Konzepts „Pflegebegleiter“ auf eine Stabilisierung des häuslichen Pflegesettings untersucht (Bubolz-Lutz et al. 2009: 10, 13). Der subjektive Nutzen der Begleitung bestehe demnach in Regeneration, psychisch-seelischer Stabilisierung, Sicherheit und Wohlbefinden (Bubolz-Lutz et al. 2009: 13).

Konkret befragt, ob sie durch die Pflegebegleitung das Gefühl haben, dass sich die häusliche Pflegesituation stabilisiert hat, antworten 48,0% „stimmt ziemlich“ und 39,5% „stimmt absolut“ (Bubolz-Lutz et al. 2009: 132). Diese stabilisierende Wirkung der Pflegebegleitung sehen die Autoren begründet durch das „In-Gang-bringen von Klärungsprozessen“, die Begleitung bei Behördenkontakten, das Voranbringen und Abschließen von Formalitäten und dadurch das „Nehmen finanzieller Ängste“, emotionale und zukunftsweisende Erleichterung sowie in der Stärkung des Selbstwertgefühls (Bubolz-Lutz et al. 2009: 134).

9.2.2 Vernetzte Versorgung

Im Rahmen der Auswertung der recherchierten Beiträge mit belastbaren Ergebnissen ergab sich ein Themenkomplex, der hier mit „Vernetzte Versorgung“ umrissen werden soll. Er umfasst jenen Beitrag, welcher gezielt Hausärzte in das Versorgungsnetzwerk einbezieht.

Projekt Ambulantes Gerontologisches Team – PAGT

Geleitet von dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ und mit dem Ziel der Verbesserung der Lebensqualität sowie der Erhaltung, Verstärkung und Förderung der Selbstbestimmung und Selbstständigkeit älterer Menschen und deren Angehörigen, wurde das „Projekt Ambulantes Gerontologisches Team“ (PAGT) ins Leben gerufen (Döhner et al. 2002: 23 ff., 190). Das Ambulante Gerontologische Team (AGT) wurde neben sog. Patientenbegleitern und sog. Koordinatoren auch durch drei am Projekt teilnehmende Hausärzte gebildet (Döhner et al. 2002: 27, 196). Ausgehend von der Hausarztpraxis wurden in einer Screeningphase Risikopatienten durch die Hausärzte identifiziert und eine Beratung bzw. Begleitung durch einen Patientenbegleiter angeboten (Döhner et al. 2002: 92 ff.).

Im Rahmen der Auswertung zeigten sich sowohl Effekte auf eine Pflegeheimvermeidung als auch auf eine Krankenhausvermeidung bzw. -verkürzung. Insbesondere in der letzten Lebensphase konnten Krankenhausaufenthalte vermieden und eine Begleitung beim Sterben in der eigenen Häuslichkeit ermöglicht werden (Döhner et al. 2009: 190).

Mehr als ein Drittel der begleiteten Patienten ist während der Projektlaufzeit verstorben, wobei sich Unterschiede in den einzelnen Hausarztpraxen zeigten: In einer der drei teilnehmenden

Praxen verstarben elf von insgesamt 15 Patienten auf eigenen Wunsch zu Hause. In der zweiten teilnehmenden Praxis war dies nur für eine Patientin möglich. In der dritten Hausarztpraxis verstarben vier von zehn in der eigenen Häuslichkeit (Döhner et al. 2002: 196).

Die Ergebnisse zur Pflegeheimvermeidung stützen sich hingegen nicht auf Fallzahlen, sondern auf die Selbsteinschätzung der Hausärzte zu ihrem Überweisungsverhalten (Döhner et al. 2002: 191).

„Nach Meinung der Ärzte wäre ein Teil ihrer Patienten ohne den Projekt-Hintergrund in ein Heim überwiesen worden. (...). Einer der Hausärzte schätzt die Zahl der Heimverzögerungen oder vermeidungen bei seinen PAGT-Patienten auf fünf bis zehn ein. Das sind immerhin etwa 12 % bis 25 % aller begleiteten Patienten dieser Praxis“ (Döhner et al. 2002: 191).

Als ursächlich führen die Autoren weiterführend auf, dass die Patientenbegleiter bei sechs Patienten den Umzug in eine altengerechte Wohnung mit der Möglichkeit zur optimalen häuslichen Pflege initiieren konnten und zur Verbesserung der Lebensqualität durch die Anregung zur Hilfsmittelnutzung und Wohnraumanpassung beitrugen (Döhner et al. 2002: 192 f.).

In mindestens drei Fällen sei es den Patienten zudem ermöglicht worden, nach einem Krankenhausaufenthalt wieder nach Hause entlassen zu werden, „obwohl das Krankenhauspersonal die Verlegung in ein Pflegeheim plante“ (Döhner et al. 2002: 194).

9.2.3 Schnittstelle Krankenhaus – Häuslichkeit

Neben den bereits dargestellten Ergebnissen zur Beratung bzw. Entlastung pflegender Angehöriger sowie zu Ansätzen der vernetzten Versorgung ergab sich im Rahmen der recherchierten Literatur zudem der Schwerpunkt der gezielten Begleitung zwischen stationärer Versorgung und anschließender ambulanter Versorgung in der eigenen Häuslichkeit.

Modellprojekt „Nordlicht“

Mit dem Ziel, pflegebedürftigen Menschen nach einem Krankenhausaufenthalt eine möglichst stabile häusliche Pflegesituation herzustellen und zu sichern, wurde im Einzugsgebiet Kiel das Projekt „Nordlicht“ durchgeführt (Kieler Pflegeverbund e. V. 2009: 6). Mittels eines eigens entwickelten modularen Instruments zum Case-Management sowie der Fokussierung der (Weiter-)Entwicklung von Kooperationen bzw. Netzwerken und der ambulanten Strukturen sollte dies erreicht werden (Kieler Pflegeverbund e. V. 2009: 6). Insgesamt wurden im Projektverlauf 83 Klienten aus drei kooperierenden Kliniken im Anschluss an den dortigen Aufenthalt durch eine projektinterne Case-Managerin begleitet (Kieler Pflegeverbund e. V. 2009: 42). Zielgruppe des Projektes waren Personen, deren Klinikaufenthalt seine Ursache in Stürzen oder Apoplexien hatte, sowie pflegebedürftige, multimorbide Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (Kieler Pflegeverbund e. V. 2009: 43f.).

Bei 59 % der Teilnehmer konnte das Projektziel der Sicherung und Erhaltung der Häuslichkeit erreicht werden, etwa 24 % der Teilnehmer zogen trotz Case-Management-Begleitung in ein stationäres Heim um. Insgesamt verstarben während des Projektzeitraums 17 % der Teilnehmer (Kieler Pflegeverbund e. V. 2009: 42).

Aufgrund einer zu kleinen Kontrollgruppe von Patienten ohne Case-Management-Begleitung (n = 65, t1 = 30) war anhand der erhobenen Daten eine belastbare Überprüfung der Ausgangs-

these, dass vermeidbare stationäre Aufenthalte durch Case-Management verhindert werden können, nicht möglich (Kieler Pflegeverbund e. V. 2009: 72). Eine Auswertung erfolgte aus diesem Grund nur auf deskriptiver Ebene (Kieler Pflegeverbund e. V. 2009: 72). 70 % der Kontrollgruppe lebten sechs Monate nach dem Klinikaufenthalt (t1) in der eigenen Häuslichkeit, 13,3 % zogen in eine stationäre Pflegeeinrichtung und 16,7 % verstarben im Projektverlauf (Kieler Pflegeverbund e. V. 2009: 73). Auf Grundlage dieser Daten kommen die Autoren zu dem Schluss, „dass sich auch durch ein optimiertes Case-Management nicht alle Heimeinweisungen verhindern ließen“ (Kieler Pflegeverbund e. V. 2009: 69).

Modellprojekt „Ergänzende Maßnahmen zur ambulanten Rehabilitation älterer Menschen“

Bereits von April 1994 bis März 1996 wurde – von einem Berliner Altersselbsthilfeträger (Sozialwerk Berlin e. V.) – das Projekt „Ergänzende Maßnahmen zur ambulanten Rehabilitation älterer Menschen“ an zwei Berliner Krankenhäusern durchgeführt (Wissert in Löcherbach 2009: 208).

Anhand festgelegter Faktoren wurde eine Einschätzung der Heimprognose vorgenommen. Bei 43 Personen konnte eine Reha-Planung erstellt und eine Heimkehr in die Häuslichkeit umgesetzt werden. In acht Fällen wurde der Beratungsprozess abgebrochen, weitere acht Personen mussten im Laufe des Planungsprozesses in ein Heim umziehen und 14 verstarben. Insgesamt konnte der Verbleib in der Häuslichkeit trotz positiver Heimprognose in 13 Fällen sichergestellt werden. Dieses Ergebnis wird vom Autor als Erfolg bewertet (Wissert in Löcherbach 2009: 212).

Mittels einer linearen Regressionsanalyse konnte zudem gezeigt werden, dass eine erhebliche Verkürzung der stationären Behandlungsphase erreicht werden konnte (Wissert in Löcherbach 2009: 213). Zudem konnte der Drehtüreffekt vermieden werden:

„Spätestens nach der ersten Wiedereinweisung als ‚Projektklienten‘, d. h. nach der zweiten Case-Management-Intervention, wurde bei den für die Berechnung erfassten alten Menschen innerhalb des Beobachtungszeitraumes von sechs Monaten keine stationäre Versorgung mehr notwendig“ (Wissert in Löcherbach 2009: 213).

9.3 Impulsgebende Konzepte und Modellprojekte ohne belastbare Ergebnisse

9.3.1 Nationale Konzepte und Modellprojekte

Evaluierung der Pflegeberatung nach § 7a Abs. 7 Satz 1 SGB XI

Seit Januar 2009 hat gemäß dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz jeder Pflegebedürftige Anspruch auf eine individuelle, unabhängige Pflegeberatung. Diese zielt darauf ab, durch individuelles Fallmanagement bei der Auswahl und Inanspruchnahme notwendiger Hilfe- und Pflegeleistungen gezielt und umfassend zu unterstützen (GKV 2011: 3 ff., 6).

Angegliedert an Geschäftsstellen der Pflegekassen, an Pflegestützpunkte oder delegiert an Dritte werden im Rahmen der Pflegeberatung individuelle Hilfebedarfe systematisch erfasst und analysiert, entsprechende Versorgungspläne erstellt und auf deren Umsetzung hingewirkt sowie bei besonders komplexen Fällen neben einer umfassenden Beratung eine dauerhafte Case-Management-Betreuung durch entsprechend qualifizierte „Pflegeberater“ angeboten (GKV 2011: 3 f., 6).

Aufbauend auf vier Modulen wurde die Umsetzung der Pflegeberatung evaluiert: Neben einem bundesweiten Überblick über die Strukturen der Pflegeberatung und einer schriftlichen Kurzbefragung der Pflegekassen zu deren praktischer Umsetzung wurden auch die Nutzer hinsichtlich ihrer Erfahrungen, Erwartungen und Bewertungen befragt und Fallstudien durchgeführt (GKV 2011: 7, 13).

Hierbei gaben 79 % der befragten Nutzer, welche eine ausführliche Beratung erhielten, an, dass sie diese als sehr oder eher hilfreich empfanden, wobei die Zufriedenheit der Case-Management-Klienten höher ausfiel als die der Beratungsklienten (GKV 2011: 21). Zudem berichteten 62 % der befragten Nutzer einer ausführlichen Beratung von einer Verbesserung der Pflegesituation (GKV 2011: 22). Auch hinsichtlich der Frage nach der empfundenen Belastung beurteilten Fallmanagementklienten ihre häusliche Pflegesituation besser als Nutzer, die nur eine ausführliche Beratung in Anspruch nahmen (GKV 2011: 22). Eine mögliche Wirksamkeit auf eine Verzögerung des Heimeintritts war nicht Forschungsgegenstand.

Studie „Pflegekurse im Blickpunkt“

Mit dem Ziel, die Relevanz und das Potenzial von Pflegekursen (Gruppenkurse in Einrichtungen) für pflegende Angehörige zu untersuchen, wurden im Rahmen der Studie „Pflegekurs im Blickpunkt“ Kursleitung, Teilnehmer und Experten befragt. Neben den Resultaten der Befragungen werden zudem vorhandene und angewandte Kurskonzepte analysiert (Dörpinghaus et al. 2006: 17 f.).

Mögliche Effekte hinsichtlich einer Stärkung des ambulanten Bereichs wurden im Rahmen der Befragung der Kursleiter und der Teilnehmer nicht ermittelt. Die Studie kommt vielmehr zu dem Ergebnis, dass Pflegekurse

„... in der vorliegenden Form als Unterstützungsangebote für [pflegende Angehörige] nicht ausreichend [sind] und dass dieser Personenkreis weiterhin praktische, materielle, psychologische und soziale Hilfe benötigt. Der Ausbau weiterer Entlastungsmöglichkeiten ist dringend geboten“ (Dörpinghaus et al. 2006: 229).

Auch die Expertenbefragung ergab Entwicklungsbedarfe insbesondere in den Bereichen der Einbindung von Pflegekursen in ein Gesamtkonzept der Angehörigenarbeit, der Verwirklichung von Case-Management, dem Ausbau unterstützender Leistungen sowie einer verstärkten Gemeindeorientierung (Dörpinghaus et al. 2006: 228, 236 f.).

Netzwerk SONG

Das „Netzwerk: Soziales neu gestalten“ (SONG) ist ein Zusammenschluss verschiedener Akteure in der Sozialwirtschaft mit den Themenschwerpunkten Alten-, Behinderten- und Jugendhilfe. Neben zahlreichen Aktivitäten wurden unter anderem auf Grundlage des „Social Return on Investment“-Ansatzes aus den USA ein quartiersbezogenes Mehrgenerationenwohnprojekt ins Leben gerufen und unter Einbezug einer Kontrollgruppe evaluiert (persönliche, standardisierte Befragung; betriebswirtschaftliche Analyse) (Westerheide 2010: 28).

Untersuchungsziel war eine Gesamtbetrachtung der Effekte sozialer Investitionen in gemeinschaftliche Wohnprojekte mit Fokus auf dem Unterstützungsbedarf der älteren Bewohner (Westerheide 2010: 29). Kernergebnisse der Evaluierung sind zum einen geringere durchschnittliche Nettokosten sowie bessere Bewertungen der Lebensumstände und der Wohnqualität sowie

des sozialen Umfeldes (Westerheide 2010: 31 f.). In der Programmgruppe zeigte sich zudem eine stärkere Quartiersorientierung als in der Kontrollgruppe (Westerheide 2010: 37).

Als Indiz für eine Pflegeverzögerung wird das Ergebnis gewertet, dass sich Gesundheitszustand und Pflege- bzw. Hilfebedarf von Modellprojekt- und Kontrollgruppe zum Befragungszeitpunkt unterschieden, obwohl zum Einzug keine signifikanten Unterschiede bestanden (Westerheide 2010: 32).

Eine konkrete Verzögerung des Heimeintritts war nicht Untersuchungsgegenstand.

9.3.2 Internationale Konzepte und Modellprojekte

Die Betrachtung internationaler Konzepte und Modelle ist immer mit dem Problem konfrontiert, dass diese möglicherweise auf das deutsche System der pflegerischen Versorgung nicht übertragbar sind. Dennoch können auch aus ihnen Denkanstöße resultieren.

Region Emilia-Romagna (Italien)

Im Rahmen einer regionalen Initiative der Seniorenpolitik zur Normalisierung und Enthospitalisierung der Altenhilfe wurde in der Region Emilia-Romagna (Italien) – auf der Grundlage eines interdisziplinären Assessments – ein allgemein zugängliches Angebot fachqualifizierter Beratung und Begleitung geschaffen (Klie et al. 2011b: 112).

Mit dem Ziel, den Verbleib in der eigenen Häuslichkeit im Alter möglichst lange zu gewährleisten, wurde ein Altenhilfegesetz verabschiedet, in dessen Mittelpunkt *„vorbeugende Maßnahmen zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit sowie die Stützung und Stärkung des familialen Umfelds und der Lebensverhältnisse des älteren Menschen“* (Klie et al. 2011b: 113) stehen.

Die Umsetzung basiert auf den Grundsätzen des Case-Managements, wobei die Hilfsangebote des Systems insofern normiert sind, als dass sie ausschließlich über einen einheitlichen „Altenhilfedienst“ (servizio assistenza anziani) und dessen wohnortnahe Beratungsstellen erreichbar sind (Klie et al. 2011b: 113).

Im Rahmen von Erstgesprächen wird durch den Altenhilfedienst bewertet, ob eine oder mehrere Beratungen ausreichen oder ob eine interdisziplinäre Abklärung des Hilfebedarfs erforderlich ist (Klie et al. 2011b: 114). Wird ein solcher erhöhter Betreuungsbedarf deutlich, dann erfolgt eine Weiterleitung an die „territoriale geriatrische Bewertungseinheit“, welche unter Einbezug der Familie und des Hausarztes einen persönlichen Hilfeplan erstellt. Zentral für den Betreuungsverlauf ist der „verantwortliche Fallbetreuer“, der den „korrekten und vollständigen Ablauf des benötigten Hilfsprogramms“ zu gewährleisten hat und die „Verantwortung für die Kontrolle der Durchführung der im Hilfeplan vorgesehenen Leistungen“ übernimmt (Klie et al. 2011b: 114). Insbesondere die Schnittstelle zwischen Krankenhaus und eigener Häuslichkeit findet Beachtung: Unter Einbezug der Familie planen die Stationsärzte gemeinsam mit der zuständigen territorialen Bewertungseinheit die Entlassung und gezielt die Nutzung des Netzes der integrierten Dienste des Sozial- und Gesundheitswesens über die Altenhilfedienste (Klie et al. 2011b: 114). Der Übertritt in die stationäre Dauerpflege wird erst dann eröffnet, wenn die „Bewertungseinheit“ unter Einbezug der Beteiligten und der Familien zu dem Schluss kommt, dass weniger einschränkende Hilfen nicht ausreichen (Klie et al. 2011b: 113).

Als Indikator für die Wirksamkeit des interdisziplinären und institutionenübergreifenden Case-Management-Ansatzes der Emilia-Romagna ziehen die Autoren die regionale Heimquote heran. Mit Blick des Verhältnisses zwischen verfügbaren Plätzen (Altenheime, Altenpflegeheime und geriatrische Pflegeheime) und der Bevölkerung über 65 Jahre ergibt sich hier eine vergleichsweise niedrige Heimquote von 2,8 %. Dies könne weder durch soziodemografische, gesellschaftliche oder familienstrukturelle Ursachen hinreichend erklärt werden und spreche demnach – neben einer hohen Selbsthilfeaktivität älterer Menschen in selbstverwalteten Stadtteilzentren – für die Annahme, „dass das hocheffiziente Beratungs- und Hilfeangebot der Emilia-Romagna einen wesentlichen Beitrag dazu leistet, dass dort weniger Menschen als bei uns Heimpflege in Anspruch nehmen müssen (Klie et al. 2011b: 115).

Zentrum OnLok (USA)

Als Beispiele gelungener internationaler häuslicher Versorgung stellt Kollak (2004) neben dem von der WHO initiierten „Family Health Nurse“-Projekt (FHN, siehe unten) auch das „OnLok Zentrum“ San Francisco (Kalifornien) vor (Kollak 2004: 90 ff., 96 ff.). Hierbei handelt es sich um ein Versorgungszentrum des „Program of All-Inclusive Care for the Elderly“ (PACE) für ältere Menschen mit niedrigem Einkommen, welches mit dem Ziel einer gemeindenahen, langzeitlichen und akuten Versorgung entwickelt wurde (Kollak 2004: 91, 94). Das Team des OnLok Zentrums setzt sich interdisziplinär aus Krankenschwestern, Ärzten, Sozialarbeitern, Physio- und Ergotherapeuten, Diätassistenten, Hauswirtschaftskräften und Fahrern zusammen (Kollak 2004: 92). Das Leistungsspektrum reicht von pflegerischer/medizinischer Grundversorgung, Physio- und Ergotherapie, Freizeit- und Erholungsangeboten, familiärer und finanzieller Beratung, Haushaltshilfen, Essen auf Rädern sowie Mahlzeiten im Zentrum bis hin zu Tagesklinik und Transport (Kollak 2004: 92). Zudem wird durch vertraglich angegliederte externe Anbieter eine Akutversorgung im Altenpflegeheim/Krankenhaus, Facharztleistungen, medizinische Untersuchungen, Fußpflege sowie psychologische Beratung angeboten (Kollak 2004: 92). Hinsichtlich einer nachweislichen Stabilisierung der häuslichen Versorgung durch OnLok konnten im Rahmen dieser Literaturrecherche keine evidenzbasierten Zahlen ermittelt werden.

Family Health Nurse Project (international)

Eine von der WHO ins Leben gerufene multinationale Studie basiert auf einer umfassend tätigen „Family Health Nurse“ (FHN):

“The FHN is a key professional together with the Family Health Physician, combining elements of public health including health protection and promotion, as well as curative and palliative care and facilitates co-operation between the family, the community and the health care system. This nurse is perceived to have an important role along the life course and at critical periods and life events, ensuring access to health care for all members of community” (Hennessy et al. 2006: 11).

Das Konzept wurden in insgesamt 19 Ländern umgesetzt (Hennessy et al. 2006: 89). Acht Länder (Schottland, Armenien, Finnland, Kirgisien, Moldawien, Portugal, Slowenien, Tadschikistan) nahmen an einer umfassenden Evaluierung des Konzepts teil (Hennessy et al. 2006: 22 ff.).

Bezug nehmend auf diese multizentrische Pilotstudie der WHO wurde eine „Untersuchung über die Machbarkeit der Familiengesundheitspflege (FGP) in Deutschland“ durchgeführt (Eberl/Schnepp 2008). Das pflegerische Handeln ist hierbei nicht ausschließlich auf ältere Menschen ausgerichtet, sondern

„... auf die gesamte Lebensspanne der Menschen (...) und umfasst die Gesundheitsförderung, die Prävention und die Rehabilitation der Betroffenen und ihrer Familien einschließlich der pflegerischen Versorgung bei Krankheit sowie die Begleitung und Betreuung der Betroffenen und ihrer Familien in der finalen Lebensphase“ (Eberl et al. 2008: 9).

Im Rahmen einer Längsschnittstudie wurden u. a. die teilnehmenden Familien (n = 9) im Rahmen von problemzentrierten Interviews befragt (Eberl et al. 2008: 39, 46 f., 130). Als erste Auswirkungen werten die Autoren getroffene Aussagen der Kategorien „Wir hätten sie weggeben müssen“, „Zeit zum Durchatmen“ sowie „Wieder oder weiter arbeiten gehen können“ (Eberl et al. 2008: 156 ff.).

Konzept multiprofessioneller Pflegebegleiter (Österreich)

Auf Grundlage einer zweigliedrigen qualitativen Befragung pflegender Angehöriger, Expertenbefragungen sowie einer Metaanalyse internationaler Literatur entwickeln Seidl et al. (2007) das Konzept einer „Multiprofessionellen Pflegebegleitung demenzkranker Menschen und ihrer Familie“ (Seidl et al. 2007: 247 ff.). Zentral für dieses Konzept sind das interdisziplinäre Agieren der Pflegebegleiter sowie die Verknüpfung pflegerischer, medizinischer und sozialer Dienstleistungen. Im direkten Kontakt mit betroffenen Familien sind Pflegebegleiter Ansprechpersonen über den gesamten Verlauf der Pflegebedürftigkeit und darüber hinaus, wobei sich der Aufgabenbereich umfassend über die häusliche Pflege und medizinische Betreuung, Pflegeberatung, psychologische Beratung sowie die Beratung über Unterstützungsmöglichkeiten erstreckt (Seidl et al. 2007: 278 f.).

Der professionelle Habitus orientiert sich hierbei an systemischen Grundsätzen sowie am Prinzip der Familiengesundheitspflege. Weitere Aufgabenbereiche stellen das Koordinieren und Moderieren von Angehörigengruppen, gesellschaftliche und politische Öffentlichkeitsarbeit sowie die Beteiligung an der Entwicklung neuer Konzepte zur Pflege und Betreuung demenzkranker Menschen dar (Seidl et al. 2007: 287 f.).

Entsprechend arbeitende Professionelle sollten nach Seidl et al. (2007) akademisch ausgebildete Pflegepersonen, Psychologen oder Psychotherapeuten, Fachärzte mit Spezialausbildung, Sozialarbeiter oder Juristen sein. Das Konzept sei für eine Angliederung an Anbieter der ambulanten Pflege und Betreuung geeignet, alternativ sei es eine Möglichkeit, dass Gemeinden und Länder „Multiprofessionelle Pflegebegleitung“ anbieten (Seidl et al. 2004: 288 f.).

Inwiefern das Konzept umgesetzt wurde bzw. eine Evaluierung dessen erfolgte, konnte nicht recherchiert werden.

9.4 Zusammenfassende Betrachtung

In die Auswertung flossen neun hinsichtlich der o. g. Ergebnisparameter evidenzbasierte Studien sowie sieben weitere sog. impulsgebende Studien, Modellprojekte und Konzepte ein.

Insgesamt bestätigen sich die in den Metaanalysen von Schneekloth et al. (2008) und Klaes et al. (2004) identifizierten Problemfelder und Lösungsansätze. Hinsichtlich der nachgewiesenen Wirksamkeit der einzelnen Schwerpunkte zeigen sich jedoch signifikante Unterschiede:

Obwohl die Literaturrecherche gezielt weit gefasst war, konnten weder für die Bereiche der Wohnformen/Wohnraumanpassung/Quartiersarbeit noch für den Bereich der Technik/Hilfsmittel evidenzbasierte Modellprojekte oder Studien ermittelt werden. Vielmehr wird im Rahmen der Auswertung deutlich, dass Handlungsansätze mit nachgewiesener Wirksamkeit case- und care-management-orientierte Ansätze sind. Auffällig ist hierbei, dass ein Großteil der recherchierten Studien und Modellprojekte mit nachgewiesener Wirksamkeit eine zentrale Ansprechperson für die pflegenden Angehörigen und Pflegebedürftigen vorhalten, wobei diese in ihrer Funktion unterschiedlich bezeichnet wird (Pflege- und Wohnberater, Gesundheitsberater, Case-Manager, Patientenbegleiter). Allen gemeinsam ist, dass sie eine Kompetenz bündelnde, beratende und vermittelnde Funktion einnehmen.

Die Schwerpunkte dieser auf case- und care-management-basierenden Ansätze liegen in den Bereichen der Beratung bzw. Entlastung pflegender Angehöriger (KAA Ahlen, EDe, Werkstatt Pflegestützpunkte) sowie im Bereich der Vernetzten Versorgung (PAGT). Insbesondere die Schnittstelle zwischen stationärem Krankenhausaufenthalt und anschließender häuslicher Versorgung kristallisiert sich als wichtiger Ansatzpunkt zur erfolgreichen Vermeidung von Heimeinweisungen heraus. Hier weisen Modellprojekte ihre Wirksamkeit nach, welche gezielt auf eine Kombination aus Beratungsleistung, Koordinierung und Vernetzung setzen (Nordlicht, Ergänzende Maßnahmen zur ambulanten Rehabilitation älterer Menschen). Einzelne Studien beziehen sich zudem auf die Anreizschaffung (Pflegebudget) sowie auf den Ausbau ehrenamtlicher Unterstützung (Pflegebegleiter). Die ermittelten Handlungsansätze mit Case- und Care-Management-Hintergrund (KAA Ahlen, Werkstatt Pflegestützpunkte, PAGT, EDe, FHN, Nordlicht, Ergänzende Maßnahmen zur ambulanten Rehabilitation älterer Menschen, Pflegeberatung) kommen übereinstimmend zu dem Ergebnis, dass positive Effekte nachgewiesen oder zumindest wahrscheinlich sind. Methodisch zeigte sich zum einen eine hohe Mortalitätsrate als problematisch für die Auswertung: Während sie in einzelnen Studien nicht thematisiert wird, liegt sie in anderen zwischen 17 und 33 % (PAGT, Ergänzende Maßnahmen zur ambulanten Rehabilitation älterer Menschen, Nordlicht). Diese – zusätzlich zur Abbruchquote – signifikante Verkleinerung der Stichprobe kann zu Schwierigkeiten bei der Auswertung und Interpretation der Ergebnisse führen. Zum anderen wird deutlich, dass der Nachweis der Wirksamkeit hinsichtlich eines verzögerten Heimeintritts aufgrund fehlender Kontrollgruppen, zum Teil aber auch trotz Kontrollgruppe (Pflegebudget) schwierig ist.

Auffällig ist zudem, dass belastbare Ergebnisse hinsichtlich des Inanspruchnahmeverhaltens von pflegenden Angehörigen und Pflegebedürftigen kaum in den recherchierten Studien, Konzepten und Modellprojekten zu finden sind. Es werden Wege der Kontaktaufnahme zu Klienten und Kooperationspartnern sowie Beratungs- und Schulungsinhalte dokumentiert (EDe, PAGT, Nordlicht, Pflegebegleiter). Der Fokus des Interesses scheint hierbei aber auf der Wirksamkeit der erprobten und untersuchten Intervention zu liegen, weniger auf langfristig wirksamen Zugangswegen zur Zielgruppe. Auch werden in einzelnen Projekten die Teilnehmerzahlen durch (zeitlich) befristete Screening-Phasen gedeckelt (z. B. EDe, PAGT, Pflegebudget). Einige der recherchierten Interventionskonzepte, welche Klienten durch eben solche vorgelagerten Screening-Verfahren ermittelten, weisen im Projektverlauf sinkende Teilnehmerzahlen auf (EDe, PAGT). Recherchierte offene, niederschwellige, auf case- und care-management-basierende Ansätze scheinen hingegen steigende Kontaktzahlen zu haben (z. B. Pflege- und Wohnberatung Ahlen). Langzeituntersuchungen hinsichtlich der Akzeptanz und Annahme einzelner Konzepte in der Bevölkerung und der damit korrelierenden Kontaktzahlen erscheinen neben Wirksamkeitsuntersuchungen aus diesem Grund sinnvoll.

Sowohl die Stichprobengrößen sowie die Belastbarkeit der Ergebnisse der einzelnen Studien bzw. Modellprojekte hinsichtlich einer Stabilisierung der häuslichen Versorgungssituation und einer Verzögerung des Heimeintritts unterscheiden sich deutlich: Während der Nachweis der Wirksamkeit einzelner Untersuchungen durch den Vergleich mit Kontrollgruppen belegt wird (KAA Ahlen, Pflegebudget, Nordlicht), basieren andere auf deskriptiv quantitativen sowie qualitativen Analysen bzw. Befragungen (Werkstatt Pflegestützpunkte, Pflegebudget, PAGT, Ergänzende Maßnahmen zur ambulanten Rehabilitation älterer Menschen, Pflegebegleiter). Einige methodisch umfassende Untersuchungen stützen ihre spezifischen Ergebnisse hinsichtlich der hier relevanten Untersuchungsparameter der Stabilisierung der häuslichen Versorgungssituation bzw. der Verzögerung des Heimeintritts ausschließlich auf qualitative Daten (PAGT, EDe) und sind somit geringer belastbar. Als besonders fundiert können vor diesem Hintergrund die Ergebnisse der KAA Ahlen, des Pflegebudgets und des Projekts Nordlicht angesehen werden.

10. Resümee

10.1 Die Entwicklung der Zahlen

Die Zahl der Pflegebedürftigen wird bundesweit steigen – daran führt kein Weg vorbei. Wie aber kann nun die Versorgung sichergestellt werden, wenn der Bedarf steigt, aber gleichzeitig familiäre Pflegepotenziale schrumpfen und der Arbeitsmarkt der Zukunft durch Arbeitskräfteknappheit gekennzeichnet sein wird? Bei unveränderten Versorgungsstrukturen wird der Bedarf an professionellen Pflegekräften weiter steigen und die Kapazitäten in Pflegeheimen müssten ausgeweitet werden. Diese Entwicklung zeigt das vorgestellte Szenario 1. Seit Einführung der Pflegeversicherung konnte zudem eine Verschiebung hin zur professionellen Pflege beobachtet werden, die zunächst zu einer erhöhten Inanspruchnahme stationärer Pflege, inzwischen aber verstärkt auch zu einem steigenden Anteil ambulanter Pflege geführt hat. Halten diese Entwicklungen an, dann wäre in Zukunft, entsprechend Szenario 2, mit einem noch höheren Anteil professioneller Pflege und einem noch höheren Bedarf an Personal in der Langzeitpflege zu rechnen. Allerdings sind diese Szenarien mit der unterstellten Arbeitsmarktentwicklung kaum kompatibel, sondern zeitigen eine „Versorgungslücke“ von etwa einer halben Million Vollzeitbeschäftigten. Es ist kaum vorstellbar, diese Lücke zu schließen. Daher wird es notwendig sein, neue Versorgungskonzepte zu entwickeln und zu implementieren, die zu einer Stabilisierung der Angehörigenpflege, einem Ausbau der ambulanten Versorgung und einer Rückführung des Anteils stationärer Versorgung führen und damit eine Versorgungslücke dieser Größenordnung gar nicht erst entstehen lassen. Unter diesen in Szenario 3 beschriebenen Umständen halbiert sich die Versorgungslücke im Bereich der Beschäftigten in der Langzeitpflege.

Die Realisation eines solchen Szenarios erfordert aber erhebliche Anstrengungen aller Betroffenen

- zur Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufs, um die immer noch verbleibende Versorgungslücke zu schließen,
- zur Stärkung und Stützung der Angehörigenpflege, damit deren Anteil an der Versorgung stabilisiert werden kann, und
- zur Förderung des zivilgesellschaftlichen Engagements, das unabdingbar erscheint, um den notwendigen Ausbau der ambulanten Versorgung zu flankieren.

10.2 Diskussion der Interventionsansätze zur Stabilisierung häuslicher Pflegearrangements

Autoren: Anne Göhner, Thomas Klie, Birgit Schuhmacher

Die Ergebnisse der Literaturrecherche verweisen auf eine Diskrepanz zwischen Programmatik und Empirie, wenn es um Konzepte und Strategien der Vermeidung von Heimeintritten auf Pflege angewiesener Menschen geht. Es findet sich eine Vielzahl von Projekten, die anschaulich machen, wie das Ziel der Sicherung der häuslichen Versorgung verfolgt wird. Diese Projekte machen auch plausibel, dass die in ihnen verfolgten Ansätze Einfluss auf die Stabilisierung häuslicher Pflegesituationen entfalten können. Es bleibt das Desiderat festzuhalten, dass es empirisch belastbare Wirksamkeitsstudien über Strategien der Vermeidung von Heimeintritten bislang nur in sehr eingeschränktem Umfang gibt. Das gilt sowohl für die Bedeutung der ambu-

lanten Rehabilitation als auch für den Einsatz von Care- und Case-Management-Ansätzen. Dieses Forschungsdesiderat korreliert mit Desideraten in der Implementation leistungsrechtlicher Vorgaben sowohl im SGB V als auch im SGB XI. Der Grundsatz Rehabilitation vor Pflege wurde insbesondere im ambulanten Bereich bisher flächendeckend keineswegs realisiert. Insgesamt wird festgestellt, dass die geriatrische Rehabilitation keineswegs alle geriatrischen Patienten erreicht (vgl. Becker et al. 2012; BMFSFJ 2002; Neubart 2006, 2000, 1998). Dafür verantwortlich sind unter anderem Fehlsteuerungen im geltenden Leistungsrecht, die vielfach herausgearbeitet und analysiert wurden (vgl. Klie 2009; Welti 2009, 2005, 2004). Auch für den Bereich des Care- und Case-Managements kann keineswegs von einer flächendeckenden und einheitlichen Implementation die Rede sein (vgl. GKV 2011). Das gilt sowohl hinsichtlich der quantitativen Versorgung als auch der konsequenten Umsetzung von Case-Management-Arbeitsansätzen in fachlich-methodischer Hinsicht.

Die in der Literaturrecherche identifizierten einschlägigen Forschungen beziehen sich überwiegend auf einen eng begrenzten lokalen Bereich (Kuhlmey 2007). Sie zeigen auf, dass Heimvermeidung jeweils lokale Kooperations- und Koordinationsroutinen als Voraussetzung kennt, die auf wirksamen Case- und Care-Management-Strukturen ebenso beruhen wie auf einer bedarfsgerechten Infrastruktur mit Angeboten des Gesundheits- und Sozialwesens in rehabilitativer und sozial unterstützender Hinsicht. Insofern lässt sich schlussfolgernd sagen: Gelingende Heimvermeidung ist immer (auch) Ergebnis regionaler und lokaler Kooperationsstrukturen und -kulturen. Die Forschungsergebnisse stützen regionale und lokale Anstrengungen in sozialplanerischer Hinsicht, die dem Care- und Case-Management eine zentrale Rolle zuweisen.

Die unterschiedlichen Heimquoten in Bundesländern und Regionen von Bundesländern lassen sich allerdings nicht mit dem Fehlen einer entsprechenden Care- und Case-Management-Struktur und der unzureichenden Infrastruktur an rehabilitativen und entlastenden Angeboten erklären. Hierfür sind zumindest auch andere Faktoren als Erklärungsvariablen heranzuziehen: etwa die Verfügbarkeit ambulanter Dienste, die Preise der stationären Pflege, die Wahrscheinlichkeit der Sozialhilfebedürftigkeit, haushaltsökonomische Abwägungen und soziokulturelle Einflussfaktoren in Regionen und sozialen Milieus (vgl. Blinkert/Klie 2007). Auch darf das Ziel der Heimvermeidung nicht absolut gesetzt werden, da es durchaus Lebenssituationen von auf Pflege und Unterstützung angewiesenen Menschen gibt, in denen kollektive Versorgungsformen, zu denen auch Heime zählen, fachlich angemessenere und die Lebensqualität sowie den Gesundheitsstatus positiv beeinflussende Lebensorte darstellen, als dies die häusliche Situation sein kann. Die Angemessenheit einer stationären Versorgung kann sich insbesondere bei Menschen mit Demenz in einem späten Stadium ergeben.

Insgesamt unterstreicht das Ergebnis der Literaturrecherche die Notwendigkeit, die Anstrengungen zur Implementierung von leistungsfähigen Rehabilitationsstrukturen in der Geriatrie drastisch zu verstärken und konsequent Care- und Case-Management-Strukturen zu implementieren. Diese sollten eingebettet sein in regionale und lokale Planungsprozesse, die tragfähige Kooperations- und Vernetzungsstrukturen und -kulturen befördern, eine bedarfsangemessene Infrastruktur zum Gegenstand haben, einen regional und lokal angemessenen und effizienten Welfare-Mix ermöglichen sowie die Effizienz einer sektorenübergreifenden Versorgung anstreben. Unter diesen Voraussetzungen lassen sich Heimeintritte auf das Maß des Erforderlichen und im Einzelfall Notwendigen und Gewünschten am ehesten begrenzen. Hierfür bedarf es aber einer klaren Kompetenzzuweisung für regionale und kommunale Planungsprozesse und einer entsprechenden Kompetenz- und Ressourcenausstattung.

11. Literatur

- Alter und Soziales e. V. (Hg.)** (2007a): *Abschluss- und Ergebnisbericht 01.01.2004 bis 30.06.2007 zu dem Modellprojekt „Evaluation der Effektivität und Effizienz eines integrierten Versorgungssystems für ältere hilfe- und pflegebedürftige Menschen am Beispiel der Pflege- und Wohnberatung Ahlen“*. Ahlen: Alter und Soziales e. V. www.gkv-spitzenverband.de/upload/Gesamtbericht_VDAK_Ahlen_2004_bis_2007_zwv_1664.pdf.
- Alter und Soziales e. V. (Hg.)** (2007b): *KAA – Pflege- und Wohnberatung. Abschlussbericht 01.01.2004 bis 30.06.2007*. In: Alter und Soziales e. V. (Hg.) (2007a): ohne Seitenangabe. www.gkv-spitzenverband.de/upload/Gesamtbericht_VDAK_Ahlen_2004_bis_2007_zwv_1664.pdf.
- Beck, Brigitte; Naegle, Gerhard; Reichert, Monika** (1997): *Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Becker, Clemens; Rapp, Kilian; Erhardt-Beer, Luzia** (2012): *Sturzprophylaxe in Pflegeheimen. Ergebnisse einer zehnjährigen Zusammenarbeit der Wissenschaft mit der AOK*. In: Günster, Christian (Hg.): *Schwerpunkt: Gesundheit im Alter: mit 64 Tabellen*. Stuttgart: Schattauer, S. 285 – 300.
- Bieback, Karl-Jürgen (Hrsg.)** (2009): *Die Reform der Pflegeversicherung 2008*. Münster: Lit-Verlag.
- Blinkert, Baldo; Klie, Thomas** (1999): *Pflege im sozialen Wandel. Studie zur Situation häuslich versorgter Pflegebedürftiger nach Einführung der Pflegeversicherung. Eine Untersuchung im Auftrag des Sozialministeriums Baden-Württemberg*. Hannover: Vincentz.
- 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*. In: Enquête-Kommission „Demographischer Wandel“ Deutscher Bundestag, (Hrsg.): *Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik*. Heidelberg: R. v. Decker's. www2.sozioologie.uni-freiburg.de/fifas/all/pdf/Expertise_Bundestag.pdf. (aktuell am 08.05.2012).
- Blinkert, Baldo; Klie, Thomas** (2005): *Solidarität in Gefahr? Veränderung der Pflegebereitschaften und Konsequenzen für die Altenhilfe und Pflege*. In: Klie, Thomas; Buhl, Anke; Entzian, Hildegard; Hedtke-Becker, Astrid; Wallrafen-Dreisow, Helmut (Hrsg.): *Die Zukunft der gesundheitlichen, sozialen und pflegerischen Versorgung älterer Menschen*. Frankfurt a. M.: Mabuse. S. 293 – 315.
- Blinkert, Baldo; Klie, Thomas** (2007): *Soziale Integration und Beantwortung des Pflegebedarfs pflegebedürftiger Menschen – Bedarf nach Chancen*. In: Schwendemann, Wilhelm; Götzelmann, Arnd (Hg.) (2007): *Soziale Gesundheit*. Freiburg: FEL Verlag Forschung – Entwicklung – Lehre (Evangelische Hochschulperspektiven). S. 208 – 226.
- Blinkert, Baldo; Klie, Thomas** (2008): *Die Versorgungssituation pflegebedürftiger Menschen vor dem Hintergrund von Bedarf und Chancen*. In: Bauer, Ullrich; Büscher, Andreas (Hrsg.): *Soziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 238 – 255.
- Bubolz-Lutz, Elisabeth; Kricheldorf, Cornelia** (2009): *„Pflegebegleiter“ – ein Modellprojekt des Forschungsinstituts Geragogik mit institutionellen Kooperationspartnern*. Endbericht. Forschungsinstitut Geragogik. Viersen, Freiburg: Katholische Fachhochschule Freiburg. www.gkv-spitzenverband.de/upload/Endbericht_Pflegebegleiter_8512.pdf.
- BMFSFJ** [= Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend] (2005): *Fünfter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Potenziale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft. Der Beitrag älterer Menschen zum Zusammenhalt der Generationen*. Bericht der Sachverständigenkommission. Berlin.
- BMFSFJ** [= Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend] (Hg.) (2002): *Vierter Altenbericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen*. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

- BMG** [= Bundesministerium für Gesundheit] (2012): *Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung*.
www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Zahlen_und_Fakten/2012_04_Zahlen_und_Fakten_Pflegeversicherung.pdf (aktuell 5.10.2012).
- Burger, Franz; Weber, Matthias** (2007): *Vorausberechnung der Pflegebedürftigen und des Pflegepersonals für Baden-Württemberg bis 2030*. In: Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg, 8/2007, S. 19 – 24.
www.statistik-bw.de/Veroeffentl/Monatshefte/PDF/Beitrag07_08_05.pdf. (aktuell am 26.07.2011).
- Comas-Herrera, Adelina; Raphael Wittenberg; Joan Costa-Font; Cristiano Gori; Alessandra di Maio; Concepcio Patxot; Linda Pickard; Alessandro Pozzi; Heinz Rothgang** (2006): *Future long-term care expenditure in Germany, Spain, Italy and the United Kingdom*, in: Ageing & Society, Vol. 26, No. 2, S. 285 – 302.
- Dettbarn-Reggentin, Jürgen; Reggentin, Heike** (2003): *Vollzeitjob Angehörigenpflege*. In: Häusliche Pflege. 12. Jahrgang. 07/2003. Hannover: Vincentz. S. 28 – 31.
- Döhner, Hanneli; Bleich, Christiane; Kofahl, Christopher; Lauterberg, Jörg** (2002): *Case Management für ältere Hausarztpatientinnen und -patienten und ihre Angehörigen: Projekt Ambulantes Gerontologisches Team – PACT*. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bd. 206. Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Döhner, Hanneli; Krevers, Barbro; Lamura, Giovanni; Mestheneos, Liz; Mnich, Eva; Wojszel, Beata** (2006): *Erfahrungen von pflegenden Angehörigen älterer Menschen in Europa bei der Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen. Ausgewählte Ergebnisse des Projektes EUROFAMCARE*. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. Band 39. 06/2006. Darmstadt: Steinkopff. S. 429 – 441.
- Dörpinghaus, Sabine; Weidner, Frank** (2006): *Pflegekurse im Blickpunkt. Strukturen – Konzepte – Erfahrungen*. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.
- Droes, R.-M.; Breebaart, E.; Meiland, F. J. M.; van Tilburg, W.; Mellenbergh, G. J.** (2004): *Effects of Meeting Centres Support Program on feelings of competence of family carers and delay of institutionalization of people with dementia*. In: Aging & Mental Health, 05/2004, 8(3). S. 201 – 211.
- Eberl, I.; Schnepf, W.** (2008): *Abschlussbericht. Die multizentrische Pilotstudie der WHO zur Family Health Nurse. Eine Untersuchung über die Machbarkeit der Familiengesundheitspflege in Deutschland*. Witten/Herdecke: Private Universität Witten/Herdecke gGmbH.
www.familiengesundheitspflege.de/seiten/content/frame.php?id_mnu=140.
- Emme van der Ahe, Hartmut; Meyer, Sinja Henrike; Weidner, Frank; Laag, Ursula; Isfort, Michael** (2010): Abschlussbericht des Projektträgers und der wissenschaftlichen Begleitung EDe (Entlastungsprogramm bei Demenz). „Optimierung der Unterstützung für Demenzerkrankte und ihre Angehörigen im Kreis Minden-Lübbecke mit besonderer Berücksichtigung pflegepräventiver Ansätze“; ein Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung nach § 8 Abs. 3 SGB XI. Minden: Der Paritätische.
- GKV Spitzenverband der Pflegekassen (Hg.)** (2011): *Evaluation der Pflegeberatung nach § 7a Abs. 7 Satz 1 SGB XI*. Bericht des GKV-Spitzenverbandes. Juli 2011.
www.gkv-spitzenverband.de/upload/Juli-2011_GKV_Evaluationsbericht_Pflegeberatung_%c2%a7_7a_Abs._7_SGB_XI_18921.pdf.
- Göhner, Anne; Klie, Thomas; Schuhmacher, Birgit** (2012): *Interventionsansätze zur Stabilisierung häuslicher Pflegearrangements. Systematische Literaturrecherche und Diskussion*. Qualitative Teilstudie des „Themenreport Pflege“ im Auftrag der Bertelsmann Stiftung. Freiburg, Hochschule Freiburg.
- Hackmann, Tobias; Moog, Stefan** (2010): *Pflege im Spannungsfeld von Angebot und Nachfrage*. In: Zeitschrift für Sozialreform, 56, 1, S. 113 – 137.
- Hayer, Jens; Kunstmann, Frank; Sobottke, Markus** (2012): *BFS-Marktreport Pflege 2012. Pflegeheime unter Druck*. Executive Summary.
www.sozialbank.de/fileadmin/templates/_files/Publikationen/Weitere%20Publikationen/BFS_Report_Pflege_Summary.pdf. (aktuell am 09.07.2012).

- Hennessy, Deborah; Gladin, Liz** (2006): *Report on the Evaluation of the WHO Multicountry Family Health Nurse Pilot Study*. Kopenhagen, Dänemark: World Health Organisation.
www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/102243/E88841.pdf.
- Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung [IAB]** (2012): *Berufe im Spiegel der Statistik*.
<http://bisds.infosys.iab.de/bisds/result?region=19&beruf=BO861&qualifikation=2> (aktuell am 21.06.2012).
- Jacobs, Klaus; Rothgang, Heinz** (2012): *Der Pflege-Bahr: zum Schaden der Sozialen Pflegeversicherung und ihrer Versicherten*, in: G+S – Gesundheits- und Sozialpolitik, Heft 5.
- Kieler Pflegeverbund e. V. (Hg.)** (2009): *Abschlussbericht für das Projekt Nordlicht. Modellvorhaben zur Sicherung der Häuslichkeit nach einem Krankenhausaufenthalt durch assessmentgestützte Planung und Kooperation*. Kiel: Kieler Pflegeverbund e. V.
www.gkv-spitzenverband.de/upload/Endbericht_Nordlicht_13725.pdf.
- Klaes, Lothar; Raven, Uwe; Reiche, Ralf; Schüler, Gerhard; Potthoff, Peter; von Törne, Ingolf; Schneekloth, Ulrich** (2004): *Altenhilfestrukturen der Zukunft. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung zum Bundesmodellprogramm*. Herausgegeben vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Lage: Jacobs.
www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/abschlussbericht-altenhilfestrukturen-der-zukunft,property=pdf,bereich=,rwb=true.pdf (aktuell am 07.09.2012).
- Klein, Thomas** (1998): *Der Heimeintritt alter Menschen und Chancen seiner Vermeidung. Ergebnisse einer Repräsentativerhebung in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe*. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. Band 31, 06/1998. Darmstadt: Steinkopff, S. 407 – 416.
- Klie, Thomas** (2009): *Rehabilitation vor Pflege aus rechtswissenschaftlicher und sozialpolitischer Sicht*. In: Welti, Felix (Hg.) (2009): S. 116 – 128.
- Klie, Thomas; Blinkert, Baldo** (2000): *Pflegekulturelle Orientierungen und soziale Milieus. Ergebnisse einer Untersuchung über die sozialstrukturelle Verankerung von Solidarität*. In: Sozialer Fortschritt Jg.10/ 2000, S. 237 – 245.
- Klie, Thomas; Blinkert, Baldo** (2004): *Gesellschaftlicher Wandel und demographische Veränderungen als Herausforderungen für die Sicherstellung der Versorgung von pflegebedürftigen Menschen*. In: Sozialer Fortschritt, 11/12/2004, S. 319 – 325.
- Klie, Thomas; Pfundstein, Thomas; Schuhmacher, Birgit; Monzer, Michael; Klein, Andreas; Strökle, Mario; Behrend, Sabine** (2008): *Das Pflegebudget. Abschlussbericht 2008. Zusammenfassung der einzelnen Abschlussberichte*. Freiburg, Mannheim.
www.gkv-spitzenverband.de/upload/1Anlage_PB-Gesamtzusammenfassung_3271.pdf.
- Klie, Thomas; Pfundstein, Thomas; Schuhmacher, Birgit; Monzer, Michael; Klein, Andreas; Strökle, Mario; Behrend, Sabine** (2011a): *Das Pflegebudget*. Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung. Bd. 4, Hrsg. GKV-Spitzenverband, Berlin.
- Klie, Thomas; Röber, Michaela; Ziller, Hannes** (2011b): *Die Emilia-Romagna als Vorbild für Beratung und Case Management in der Altenhilfe und Pflege?* In: Case Management. 03/2011. Heidelberg: medhochzwei, S. 112 – 119.
- Kollak, Ingrid** (2004): *Internationale Beispiele gelungener häuslicher Versorgung*. In: Martina Hasseler; Meyer, Martha (Hg.): *Ambulante Pflege: Neue Wege und Konzepte für die Zukunft. Professionalität erhöhen – Wettbewerbsvorteile sichern*. Hannover: Schlüter, S. 85 – 108.
- Kuhlmey, Adelheid; Dräger, Dagmar; Winter, Maik; Beikirch, Elisabeth** (2010): *Compass-Versichertenbefragung zu Erwartungen und Wünschen an eine qualitativ gute Pflege*, in: Informationsdienst Altersfragen 37 (4), S. 4 – 10.
- Kuhlmey, Adelheid; Martus, Peter** (2007): *Charité – Universitätsmedizin Berlin*. Institut für Medizinische Soziologie. Institut für Biometrie und klinische Epidemiologie. In: Alter und Soziales e. V. (Hg.) (2007a): ohne Seitenangabe. Anlage 3.
www.gkv-spitzenverband.de/upload/Gesamtbericht_VDAK_Ahlen_2004_bis_2007_zwv_1664.pdf.

- Mai, Ralf; Roloff, Juliane** (2006): *Zukunft von Potenzialen in Paarbeziehungen älterer Menschen – Perspektiven von Frauen und Männern*. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.): Gesellschaftliches und familiäres Engagement älterer Menschen als Potenzial. Expertisen zum Fünften Altenbericht der Bundesregierung. Band 5. Münster: Lit Verlag.
- Michell-Auli, Peter; Strunk-Richter, Gerlinde; Tebest, Ralf** (2010): *Was leisten Pflegestützpunkte? Konzeption und Umsetzung; Ergebnisse aus der „Werkstatt Pflegestützpunkte“*. Köln: KDA.
- Neubart, Rainer** (1998): *Die Ergebnisqualität der Behandlung von Patienten in der Klinischen Geriatrie. Erste Ergebnisse der SEQUAGK-Studie* (Studie zur Ergebnisqualität in geriatrischen Kliniken). In: Rehabilitation im Alter: Dokumentation des 13. Symposiums der Freien Universität Berlin. Berlin: Freie Universität, S. 41 – 59.
- Neubart, Rainer** (2000): *Aufbau eines mobilen geriatrischen Rehabilitationsteams in einer geriatrischen Versorgungskette*. In: Auftaktveranstaltung „Altenhilfestrukturen der Zukunft“: ein Modellprogramm des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; Beiträge, Diskussionen und Ergebnisse eines Kongresses. Bonn: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, S. 99 – 110.
- Neubart, Rainer** (2006): *Das Gesundheitsmanagement der Geriatrie in der vernetzten Versorgung Brandenburgs*. In: Wendt, Wolf Rainer; Löcherbach, Peter (Hg.) (2006): Case Management in der Entwicklung: Stand und Perspektiven in der Praxis. Heidelberg u. a.: Economica Verlag, S. 93 – 112.
- Pabst, Stefan; Rothgang, Heinz** (2000): *Die Einführung der Pflegeversicherung*, in: Leibfried, Stefan; Wagschal, Uwe (Hg.): Bilanzen, Reformen und Perspektiven des deutschen Sozialstaats. Frankfurt: Campus, S. 340 – 377.
- Pohl, Carsten** (2009): *Der Arbeitsmarkt für Pflege im Spiegel demographischer Veränderungen*. <http://doku.iab.de/externe/2010/k100114311.pdf>. (aktuell am 08.05.2012).
- Pohl, Carsten** (2011): *„Grauer Pflegemarkt“ und professioneller Pflegearbeitsmarkt in Bayern. Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen und des Pflegearbeitsmarktes bis zum Jahr 2020*. <http://doku.iab.de/stellungnahme/2011/sn0711.pdf>. (aktuell am 21.09.2011).
- Pohl, Carsten** (2012): *Modellrechnungen zum Arbeitsmarkt für Altenpflege: Interpretation von Ergebnissen und Verfügbarkeit von Daten*. In: Sozialer Fortschritt, 61, 2 – 3, S. 42 – 47.
- Pohl, Carsten; Sojata, Uwe; Weyh, Antje** (2012): *Der zukünftige Bedarf an Pflegearbeitskräften in Sachsen. Modellrechnungen auf Kreisebene bis zum Jahr 2030*. In: IAB-Regional, 2/2012, S. 3 – 32. http://doku.iab.de/regional/s/2012/regional_s_0212.pdf. (aktuell am 16.04.2012).
- Raffelhüschchen, Bernd; Hackmann, Tobias; Metzger, Christopher** (2011): *Alter – Rente – Grundsicherung. Eine Studie für Sachsen*; Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz (Hg.) <https://publikationen.sachsen.de/bdb/artikel/12345>.
- Rhein-Zeitung** (04.07.2012): *SPD-Fraktion will Senioren-WGs statt neue Altenheime*. http://www.rhein-zeitung.de/regionales_artikel,-SPD-Fraktion-will-Senioren-WGs-statt-neue-Altenheime-_arid,448876.html (aktuell am 13.07.2012).
- Roloff, Juliane** (2001a): Anhang 2a: *Entwicklung der Erwerbstätigkeit*. In: 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. In: Enquête-Kommission „Demographischer Wandel“ Deutscher Bundestag, (Hrsg.): Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik. Heidelberg: R. v. Decker's. www2.sozioologie.uni-freiburg.de/fifas/all/pdf/Expertise_Bundestag.pdf. (aktuell am 08.05.2012).
- Roloff, Juliane** (2001b): Anhang 2b: *Familienstand der Bevölkerung 60 Jahre und älter*. In: 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. In: Enquête-Kommission „Demographischer Wandel“, Deutscher Bundestag, (Hrsg.): Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik. Heidelberg: R. v. Decker's. www2.sozioologie.uni-freiburg.de/fifas/all/pdf/Expertise_Bundestag.pdf. (aktuell am 08.05.2012).

- Rothgang, Heinz** (2002): *Projections on Public Long-Term Care Insurance Financing*, in: Conrad, Harald; Lützel, Ralph (eds.): *Aging and Social Policy – A German-Japanese Comparison*, München: Iudicum, S. 251 – 273.
- Rothgang, Heinz** (2004): *Demographischer Wandel und Pflegebedürftigkeit in Nordrhein-Westfalen*. Gutachten für die Enquetekommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“, Endbericht.
www.landtag.nrw.de/portal/WWW/GB_I/I.1/EK/EKALT/13_EK3/Gutachten/Demographischer_Wandel_Pflegebeduerftigkeit.pdf. (aktuell am 11.03.2011).
- Rothgang, Heinz** (2009): *Theorie und Empirie der Pflegeversicherung*. Münster: LIT.
- Rothgang, Heinz** (2012): *Nach der Mini-Reform: Wesentliche Probleme bleiben ungelöst*, in: Soziale Sicherheit, Heft 7: S. 245 – 254.
- Rothgang, Heinz; Arnold, Robert; Sauer, Sebastian; Wendtland, Katharina; Wolter, Annika** (2011): *Berechnungen der finanziellen Wirkungen verschiedener Varianten einer Pflegebürgerversicherung*. Gutachten im Auftrag der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen.
www.gruene-bundestag.de/fileadmin/media/gruenebundestag_de/themen_az/pflege/solidaritaet_wirkt/gutachten_pflegebuergerversicherung.pdf (aktuell 5.10.2012).
- Rothgang, Heinz; Kulik, Dawid; Müller, Rolf; Unger, Rainer** (2009): *GEK-Pflegereport 2009. Schwerpunktthema: Regionale Unterschiede in der pflegerischen Versorgung*. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 73. St. Augustin: Asgard-Verlag.
- Runde, P.; Giese, R.; Kaphengst, C.; Hess, J.** (2009): *Pflegeaufwand und Mitteleinsatz. Zwischenbericht zu Ergebnissen der schriftlichen Befragung von AOK-Leistungsempfängern*. Hamburg: Veröffentlichungen der Arbeitsstelle für Rehabilitations- und Präventionsforschung.
- Runde, P.; Giese, R.; Stierle, C.** (2003): *Einstellungen und Verhalten zur häuslichen Pflege und zur Pflegeversicherung unter den Bedingungen gesellschaftlichen Wandels. Analysen und Empfehlungen auf der Basis von repräsentativen Befragungen bei AOK-Leistungsempfängern der Pflegeversicherung*. Hamburg: Veröffentlichungen der Arbeitsstelle für Rehabilitations- und Präventionsforschung.
- Schnabel, Reinhold** (2007): *Zukunft der Pflege*.
www.insm.de/in-sm/dms/in-sm/text/publikationen/studien/endbericht-zukunft-pflege/Endbericht%20Zukunft%20Pflege.pdf. (aktuell am 08.05.2012).
- Schneekloth, Ulrich** (2008): *Entwicklungstrends beim Hilfe- und Pflegebedarf in Privathaushalten – Ergebnisse der Infratest-Repräsentativerhebung*, in: Schneekloth, Ulrich; Wahl, Hans-Werner (Hg.) (2008): *Selbständigkeit und Hilfebedarf bei älteren Menschen in Privathaushalten. Pflegearrangements, Demenz, Versorgungsangebote*. (2. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer: S. 57 – 102.
- Schneekloth, Ulrich; Leven, Ingo** (2003): *Hilfe- und Pflegebedürftige in Privathaushalten in Deutschland 2002. Schnellbericht*.
www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/hilfe-und-pflegebeduerftige-in-privathaushalten,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf. (aktuell am 14.06.2012).
- Schneekloth, Ulrich; Potthoff, Peter** (1996): *Hilfe- und Pflegebedürftige in privaten Haushalten. Endbericht zur Repräsentativerhebung 1991*. (2. akt. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Schneekloth, Ulrich; Wahl, Hans Werner (Hrsg.)** (2005): *Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III). Repräsentativbefunde und Vertiefungsstudien zu häuslichen Pflegearrangements, Demenz und professionellen Versorgungsangeboten*. München: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Schneekloth, Ulrich; Wahl, Hans-Werner (Hg.)** (2008): *Selbständigkeit und Hilfebedarf bei älteren Menschen in Privathaushalten. Pflegearrangements, Demenz, Versorgungsangebote*. (2. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Seidl, Elisabeth (Hg.)** (2007): *Pflegende Angehörige im Mittelpunkt. Studien und Konzepte zur Unterstützung pflegender Angehöriger demenzkranker Menschen*. Unter Mitarbeit von Petra Ganaus, Sigrid Ladenbacher, Martina Rossa, Elisabeth Seidl und Ilse Marie Walter. Wien, Köln, Weimar: Böhlau.
- Sozialverband Deutschland 2012**: *Sozialhilfe: Kommunen schränken Heimwahl ein*.
www.sovd-nds.de/21076.0.html (aktuell am 10.09.2012).

Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2010): *Demographischer Wandel in Deutschland*. Heft 2. Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern. www-ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html.cms.cBroker.cls?cmspath=struktur,vollanzeige.csp&ID=1026445. (aktuell am 22.11.2010).

Statistisches Bundesamt (2009): **Bevölkerung Deutschlands bis 2060**. 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Begleitmaterial zur Pressekonferenz am 18. November 2009 in Berlin. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/VorausberechnungBevoelkerung/BevoelkerungDeutschland2060Presse5124204099004.pdf?__blob=publicationFile (aktuell am 5.10.2012).

Statistisches Bundesamt (2009): *Mikrozensus 2008*. Neue Daten zur Kinderlosigkeit in Deutschland. Begleitmaterial zur Pressekonferenz am 29. Juli 2009 in Berlin. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressekonferenzen/2009/Kinderlosigkeit/begleitheft_Kinderlosigkeit.pdf?__blob=publicationFile. (aktuell am 15.06.2012).

Statistisches Bundesamt (2010a): *Stand und Entwicklung der Erwerbstätigkeit 2009* – Fachserie 1 Reihe 4.1.1. www-ec.destatis.de/csp/shop/sfg/vollanzeige.csp?ID=1026118. (aktuell am 07.09.2010).

Statistisches Bundesamt (2011a): *Pflegestatistik 2009 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse*. www-ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html.cms.cBroker.cls?cmspath=struktur,vollanzeige.csp&ID=1026840. (aktuell am 21.02.2011).

Statistisches Bundesamt (2011b): *Pflegestatistik 2009 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Ländervergleich – Ambulante Pflegedienste*. www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Fachveroeffentlichungen/Sozialleistungen/Pflege/LaenderAmbulantePflegedienste5224101099004,property=file.pdf. (aktuell am 26.04.2011).

Statistisches Bundesamt (2011c): *Pflegestatistik 2009 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Ländervergleich – Pflegebedürftige*. www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Fachveroeffentlichungen/Sozialleistungen/Pflege/LaenderPflegebeduerftige5224002099004,property=file.pdf. (aktuell am 11.04.2011).

Statistisches Bundesamt (2011d): *Pflegestatistik 2009 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Ländervergleich – Pflegeheime*. www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Fachveroeffentlichungen/Sozialleistungen/Pflege/LaenderPflegeheime5224102099004,property=file.pdf. (aktuell am 26.07.2011).

Statistisches Bundesamt (2011e): *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Stand und Entwicklung der Erwerbstätigkeit in Deutschland – 2010*. Fachserie 1 Reihe 4.1.1. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Statistisches Bundesamt (2011f): *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Entwicklung der Privathaushalte bis 2030. Ergebnisse der Haushaltsvorausberechnung. 2010*. www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Fachveroeffentlichungen/Bevoelkerung/HaushalteMikrozensus/EntwicklungPrivathaushalte5124001109004,property=file.pdf. (aktuell am 01.04.2011).

Statistisches Bundesamt (2011g): *Haushalte und Familien – Ergebnisse des Mikrozensus* – Fachserie 1 Reihe 3 – 2009. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/HaushalteMikrozensus/HaushalteFamilien2010300097004.pdf?__blob=publicationFile. (aktuell am 15.06.2012).

Welti, Felix (Hg.) (2009): *Das Rehabilitationsrecht in der Praxis der Sozialleistungsträger*. Berlin, Münster u. a.: Lit-Verlag.

- Welti, Felix; Ilg, Gerhard (Hg.)** (2004): *Recht der Rehabilitation und der Teilhabe – Zwischenbilanz zum SGB IX: Kritische Reflexion und Perspektiven*. Wiesbaden.
- Welti, Felix; Köster, Philipp; Raspe, Heiner** (2005): *Der rechtliche Rahmen der evidenzbasierten Rehabilitation*. Die Rehabilitation, Tagungsbericht. S. 373 – 378.
- Westerheide, Peter** (2010): *Wer profitiert wie? – Forschungsergebnisse zum sozioökonomischen Mehrwert der Mehrgenerationenwohnprojekte im Quartier*. In: Soziales neu gestalten (SONG) (2010): *Wir gestalten Zukunft. Forschungsergebnisse und Praxiserfahrungen aus dem Netzwerk Soziales neu gestalten (SONG)*. Dokumentation der Fachtagung 18. Januar 2010. Köln. S. 28 – 39.
www.netzwerk-song.de/fileadmin/user_upload/song-abschluss-neu2.pdf.
- Wissert, Michael** (2009): *Case Management mit alten pflegebedürftigen Menschen – Lehren aus einem Modellversuch*. In: Löcherbach, Peter; Klug, Wolfgang; Rammel-Faßbender, Ruth; Wendt, Wolf Rainer (Hg.) (2009): *Case Management – Fall- und Systemsteuerung in der Sozialen Arbeit*. München, Basel: Reinhardt. S. 208 – 224.
- Zok, Klaus** (2005): *Akzeptanz der Pflegeversicherung. Ergebnisse einer Repräsentativumfrage*. WIdOmonitor, Ausgabe 3/2005.
www.wido.de/wido_monitor_3_2005.html (Zugriff am 05.10.2012).
- Zok, Klaus** (2011): *Erwartungen an die Pflegereform. Ergebnisse einer Repräsentativumfrage*. WIdOmonitor, Ausgabe 2/2011.
www.wido.de/wido_monitor_2_2011.html (Zugriff am 05.10.2012).

12. Anhänge

12.1 Anhang 1: Abgrenzung und Erfassung des familialen Pflegepotenzials

Das informelle Pflegepotenzial durch Angehörige ergibt sich im Wesentlichen aus der Möglichkeit der Partnerpflege und aus der Möglichkeit der Pflege durch die (Schwieger)Kinder. Nach einer Befragung von ca. 25.000 Haushalten von Pflegebedürftigen (Schneekloth & Leven 2003) sind die Hauptpflegepersonen in der Regel in der Familie zu finden. Zu 14 % sind es Mutter oder Vater. Dies trifft vor allem bei den jüngeren Pflegebedürftigen zu. Zu 28 % ist es der oder die (Ehe)Partner/-in, zu 42 % sind es Töchter, Söhne oder Schwiegertöchter, zu 9 % sonstige Verwandte und nur zu 7 % Nachbarn oder Bekannte.

Unter der Annahme, dass die informelle Pflegeleistung auch weiterhin vor allem durch Partner und die Kindergeneration übernommen wird, wäre es von großer Bedeutung zu wissen, wie sich die Möglichkeiten zur Partnerpflege und zur Pflege durch die Kinder entwickeln. Einerseits müssen für die Partnerpflege bzw. die Pflege durch Kinder überhaupt Partner bzw. Kinder vorhanden sein, und andererseits müssen diese auch bereit sein, die Pflege zu übernehmen. Die Bereitschaft zur Pflege steht aber vielfach in Konflikt mit der Erwerbstätigkeit. Die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf ist daher im Zusammenhang mit häuslicher Pflege vielfach diskutiert. Solange diese Vereinbarkeit aber nicht gegeben oder eingeschränkt ist, dürfte sich eine geringere Pflegebereitschaft bei Erwerbspersonen zeigen als bei Nichterwerbspersonen.

Insgesamt wird daher in bisherigen Projektionsstudien zum familialen Pflegepotenzial auf folgende Faktoren hingewiesen:

- Trend zu weniger festen Partnerschaften (Abnahme der Partnerpflege)
- Steigende Kinderlosigkeit
- Entwicklung der allgemeinen Erwerbsquote (z. B. durch Anhebung der Regelaltersgrenze zum Renteneintritt, längere Verweildauer im Erwerbsleben)
- Insbesondere die Entwicklung der Frauenerwerbsquote, da Frauen bislang in einem größeren Umfang die Pflege übernehmen
- Alterung der Bevölkerung und damit auch der potenziellen Pflegepersonen.

Die Projektion dieser Verhältnisse stellt sich unterschiedlich schwierig dar. Wie sich die Kombination dieser einzelnen Faktoren auf der Individualebene zeigt, ist für Projektionen kaum darstellbar. In aller Regel wurde daher in bisherigen Projektionen auf aggregierter Ebene gearbeitet. Entwickelte Prognosen zu den Faktoren auf regionaler Ebene liegen nicht vor. Dies betrifft sowohl die Partnerschaftsentwicklung als auch die Projektion der Kinderzahl oder der Erwerbsquote.

12.1.1 Partnerschaft

Die Zahl der Einpersonenhaushalte nimmt stetig zu, und gleichzeitig nimmt die durchschnittliche Haushaltsgröße ab. Von 1999 bis 2009 sank die durchschnittliche Haushaltsgröße von 2,18 auf 2,04 Personen (Statistisches Bundesamt 2011g). Dabei stieg die Gesamtzahl der Haushalte um ca. 2,4 Mio. und die Zahl der Einpersonenhaushalte um ca. 2,5 Mio. Die Gesamtzahl der Mehrpersonenhaushalte ist somit praktisch konstant geblieben, während die Zahl der Einpersonenhaushalte gestiegen ist. Die Steigerung um 2,5 Mio. Einpersonenhaushalte geschieht bei insgesamt relativ gleichbleibender Bevölkerungsgröße von knapp über 82 Mio. Einwohnern. Bei an-

haltendem Trend wird die Zahl der Einpersonenhaushalte und die Zahl der Zweipersonenhaushalte bis 2030 noch um weitere 11 % bzw. 12,7 % steigen, während die Zahl der größeren Haushalte um 25 % bis 30 % zurückgehen werden.

12.1.2 Kinder

Es ist davon auszugehen, dass der Anteil der kinderlosen Personen steigt. In einer Sonderauswertung des Mikrozensus (Statistisches Bundesamt 2009) werden für die Geburtsjahrgänge 1933 bis 1943 durchschnittlich 11 % kinderlose Frauen (in etwa entsprechend dann auch Männer) ausgewiesen. Dieser Anteil steigt dann bis zu den Geburtsjahrgängen 1959 bis 1963 auf 17 %. Bei den Geburtsjahrgängen 1964 bis 1968 könnte wegen der Geburten von Spätgebärenden noch eine Reduktion erfolgen, der Anteil liegt aber mit derzeit 21 % noch deutlich höher als in der Vorgängerkohorte. Dabei stellt sich die Quote der Kinderlosen in Ostdeutschland und in den Stadtstaaten im Vergleich zu den westdeutschen Flächenstaaten unterschiedlich dar. Für die Geburtsjahrgänge 1933 bis 1958 werden für die Stadtstaaten rund 19 % Kinderlosigkeit festgestellt. Für die ostdeutschen Länder sind es durchweg ca. 7 % und für die westdeutschen Flächenstaaten rund 13 %.

12.1.3 Erwerbsquote/Frauenerwerbsquote

Wie sich die Erwerbsquote im Einzelnen entwickeln könnte, wird unterschiedlich bewertet. So wurde beispielsweise von Roloff im Anhang 2a der Expertise von Blinkert und Klie (2001) drei Szenarien der Entwicklung der Erwerbsquoten angeboten:

1. Die Erwerbsquoten bleiben wie im Durchschnitt der Jahre 1990 bis 1999.
2. Die Erwerbsquoten der verheirateten und der geschiedenen/verwitweten Frauen erreichen bis 2050 die Erwerbsquoten der ledigen Frauen.
3. Die Erwerbsquoten der verwitweten/geschiedenen Frauen sinken bis zum Jahr 2050 auf das Niveau von 1990 zurück. Hierunter verbirgt sich auch die geringere Erwerbsbeteiligung von Frauen mit Migrationshintergrund, die zunehmend an Bedeutung gewinnt.

Aus den Jahren 1990 bis 1999 wurden von Roloff schon steigende Frauenerwerbsquoten für Deutschland berichtet. So stiegen die Erwerbsquoten der 40- bis unter 60-jährigen Frauen insgesamt von 59,7 % auf 72,3 %. Für Ledige dieses Alters blieb die Erwerbsquote bei 85,6 % bis zum Jahr 1999 relativ konstant (1990: 85,5 %). Für Verheiratete dieses Alters stieg die Erwerbsquote von 55,6 % auf 69,7 % und für Verwitwete/Geschiedene dieses Alters von 73,0 % auf 79,6 %. Aktuelle Zahlen zeigen für Frauen im Alter von 40 bis unter 60 Jahren schon Erwerbsquoten von 80 % (Statistisches Bundesamt 2011e). Dabei sind die Erwerbsquoten der Ledigen nur noch wenig auf 88 %, die der Verwitweten/Geschiedenen auf 84 % und deutlicher die der Verheirateten auf 78 % gestiegen. Damit hat die Erwerbsquote der verwitweten/geschiedenen Frauen nicht erst im Jahr 2050 das Niveau der ledigen Frauen im Durchschnitt der Jahre 1990 bis 1999 erreicht, sondern schon im Jahr 2010. Das weitere Steigerungspotenzial ist damit schon zu einem großen Teil ausgeschöpft.

12.1.4 Zur Erfassung des Pflegepotenzials

Welche genauen Auswirkungen durch eine Veränderung einer Erwerbsquote oder durch eine Veränderung der Kinderzahl zu erwarten wären, bleibt unklar. Es wird aber unterstellt, dass Erwerbspersonen zu einem deutlich geringeren Grad ihre Angehörigen pflegen können als Nicht-Erwerbspersonen. Blinkert & Klie (2001: 29) errechnen das Pflegepotenzial sogar ausschließlich unter Berücksichtigung der Nicht-Erwerbspersonen. Sie schreiben dabei den Nicht-Erwerbspersonen ein Potenzial von 100 % und den Erwerbspersonen ein Potenzial von 0 % zu. Im Extremfall

würde somit bei einer 100%-igen Erwerbsquote niemand als Pflegepotenzial zur Verfügung stehen. Dies bildet aber nicht die Realität ab, denn aktuell sind nur 60 % der Hauptpflegepersonen nicht erwerbstätig (Schneekloth & Leven 2003). Rund 19 % sind in Vollzeit erwerbstätig, 15 % in Teilzeit und weitere 6 % sind geringfügig beschäftigt. Anders ausgedrückt bedeutet dies schon in den 1990er Jahren, dass von den Erwerbstätigen rund 1 bis 2 % einen Pflegebedürftigen versorgen. Von den erwerbstätigen Frauen sind es sogar über 3 % (Beck et al. 1997).

Entsprechend müssten die Pflegepotenziale auch anders berechnet werden, als von Blinkert und Klie vorgeschlagen. Wenn man weiterhin das Potenzial der Nicht-Erwerbspersonen auf 100 % festsetzen möchte, sollte das Potenzial der Erwerbstätigen in Anlehnung an die empirischen Befunde angepasst werden – zumal hier von einem Potenzial, nicht von einem empirischen Sachverhalt ausgegangen wird. Zum Potenzial gehört letztlich auch, seine Erwerbstätigkeit aufzugeben und sich ganz der Pflege zu widmen. Wie auch Hagmann & Moog (2010) ausführen, sind zudem Nicht-Erwerbspersonen keinesfalls zu 100 % als Pflegepotenzial zu werten, sondern können selbst aufgrund eigener gesundheitlicher Einschränkungen oder anderer Faktoren als Pflegepotenzial ausscheiden.

Schneekloth und Leven (2003) ermittelten, dass 60 % der Hauptpflegepersonen nicht erwerbstätig sind. Bei ca. 1,4 Mio. Pflegebedürftigen im häuslichen Bereich wären das ca. 840.000 nicht erwerbstätige Hauptpflegepersonen. Im Alter ab 20 Jahren werden vom Statistischen Bundesamt (2010a) für das Jahr 2009 37,310 Mio. Erwerbspersonen und 26,176 Mio. Nicht-Erwerbspersonen gezählt.

Zieht man von den Nicht-Erwerbspersonen noch ca. 6 Mio. Personen ab, die aufgrund eigener Pflegebedürftigkeit und/oder höheren Alters nicht in der Lage sind, selbst zu pflegen, dann bleiben noch ca. 20 Mio. Nicht-Erwerbspersonen als Pflegepotenzial bestehen. Setzt man nun die 840.000 Hauptpflegepersonen, die Nicht-Erwerbspersonen sind, in Relation zu den Nicht-Erwerbspersonen, erhält man einen Anteilswert von 4,2 %. Entsprechend werden 4,2 % des Pflegepotenzials der Nicht-Erwerbstätigen zu den Hauptpflegepersonen gezählt.

40 % der Hauptpflegepersonen sind erwerbstätig. Das ergibt auf Basis der ca. 1,4 Mio. Pflegebedürftigen im häuslichen Bereich eine Anzahl von 560.000 erwerbstätigen Personen. Die Summe der erwerbstätigen Personen im Alter ab 20 Jahren im Jahr 2009 beträgt laut Statistischem Bundesamt (2010a) 37,310 Mio. Personen. 560.000 von 37,310 Mio. entspricht einem Anteilswert von etwa 1,5 %. Dies entspricht den Ergebnissen von Beck et al. (1997).

Vor dem Hintergrund dieser gefundenen Anteilswerte der Hauptpflegepersonen von 4,2 % unter den Nicht-Erwerbspersonen und 1,5 % unter den Erwerbstätigen, stellt sich die Frage, wie man das Pflegepotenzial der Erwerbstätigen und der Nicht-Erwerbspersonen bemessen möchte. Wenn man das Pflegepotenzial der Nicht-Erwerbspersonen auf 100 % setzt – das heißt, mit dem Faktor 23,8 multipliziert –, dann sollte man auch das Pflegepotenzial der Erwerbstätigen in ähnlicher Weise erfassen: $1,5 \% \cdot 23,8 = \text{ca. } 35 \%$.

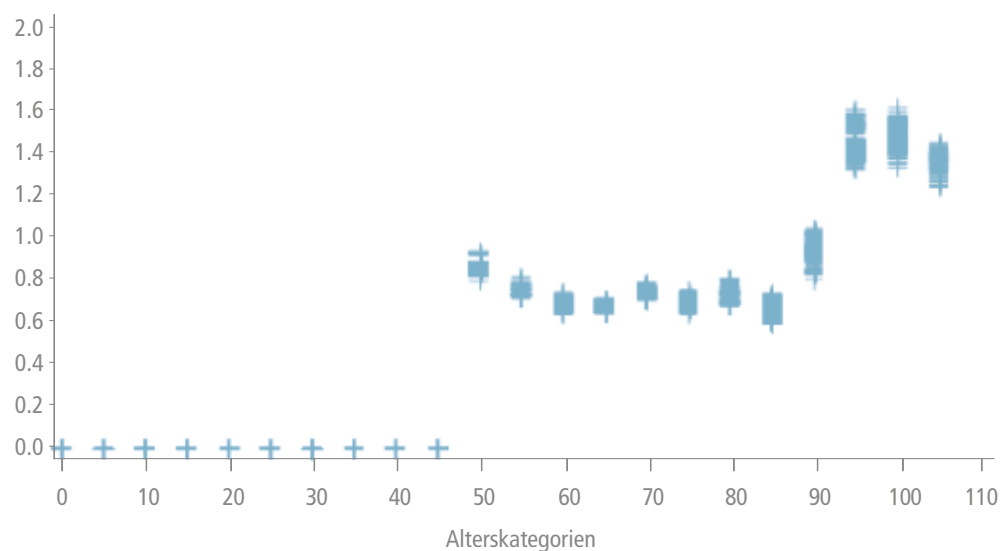
12.1.5 Messung des engeren familialen Pflegepotenzials je Alter, Geschlecht und Kreis für das Jahr 2009

In der nachfolgenden Bestimmung des engeren familialen Pflegepotenzials für das Jahr 2009 wird nicht davon ausgegangen, dass die gesamte Bevölkerung zum familialen Pflegepotenzial zu zählen ist. Ein großer Anteil der Bevölkerung hat keine Eltern oder Partner, die es zu pflegen gilt. Zum familialen Pflegepotenzial können im engeren Sinne nur Eltern, Kinder und Partner von Pflegebedürftigen gehören. Soll die Wirkung von Erwerbsbeteiligung und Demographie auf das Pflegepotenzial ermittelt werden, dann ist der Blick aus der Perspektive der Pflegebedürftigen angebracht. Hat die pflegebedürftige Person einen Partner oder eine Partnerin? Hat die pflegebedürftige Person Kinder? Wenn ja, wie viele? Wie steht es um die Bereitschaft und das Vermögen dieser Personen, überhaupt pflegen zu wollen oder zu können?

Auf Grundlage der vorgenannten Überlegungen wird in den folgenden Berechnungen das grundsätzliche Pflegepotenzial unter Nicht-Erwerbspersonen mit 100 % und das Pflegepotenzial der Erwerbspersonen (d.h. inklusive Erwerbslose) mit 35 % erfasst. Entsprechend der Wahrscheinlichkeiten der Partnerschaft, der Wahrscheinlichkeiten der Kinderzahlen zusammen mit den Wahrscheinlichkeiten von Erwerbstätigkeit, Pflegebedürftigkeit und Schwerbehinderung wird das Pflegepotenzial im engeren Sinne für Bund, Länder und Kreise im Jahr 2009 bestimmt. Für die jüngeren pflegebedürftigen Personen bis einschließlich der Alterskategorie 45 bis 49 Jahre sind zunächst durchweg 1,35 Personen veranschlagt, die als Pflegepotenzial infrage kommen. Dem liegt die Annahme zugrunde, dass es für diese Personen zum überwiegenden Teil noch Eltern gibt, wovon ein Elternteil voll als Potenzial zur Verfügung steht und der andere Elternteil unter Berücksichtigung der Erwerbstätigkeit nur zu 35 %. Für alle anderen Alterskategorien sind die Wahrscheinlichkeiten von Partnerschaft, Kinderzahlen, Erwerbstätigkeit, Pflegebedürftigkeit und Schwerbehinderung aus der amtlichen Statistik berücksichtigt.

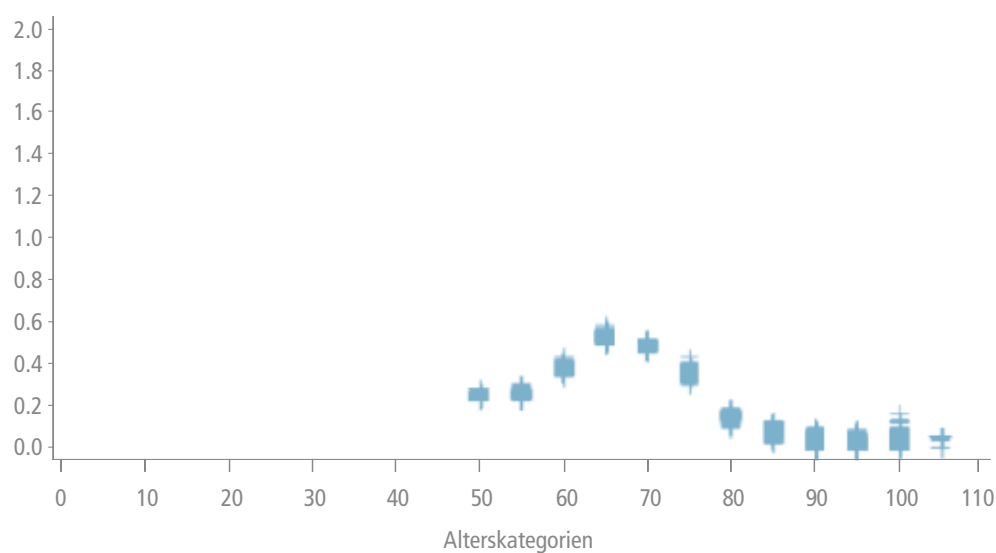
Abbildung 29 zeigt die daraus resultierende Verteilung des engeren familialen Pflegepotenzials im Jahr 2009 nach Alterskategorien für alle Kommunen. Für die Alterskategorien bis 45 bis 49 Jahre zeigen sich die methodisch bedingten konstanten Zahlen des Pflegepotenzials. Das Pflegepotenzial ab der Alterskategorie 50 bis 54 Jahre bis zur Alterskategorie der über 105-Jährigen unterliegt dann einigen Schwankungen, die auf unterschiedlichen Veränderungen über die Alterskategorien beruhen. Die heute 70-Jährigen sind zu einem größeren Anteil mit einer nicht erwerbstätigen Person verheiratet und haben deswegen ein höheres Partnerpotenzial als die 50-Jährigen (Abbildung 28). Im höheren Alter steigt aber der Anteil der Verwitweten, was wiederum das Partnerpflegepotenzial reduziert. Es steigt dann aber wieder das Kinderpflegepotenzial, weil die ältere Generation mehr Kinder hat und diese Kinder dann in einem Alter sind, in dem die Erwerbsquote rückläufig ist (Abbildung 27).

Abbildung 27: Familiales Pflegepotenzial durch eigene Kinder je Pflegebedürftigem nach Alterskategorie für alle Landkreise und kreisfreien Städte



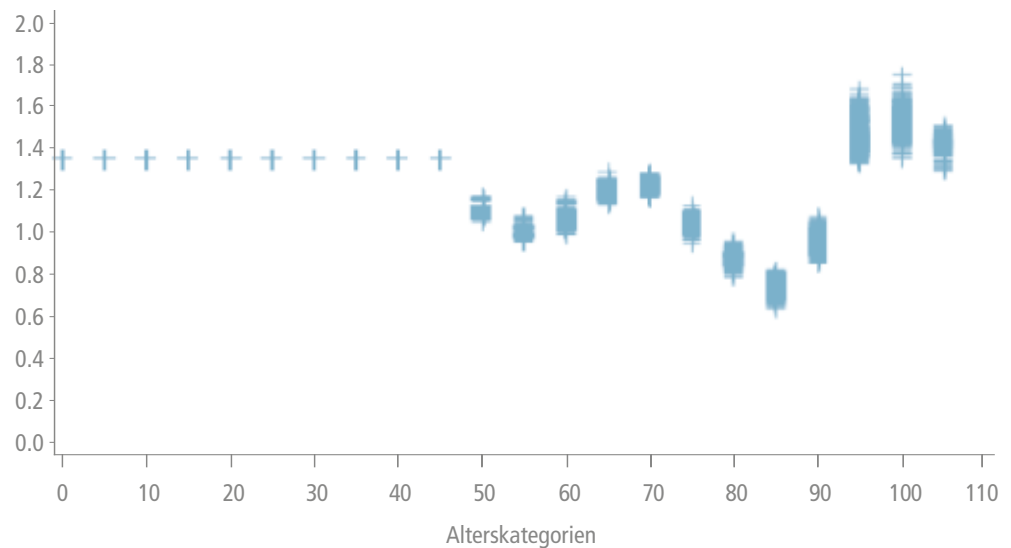
| BertelsmannStiftung

Abbildung 28: Familiales Pflegepotenzial durch Partner und Partnerinnen je pflegebedürftiger Person nach Alterskategorie für alle Landkreise und kreisfreien Städte



| BertelsmannStiftung

Abbildung 29: Familiales Pflegepotenzial je Pflegebedürftigem nach Alterskategorie für alle Landkreise und kreisfreien Städte



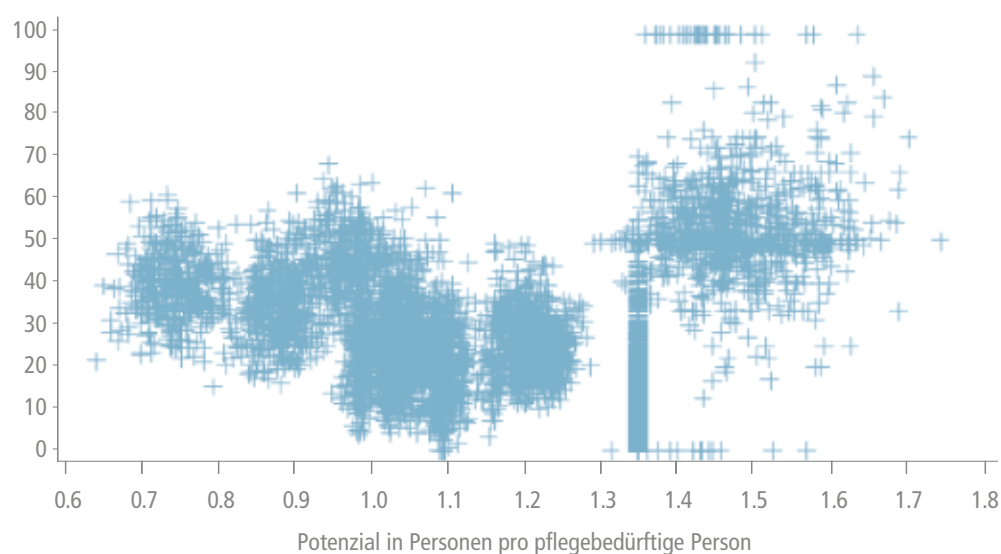
| BertelsmannStiftung

12.1.6 Zur Erfassung des Effekts des familialen Pflegepotenzials auf die Heimquote

Basierend auf dem unterschiedlichen Pflegepotenzial von Erwerbstätigen und Nicht-Erwerbstätigen errechnen Blinkert & Klie (2001) eine Heimquote, die sich umgekehrt proportional zum informellen Pflegepotenzial entwickelt. Eine Verdoppelung des informellen Pflegepotenzials führt zur Halbierung der Heimquote. Inwieweit solch ein Zusammenhang wirklich gegeben ist, wurde empirisch nicht nachgewiesen. Eigene Berechnungen auf Basis der regionalen Unterschiede in den Verteilungen der Versorgungsarten konnten derartige Zusammenhänge nicht in diesem Ausmaß ermitteln (s. Anhang 2).

Die Messung des familialen Pflegepotenzials kann basierend auf den Daten des Statistischen Bundesamtes nur in aggregierter Form erfolgen. Für jede Alterskategorie von Pflegebedürftigen kann je Region nur eine Anzahl an potenziellen Pflegepersonen geschätzt werden. Die Messung des Zusammenhangs eines solchen Pflegepotenzials mit einer Heimquote kann ebenfalls nur auf aggregierter Ebene erfolgen. Basierend auf den FDZ-Daten wurden entsprechende Heimquoten je Alterskategorie und je Kommune errechnet.

Die geschätzten Pflegepotenziale für die einzelnen Alterskategorien je Kommune sind in Abbildung 30 zusammen den Heimquoten gegenübergestellt. Der vermutete Zusammenhang zwischen engem familialem Pflegepotenzial und Heimquote zeigt sich jedoch nicht. Das könnte sich allerdings anders darstellen, wenn man mit exakteren Daten für die einzelnen Alterskategorien auf regionaler Ebene rechnen oder die Messungen gar auf Individualebene vornehmen könnte.

Abbildung 30: Heimquote in Prozent in Abhängigkeit vom familialen Pflegepotenzial

| BertelsmannStiftung

Eine belastbare Zahl zum Einfluss des familialen Pflegepotenzials auf die Heimquote konnte mit der vorgestellten Messmethode leider nicht ermittelt werden. Die bisherigen Annahmen eines starken linearen, umgekehrt proportionalen Zusammenhangs (Blinkert & Klie 2001; 2005; 2008; Rothgang 2004; Schnabel 2007; Hackmann & Moog 2010) lassen sich hier nicht nachweisen und sind daher als kritisch zu bewerten. Es stellt sich daher weiterhin die Frage, wie der logisch erscheinende Zusammenhang von informellem Pflegepotenzial und Heimquote besser erfasst werden könnte. Eine geringere Übergangswahrscheinlichkeit ins Pflegeheim ist bei Verheirateten schon nachgewiesen worden (Rothgang et al. 2008).

12.2 Anhang 2: Modellierung der Effekte eines sinkenden Pflegepotenzials auf die Versorgungsarten im Querschnittsvergleich im Jahr 2009

In verschiedenen linearen Regressionsmodellen wird der statistische Effekt der erklärenden Variablen insbesondere auf die Heimquote, aber auch auf die Quote ambulanter Leistungen und die Quote an Angehörigenpflege berechnet. Zu den vielfach diskutierten Faktoren zählt die Erwerbsquote, insbesondere die Frauenerwerbsquote. Es wird unterstellt, eine höhere Erwerbsquote ist mit einer geringeren Bereitschaft zur Pflege verbunden, weshalb die häusliche Pflege in geringerem Ausmaß von Angehörigen durchgeführt werden kann und der Anteil stationär gepflegter Pflegebedürftigen zunimmt. Da die Männererwerbsquote eine relativ stabile Zahl ist, wird dabei vor allem die Frauenerwerbsquote diskutiert, die über die letzten Jahrzehnte deutlich zugenommen hat. Mit der Zahl der Einpersonenhaushalte wird die Wahrscheinlichkeit geringer, dass ein Haushaltsmitglied die informelle Pflege übernehmen kann. Pflegenden Angehörige müssen zur Pflege erst ins Haus kommen. Mit dem Anteil der Einpersonenhaushalte müsste demnach die Heimquote steigen. Wenig Kenntnis gibt es über den Leistungsbezug durch Ausländer. Der Anteil der älteren Menschen mit Migrationshintergrund nimmt aber stetig zu und wird auch für die

Pflegeversicherung von Bedeutung werden. Als weiterer Faktor neben dem Alter wird noch die Angebotsseite überprüft. Gibt es eine angebotsinduzierte Nachfrage? Oder gibt es umgekehrt eine unbefriedigte Nachfrage? Zur Beantwortung dieser Fragen wird die freie Heimkapazität mit herangezogen. Abschließend ist noch das engere familiäre Pflegepotenzial berücksichtigt. Dies geht als durchschnittliches Potenzial, wie in Anhang 1 beschrieben, in die Modelle ein.

Die Bildung der Alterskategorien erfolgt in Anlehnung an die Kategorisierung durch das Statistische Bundesamt (Jahr 2011a) vor dem Hintergrund der sich mit dem Alter verändernden Prävalenzen. Die Prävalenzen innerhalb der Alterskategorien sind dabei bis zum Alter von 70 bis 75 Jahren für Frauen und Männer sehr ähnlich. Erst für die Alterskategorien ab 75 Jahren gibt es deutlichere Unterschiede zwischen Männern und Frauen. Daher werden die Anteilswerte der Pflegebedürftigen ab dieser Alterskategorie differenziert für Frauen und Männer ins Modell integriert.

Die Formel für das lineare Regressionsmodell lautet $\hat{y} = b_0 + b_1x_1 + b_2x_2 + \dots + b_mx_m$, wobei $\hat{y}$ der im Modell geschätzte Wert ist (hier z.B. die Heimquote). Der geschätzte Wert wird als Summe einer Konstanten (b_0) und der Produkte aus Koeffizienten ($b_1, b_2, \dots, b_m$) mit den Variablenwerten ($x_1, x_2, \dots, x_m$) errechnet. Die Koeffizienten aus den Modellen sind in Tabelle 7 wiedergegeben.

Die erste Ergebnisspalte der Tabelle 7 „Heimquote einzelne Modelle“ zeigt die Koeffizienten separater Modelle für die einzelnen erklärenden Variablen, um den alleinigen Effekt und die Erklärungskraft zu messen. Dabei zeigt sich in den einzelnen Modellen kein statistisch signifikanter Effekt von Erwerbsquote oder Frauenerwerbsquote auf die regionalen Unterschiede in den Heimquoten. Hingegen erhöhen der Anteil der Einpersonenhaushalte, der Anteil der Ausländer unter den 65-Jährigen und Älteren sowie die freie Heimkapazität jeweils für sich betrachtet die Heimquote. Die erklärte Varianz (adj. R^2) liegt dabei zwischen 5 und 7 %, also relativ niedrig. Deutlich mehr erklärt allerdings die Altersverteilung. Die Altersanteile unter den Pflegebedürftigen erklären sogar 43 % der Varianz – auch wenn die einzelnen Anteile für sich genommen im Modell nicht statistisch signifikant sind. Das durchschnittliche engere familiäre Pflegepotenzial wirkt für sich allein betrachtet sogar entgegengesetzt zur vermuteten Wirkrichtung: Mit einem durchschnittlich höheren familialen Pflegepotenzial steigt sogar die Heimquote. Dies hat seine Ursache unter anderem darin, dass das Alter der Pflegebedürftigen dabei noch nicht kontrolliert ist.

Fügt man alle erklärenden Variablen in ein Modell zusammen, zeigt das familiäre Pflegepotenzial die erwartete Wirkrichtung. Mit steigendem familialen Pflegepotenzial sinkt die Heimquote. Eine Erhöhung des familialen Pflegepotenzials um eine Einheit würde dem Modell entsprechend die Heimquote um ca. 28 Prozentpunkte senken. Ausgehend von einem gemessenen durchschnittlichen Pflegepotenzial von ca. 1,3 Personen ist eine solche Erhöhung aber sehr unwahrscheinlich. Eine vielleicht mögliche Erhöhung des Pflegepotenzials um 0,1 Personen würde nach dem Modell die Heimquote um 2,8 Prozentpunkte senken.

Die Erklärungskraft der Einpersonenhaushalte und des Ausländeranteils geht im Gesamtmodell verloren. Die Erwerbsquote und die Frauenerwerbsquote gewinnen hingegen an Bedeutung. Ausgehend von einer Heimquote von 87,55 % bei 0 % Erwerbsquote, keiner freien Heimkapazität und jeweils 0 % Anteilen in den aufgelisteten Alterskategorien verändern sich die durch das Modell geschätzten Heimquoten mit den Veränderungen in den erklärenden Variablen. Mit jedem Prozentpunkt, den die Erwerbsquote steigt, sinkt die Heimquote um 0,22 Prozentpunkte. Mit jedem Prozentpunkt, den die Frauenerwerbsquote steigt, erhöht sich die Heimquote um 0,27 Pro-

zentpunkte. Die Gesamterwerbsquoten und die Frauenerwerbsquoten sind aber voneinander abhängig. Wenn die Frauenerwerbsquote steigt, dann steigt auch die Gesamterwerbsquote. Insgesamt wird somit unter Kontrolle der Altersverteilung und der freien Heimkapazität nur eine geringe Zunahme der Heimquote durch die Frauenerwerbsquote errechnet. Steigt beispielsweise die Frauenerwerbsquote um einen Prozentpunkt ($\rightarrow$ Heimquote +0,27 Prozentpunkte) und damit auch die Gesamterwerbsquote beispielsweise um 0,5 Prozentpunkte ($\rightarrow$ Heimquote -0,11 Prozentpunkte), dann resultiert insgesamt nur eine geschätzte Erhöhung der Heimquote um 0,16 Prozentpunkte. Die freie Heimkapazität wirkt in vergleichbarem Rahmen. Erhöht sich die freie Heimkapazität um einen Prozentpunkt, dann steigt nach dem Modell die Heimquote um 0,18 Prozentpunkte. Anteile männlicher Pflegebedürftiger verringern eher die Heimquote, und insbesondere die Anteile hochaltriger Frauen erhöhen die Heimquote. Die einzelnen Anteilswerte sind dabei nicht statistisch signifikant, aber – wie im Einzelmodell schon gezeigt – die Altersverteilung erklärt 43 % der Varianz. Im Gesamtmodell mit den erklärenden Variablen „Erwerbsquote“, „Frauenerwerbsquote“, „Familiales Pflegepotenzial je Pflegebedürftigem“ und „freie Heimkapazität“ wird die erklärte Varianz nur noch auf 47 % erhöht. Der wesentliche Faktor bleibt also das Alter der Pflegebedürftigen.

Tabelle 7: Kreisbezogene Modelle zum Effekt auf die Quoten der Versorgungsarten (a01) (lineare Regression)

	Heimquote einzelne Modelle		Heimquote Gesamt- modell	Quote ambul. Dienst	Quote Angehörigen- pflege
	Coeff	adj. R2	Coeff	Coeff	Coeff
Konstante			87,55 *	2,82	9,62
Erwerbsquote (in %)	-0,12	0,00	-0,22 *	-0,27 **	0,48 ***
Frauenerwerbsquote (in %)	0,01	0,00	0,27 **	0,15	-0,43 ***
Anteil Einpersonenhaushalte (in %)	0,30 ***	0,05	-0,01	0,19 **	-0,19 **
Anteil Ausländer unter 65+-Jährigen (in %)	0,70 ***	0,06	0,06	-0,45 **	0,39 *
Freie Heimkapazität (in %)	0,26 ***	0,07	0,18 ***	-0,10 *	-0,07
Familiales Pflegepotenzial je Pflegebed.	50,62 ***	0,06	-27,86 **	-6,70	34,56 **
Anteile in % unter den Pflegebedürftigen					
im Alter von 0–14	-0,92	0,43	-0,45	0,70	-0,24
im Alter von 15–59	-0,12		-0,26	0,25	0,00
im Alter von 60–64	1,06		1,01	-1,19	0,18
im Alter von 65–69	-0,20		-0,42	0,97	-0,55
im Alter von 75–79 männlich	-0,79		-0,75	0,61	0,14
im Alter von 80–84 männlich	-0,93		-1,04	0,24	0,79
im Alter von 85–89 männlich	-0,45		-0,88	0,36	0,53
im Alter von 90+ männlich	-1,22		-1,66	1,48	0,18
im Alter von 75–79 weiblich	-1,78 **		-1,86 **	1,02	0,83
im Alter von 80–84 weiblich	-0,42		-0,32	0,16	0,16
im Alter von 85–89 weiblich	0,54		0,40	0,16	-0,55
im Alter von 90+ weiblich	1,01 *		1,16 **	0,29	-1,46 **
adj. R2			0,47	0,19	0,44
Anmerkung:					

Die Erklärungskraft für die Bestimmung der ambulanten Pflegequote durch Pflegedienste ist insgesamt geringer. Dies kann u. a. daran liegen, dass die Pflege durch ambulante Dienste selbst in seiner Bedeutung zwischen der informellen Pflege und der Pflege im Heim steht. Damit können Effekte, die aus der informellen Pflege in Richtung ambulante Pflegedienste wirken, genauso aus der ambulanten Pflege in Richtung Pflegeheim wirken. Dadurch verändert sich der Anteil, der durch ambulante Pflegedienste gepflegt wird, eventuell nur marginal. Die Erwerbsquote und die Frauenerwerbsquote wirken jedenfalls in gleicher Weise auf die Quote ambulanter Pflege wie auf die Heimquote. Die freie Heimkapazität wirkt entgegengesetzt. Insgesamt lässt sich bezüglich der Quote der ambulant gepflegten Pflegebedürftigen nur 19 % der Varianz durch die Variablen im Modell erklären.

Relativ hoch ist die erklärte Varianz wiederum bezüglich der Quote an Angehörigenpflege. Sie beträgt 44 %. Die Faktoren, die positiv auf die Heimquote wirken, wirken bezüglich der informellen Pflegequote eher negativ. Die Erwerbsquote wirkt insgesamt positiv auf die informelle Pflege, aber die Frauenerwerbstätigkeit negativ. Auch hier ist wieder zu berücksichtigen, dass die beiden Effekte sich gegenseitig zum Teil auflösen. Freie Heimkapazitäten wirken tendenziell negativ auf die informelle Pflege: Je mehr Heimplätze frei sind, desto häufiger werden sie also genutzt. Bedeutend innerhalb der häuslichen Pflege sind aber auch noch der Anteil der Einpersonenhaushalte und der Anteil der Ausländer unter den Älteren. Ein höherer Anteil an Einpersonenhaushalten führt zu einem höheren Anteil an häuslicher Pflege durch ambulante Dienste, während ein höherer Anteil an Ausländern unter den Älteren zu einem höheren Anteil an Angehörigenpflege führt.

13. Vorstellung der Autoren



Prof. Dr. Heinz Rothgang

- Diplom-Volkswirt sozialwissenschaftlicher Richtung,
- Leiter der Abteilung Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung am Zentrum für Sozialpolitik (ZeS),
- ehem. Mitglied im Beirat des Bundesministeriums für Gesundheit zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs

E-Mail: rothgang@zes.uni-bremen.de



Prof. Dr. jur. Thomas Klie

- Studium der Evangelischen Theologie, Soziologie und Rechtswissenschaft,
- Professor für öffentliches Recht und Verwaltungswissenschaften an der Evangelischen Hochschule Freiburg,
- Privatdozent an der Adria Universität Klagenfurt, IFF Wien,
- Leiter des Zentrums für Zivilgesellschaftliche Entwicklung (ZZE) an der Evangelischen Hochschule Freiburg,
- Leiter des AGP (Alter. Gesellschaft. Partizipation – Institut für angewandte Sozialforschung im FIVE e. V.) an der Evangelischen Hochschule Freiburg

E-Mail: klie@eh-freiburg.de



Dr. Rolf Müller

- Diplom-Soziologe, Gesundheitswissenschaftler: Schwerpunkt Versorgungsforschung mit Routinedaten,
- wissenschaftlicher Mitarbeiter am Zentrum für Sozialpolitik (ZeS)

E-Mail: rmint@zes.uni-bremen.de



Dr. Rainer Unger

- Diplom-Soziologe, Gesundheitswissenschaftler,
- wissenschaftlicher Mitarbeiter am Zentrum für Sozialpolitik (ZeS)

E-Mail: r.unger@zes.uni-bremen.de

14. Vorstellung der Gutachterin und Gutachter



Dr. Sybille Angele

- Geschäftsführerin der COMPASS Private Pflegeberatung GmbH,
- 2002 – 2010 Geschäftsführerin der GVG,
- 2000 – 2002 Aufbau und Umsetzung des gemeinsamen Projektes von GVG und BMG gesundheitsziele.de zur Entwicklung nationaler Gesundheitsziele für Deutschland,
- 1992 – 2000 Durchführung einer Vielzahl internationaler Projekte und Studien der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V. (GVG) zu Reform und Aufbau der Sozialsysteme – insbesondere Krankenversicherung und Gesundheitswesen – im Zusammenhang mit der Osterweiterung der Europäischen Union.



Prof. Dr. Johann Behrens

- Diplom-Soziologe, Dr. phil. (Frankfurt a. M.), habilitierter Sozialökonom (Bochum), Studium der Soziologie, Philosophie, Wirtschaftswissenschaften, Sozialpsychologie und Sozialmedizin in Frankfurt a. M. und Ann Arbor, USA,
- Seit 1998 Professor und (Gründungs-)direktor des Institutes für Gesundheits- und Pflegewissenschaft und des German Center for Evidence Based Nursing der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg und Sprecher des Pflegeforschungsverbundes Mitte der Universitäten Halle-Wittenberg, Leipzig, Marburg, Jena, Magdeburg, Heidelberg, TU München, TU Berlin, MH Hannover und der Fachhochschulen Leipzig, Jena, Frankfurt a. M., Fulda, EFH Darmstadt,
- Gutachter für den Wissenschaftsrat.



Dr. Jürgen Gohde

- Studium der Evangelischen Theologie und der Erziehungswissenschaften,
- 1994 – 2006 Präsident des Diakonischen Werkes der Evangelischen Kirche in Deutschland,
- Seit 2007 Vorsitzender des Kuratoriums Deutsche Altershilfe,
- 2007 – 2009 Mitglied und Vorsitzender des Beirats des BMG zur Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs,
- Mitglied verschiedener Expertenkommissionen.



Alexander Künzel

- Vorstandsvorsitzender der Bremer Heimstiftung,
- ehem. Pressesprecher und persönlicher Referent für den damaligen Bremer Sozialsenator und Bürgermeister Dr. Henning Scherf,
- Sprecher des Netzwerkes SONG (Soziales neu gestalten),
- Kurator des Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA),
- Vorsitzender Kuratorium Herrnhuter Diakonie,
- Mitglied im Fachausschuss „Alter und Pflege“ des Deutschen Vereins,
- Mitglied im Aufsichtsrat der Sparkasse Bremen AG,
- ehrenamtlicher Richter am Landesarbeitsgericht Bremen.



Reinhard Loos

- Diplom-Volkswirt,
- Geschäftsführender Gesellschafter der Deenst GmbH, Brilon/Bielefeld, die vor allem im Bereich der demographischen Forschung tätig ist,
- Autor und Mitautor zahlreicher demographischer Studien,
- Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Demographie,
- Lehrbeauftragter für Familiensoziologie und Familienpolitik an der Soziologischen Fakultät der Universität Bielefeld.



Dr. Peter Pick

- Seit 1998 Geschäftsführer des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS). Nach Stationen beim AOK-Bundesverband und beim AOK-Landesverband Rheinland kam Pick 1992 als stellvertretender Geschäftsführer zum MDS und ist seit 1994 für Fragen der Pflegeversicherung verantwortlich. Schwerpunkt seiner Arbeit ist die Verbesserung der Qualität der Pflege in Deutschland und die bessere Versorgung der Demenzkranken. Politisch setzt er sich seit Jahren für mehr Transparenz auf dem Pflegemarkt und die Einführung eines umfassenden Pflegebegriffs ein.



Wolfgang Schuldzinski

- Rechtsanwalt,
- seit 1997 Referent bei der Verbraucherzentrale NRW, seit 2006 Bereichsleiter Verbraucherrecht, Finanzdienstleistungen, Kredit und Entschuldung, Mitglied der Geschäftsleitung,
- Lehrtätigkeit an den Universitäten Witten/Herdecke und Bielefeld,
- Mitarbeit an der Entwicklung von verschiedenen Expertenstandards in der Pflege beim DNQP.

Das Projekt „Themenreport Pflege“

Der vorliegende Report zur Prognose der Entwicklung des Bedarfs und Angebotes im Bereich Pflege greift ein aktuelles Thema auf, das im Zuge der Diskussion um die demographische Entwicklung zunehmend an Brisanz gewinnt. Die demographische Entwicklung stellt die gesamte Gesellschaft vor erhebliche Herausforderungen. Natürlich betrifft das auch die Versorgung von Menschen, die pflegebedürftig sind. Zum einen steigt mit dem Anteil älterer Bürger der Bedarf an Unterstützung und Begleitung. Zum anderen wird die Zahl der für die professionelle Pflege zur Verfügung stehenden Fachkräfte abnehmen. Die Fortschreibung bereits stattfindender Entwicklungen gibt Anlass zu Besorgnis: Nicht nur geht die Schere zwischen der Zunahme der Pflegebedürftigen auf der einen und der Verringerung der Anzahl von Erwerbstätigen in der Pflege auf der anderen Seite immer weiter auseinander. Die Zunahme von Einpersonenhaushalten, veränderte Familienkonstellationen, die erhöhte Erwerbstätigkeit von Frauen und die in hohem Alter gravierender werdenden Krankheitsverläufe verstärken die zu erwartende Versorgungslücke.

Die Programme „Versorgung verbessern – Patienten informieren“ und „LebensWerte Kommune“ haben sich gemeinsam des Themas „Pflege“ angenommen. Die unterschiedlichen Expertisen aus den Projekten Wegweiser Kommune, Initiative für gute Gesundheitsversorgung (INIG) sowie die Weisse Liste bilden die Grundlage des „Themenreports Pflege“.

Wegweiser Kommune

Seit Anfang 2006 betreibt die Bertelsmann Stiftung unter www.wegweiser-kommune.de eine frei zugängliche, kostenfreie Informationsplattform zum demographischen Wandel. Für alle Kommunen ab 5.000 Einwohner können hier mehr als 200 sozio-ökonomische Indikatoren, 100 demographische Indikatoren sowie Karten, Grafiken, Bevölkerungspyramiden, Handlungsempfehlungen, gute Praxisbeispiele und standardisierte Berichte abgerufen werden.

Neben der inhaltlichen Arbeit an zentralen kommunalen Themen wie Bildungs-, Familien- oder Seniorenpolitik leistet der Wegweiser Kommune damit einen Beitrag zur Transparenz kommunaler Entwicklungen und für die notwendigen Diskussionen vor Ort. Kommunen können so (frühzeitig) Trends und Entwicklungen analysieren und in der Folge geeignete Maßnahmen und Perspektiven im Hinblick auf den Umgang mit den Veränderungen entwickeln.

In diesem Zusammenhang steht die Demographie in ihren ganz unterschiedlichen Facetten – Alterung, Wanderung und Schrumpfung – in den Städten, Gemeinden und Kreisen in ganz unterschiedlicher Ausprägung und Dramatik im Mittelpunkt. Zentraler Baustein ist vor diesem Hintergrund eine bundesweite und kommunenscharfe Bevölkerungsvorausberechnung bis zum Jahr 2030, die auch in die Berechnungen der Pflegeprognose 2030 in diesem Pflegereport eingeflossen ist. Daten zur Entwicklung von Pflegebedarfen, zu den Versorgungsstrukturen sowie dem zukünftigen Personalbedarf in der pflegerischen Versorgung können ab November 2012 im Wegweiser Kommune für alle Kreise und kreisfreien Städte abgerufen werden.

Workshops für zukunftsorientierte Seniorenpolitik

Die Bertelsmann Stiftung bietet Workshops für Kommunen an, diese den Herausforderungen des demographischen Wandels frühzeitig begegnen können. In diesen Workshops erarbeiten kommunale Akteure maßgeschneiderte Antworten auf die demographischen Herausforderungen ihrer Kommune.

Wichtig ist die Beteiligung von Akteuren aus Rat, Verwaltung und kommunaler Seniorenpolitik, wozu auch Akteure der kommunalen Pflege- und Gesundheitspolitik gehören. Durch diese interdisziplinäre Zusammenarbeit können Strukturen und Vernetzungen entstehen, die ein wichtiger Schritt für nachhaltige Wirkungen sind.

In den Workshops werden die kommunalen Akteure motiviert, eine zukunftsorientierte Seniorenpolitik engagiert anzugehen. Hierzu priorisieren sie wichtige kommunale Handlungsfelder. Diese können explizit das Thema Pflege, aber auch verwandte Themen wie Gesundheitsförderung, Bürgerschaftliches Engagement, soziale Netzwerke oder Hospiz- und Palliativversorgung betreffen.

Zur Qualitätssicherung werden alle Workshops unmittelbar nach ihrer Durchführung evaluiert und nach einem Jahr einer erneuten Evaluation unterzogen, um erste Signale nachhaltiger Wirkungen zu erheben. Die Evaluationsergebnisse bestätigen die qualitätssichernden Maßnahmen der Bertelsmann Stiftung auf eindrucksvolle Weise.

www.workshops-fuer-kommunen.de

Initiative für gute Gesundheitsversorgung (INIGG)

Über-, Unter- und Fehlversorgung im deutschen Gesundheitswesen sind in Fachkreisen seit Jahren bekannt. Dies ist ein Beleg dafür, dass es noch immer Qualitäts- und Effizienzreserven im Gesundheitssystem gibt. Nur durch den konsequenten Abbau von strukturell bedingten Versorgungsmängeln lassen sich unnötige Belastungen von Versicherten und Gefährdungen von Patienten vermeiden und das Ziel einer bedarfsgerechten Versorgung erreichen.

Mit der „Initiative für gute Gesundheitsversorgung“ will die Bertelsmann Stiftung gemeinsam mit Partnern neue Wege gehen, um Veränderungen anzustoßen. Die Initiative will dazu beitragen, dass:

- Gesundheitsleistungen stärker am tatsächlichen Bedarf der Patienten ausgerichtet und die begrenzten Ressourcen sachgerechter eingesetzt werden,
- sich die Menschen aktiv damit auseinandersetzen, welche Leistungen ihrem Bedarf entsprechen und wie die Versorgung besser gestaltet werden kann,
- die Bürger sich stärker mit der Versorgung in ihrer Region auseinandersetzen, das Gesundheitssystem sowie notwendige Reformen besser verstehen und ihr Vertrauen in das System steigt.

Wir wollen erklärungsbedürftigen Unterschieden in der Versorgung konkret nachgehen – im „Faktencheck Gesundheit“. Dabei handelt es sich um ein Internetportal der Bertelsmann Stiftung zur Gesundheitsversorgung in Deutschland. Mit anschaulichen Grafiken und Tabellen werden unter www.faktencheck-gesundheit.de für Laien interessante Fakten und Daten sowie praktische

Tipps und Hilfen für Patienten – zum Beispiel für das Arztgespräch oder die Krankenhaussuche – präsentiert. In der Rubrik „Fakten zum Gesundheitswesen“ werden die zum Teil beträchtlichen Unterschiede in der Gesundheitsversorgung in Deutschland anhand von interaktiven Landkarten dargestellt. Ergänzt wurde das Internetportal um einen interaktiven Befunddolmetscher. Patienten, die von ihrem Arzt nach der Untersuchung einen Befund in Medizinersprache ausgehändigt bekommen, können die Fachbegriffe in den Befunddolmetscher eingeben und erhalten allgemeinverständliche Übersetzungen und Erläuterungen.

Die „Initiative für gute Gesundheitsversorgung“ will mit dem „Faktencheck Gesundheit“ neben Fachkreisen die allgemeine Öffentlichkeit anhand von alltagsnahen Themen und Beispielen auf strukturelle Defizite im Gesundheitswesen aufmerksam machen. So kann Veränderungsdruck von unten entstehen. Dabei ist es wichtig, Multiplikatoren anzusprechen. Dies können Journalisten und Medienexperten sein, aber auch all diejenigen, die den direkten Kontakt zu den Menschen haben wie die Verbraucher- und Patientenberatung, Krankenkassen, Ärzte, Selbsthilfegruppen, Sozial- und Seniorenverbände.

Weisse Liste

Die Weisse Liste ist ein gemeinsames Projekt der Bertelsmann Stiftung und der Dachverbände der größten Patienten- und Verbraucherorganisationen. Das Projekt hat das Ziel, Patienten, Pflegebedürftige und Angehörige bei der Suche nach einem Arzt, Krankenhaus oder einer Pflegeeinrichtung zu unterstützen – mit unabhängigen und verständlichen Informationen. Seit 2008 finden Nutzer unter www.weisse-liste.de eine Krankenhaussuche, seit Mitte 2011 eine Arztsuche. Im Jahr 2012 wurde die Weisse Liste um eine Online-Pflegeheimsuche erweitert.

In der Pflegeheimsuche der Weissen Liste finden Pflegebedürftige und Angehörige Informationen zu den Pflegeheimen in ihrer Umgebung. Als erstes Angebot in Deutschland informiert das Portal bundesweit über aktuell freie Pflegeplätze – insgesamt zu rund 12.000 Pflegeheimen. Interessierte können sich dort zudem über Serviceangebote, Pflegeschwerpunkte und die Kosten informieren, die voraussichtlich auf sie zukommen. Das Portal zeigt an, wie weit die jeweiligen Pflegeheime vom gewählten Ausgangspunkt entfernt sind; Fotos der Einrichtungen helfen den Nutzern, sich einen ersten Eindruck zu verschaffen. Die Informationen in der Weissen Liste sind leicht verständlich und übersichtlich aufbereitet. Das Portal ist kosten- und werbefrei.

Die „Checkliste für die Pflegeheimauswahl“ soll bei der schwierigen Entscheidung für ein passendes Pflegeheim unterstützen. Durch eine neuartige interaktive Anwendung können Pflegebedürftige oder Angehörige eine individualisierte Checkliste zusammenstellen, die auf ihre speziellen Bedürfnisse zugeschnitten ist. Damit sollen Interessierte in die Lage versetzt werden, sich gezielt auf die Besichtigung infrage kommender Pflegeheime vorzubereiten, vor Ort auf wichtige Aspekte zu achten und die richtigen Fragen zu stellen. Am Ende können die besuchten Pflegeheime systematisch miteinander verglichen werden.

Abstract

The number of people in need of care is set to increase throughout Germany. On the one hand, there is hope that the rate of age-related care will decrease as the population's health improves – in relation to its age – and that this process can be bolstered through corresponding preventive efforts. No such processes have been observed in the last ten years, however (Rothgang et al. 2011). Thus, if the rate of age-related and gender-related care remains stable over the next 20 years, then the number of care recipients will increase by approximately 50 % by the year 2030. At the same time, the situation presents itself in very different ways in the individual federal states and all the more so at the municipal level. For instance, model calculations for Bremen for the period from 2009 to 2030 show an increase of 28.2 % in the number of care recipients, while the rate of increase for Mecklenburg-Western Pomerania is nearly double that amount at 55.9 % and over two and a half times as high in Brandenburg at 72.2 %. Compared to Germany's nationwide increase of care recipients by 47.4 %, above-average rates of increase are also shown for Berlin (55.8 %), Schleswig-Holstein (53.8 %), Bavaria (also 53.8 %) and Baden-Wuerttemberg (53.6 %). The differences are even more marked at the municipal level: The rates of increase range from almost 14 % (Goslar) to more than 100 % (Munich, Oberhavel), whereby the dynamic range is almost solely dependent on the age structure in the respective municipalities.

Such a development raises the question as to how care and support should be organized when the need is constantly increasing. This question is all the more urgent given the following: On the one hand, the potential for familial long-term care is expected to decrease; on the other hand, demographic aging is causing a decline in the number of people of working age, with the result that – all other things being equal – it cannot be assumed that the supply of labor will increase in the care sector. This clash of the increasing needs for formal care with the decreasing availability of labor constitutes a “supply gap,” and filling this gap will have to be one of the principal tasks of health and nursing care policies in the coming years.

In order to gauge the extent of this supply gap, and in particular to provide the basic data required for municipal policymakers to make decisions, this special issue presents the results of small-scale forecasts on the number of care recipients, the care they receive through various arrangements, and the looming supply gap in the field of formal care through the year 2030. Three different scenarios are distinguished between here:

- Scenario 1 projects the age- and gender-related distribution of care arrangements that are currently observable. The results of this purely status quo scenario serve as a point of reference for the other scenarios.
- Scenario 2 explicitly picks up on the trend toward formal care, which has been observable since the introduction of long-term care insurance, and it projects this trend by way of trend extrapolation.
- Scenario 3 is inspired by the desire to achieve a breakthrough for the preference of home-based care, as standardized in Book XI of the Social Code (SGB XI). Unlike scenarios 1 and 2, this scenario posits that the number of people requiring full inpatient care will not increase further.

As revealed in the model calculations for 2030, the results in scenario 1 show a nationwide increase in the proportion of full inpatient care recipients (from 30.6 % to 33.1 %) and a slight increase in the proportion of outpatient care recipients (from 23.7 % to 24.8 %), while a decrease can be seen in the proportion of those being cared for by relatives (from 45.6 % to 42 %). This de-

crease is even more prominent in scenario 2. Not only does it take into account a demographic-related shift in types of care, which is due to the fact that the proportion of elderly care recipients will increase in relation to all care recipients in the next two decades; it also takes into account the decrease in the potential for familial long-term care. According to this model calculation, the proportion of care provided by relatives will decrease to 37.3% – that is, down another five percentage points compared to scenario 1 – leading to an increasing proportion of outpatient care. Since recourse to formal care services is increasing in both scenarios, while the supply of labor is simultaneously decreasing due to demographics, this is opening up a supply gap that has been quantified as 434,000 full-time equivalents for scenario 1 and 492,000 full-time equivalents for scenario 2. What is worth noting here is that this supply gap is largely (over 80%) attributable to increased demand and stems to a lesser extent (under 20%) from labor market effects.

If it is possible to keep the number of full inpatient care recipients constant, however, the supply gap is reduced by approximately one half (scenario 3). It then “only” amounts to 263,000 full-time equivalents in 2030. However, this requires the proportion of familial care recipients to remain steady (46% compared to 45.6% in 2009) and the proportion of outpatient care recipients to increase by approximately ten percentage points (from 23.7% in 2009 to 33.2% in 2030). The still distinct reduction of the supply gap in scenario 3 is not only attributable to the fact that its proportion of familial care recipients is higher than in scenarios 1 and 2, but also that the personnel requirements for outpatient care are lower, given the more predominant role of care services not requiring a professional qualification.

This results in specific effects for each of the federal states and municipalities, the particulars of which can vary significantly from the results at the national level and give local policymakers the opportunity to respond to their individual needs.

The “ideal” scenario 3 not only has the advantage that the care recipients’ preference for home-based care and the corresponding legislative mandate (SGB XI) are implemented; it also leads to a reduction of the calculated supply gap by one half. The realization of this scenario requires various efforts to be made, however, in order to increase the appeal of the caring profession and thus close the supply gap, in order to stabilize the proportion of familial care recipients, and in order to strengthen civil society’s involvement – which has to grow correspondingly if the proportion of outpatient care recipients is expected to increase to the extent described.

Innovative concepts for overcoming future care requirements will become increasingly important against this backdrop. Thus, for the qualitative partial study of the “Topical Report on Care-giving” (“Themenreport Pflege”) published by Bertelsmann Stiftung, systematic research was conducted on various studies, model projects and concepts that are suitable for effectively stabilizing home-based care arrangements by way of professional intervention. Nine evidence-based studies were found, of which one was based exclusively on qualitative data, five were based on descriptive quantitative and qualitative analyses or surveys, and three were based on control group designs. Seven stimulating studies, model projects and concepts were also included in the assessment.

During the course of the assessment, case and care management-based action approaches in particular provided reliable results concerning a verifiable delay in care recipients' admission into a nursing home. Effectiveness research shows gaps in the areas of residential community living arrangements, adapted living spaces, and support possibilities by means of technology or aids.

All in all, the results of the literature review underline the necessity of drastically bolstering efforts to implement efficient rehabilitation structures in the field of geriatrics and consistently implementing care and case management structures. These should be embedded in regional and local planning processes that promote sustainable, cross-sectoral cooperation and networking structures and cultures, and that also involve an infrastructure suited to the demands. Under such conditions, the rate at which care recipients are admitted into nursing homes can more easily be limited to cases where it is required (or needed, in individual cases). However, this requires a clear allocation of powers for regional and municipal planning processes as well as access to the necessary knowledge and resources.

Impressum

© 2012 Bertelsmann Stiftung
Bertelsmann Stiftung
Carl-Bertelsmann-Straße 256, 33311 Gütersloh
Telefon 05241 81-0
Fax 05241 81-81999
www.bertelsmann-stiftung.de

Verantwortlich

Dr. Stefan Etgeton
Oliver Haubner
Petra Klug
Thomas Neldner
Hans Jörg Rothen

Lektorat

Reiner Juring

Foto

Veit Mette

Gestaltung

VISIO Kommunikation GmbH, Bielefeld

Adresse | Kontakt

Bertelsmann Stiftung
Carl-Bertelsmann-Straße 256
33311 Gütersloh
Telefon +49 5241 81-0
Fax +49 5241 81-81999

Uwe Schwenk

Director
Programm Versorgung verbessern –
Patienten informieren
uwe.schwenk@bertelsmann-stiftung.de

Dr. Kirsten Witte

Director
Programm LebensWerte Kommune
kirsten.witte@bertelsmann-stiftung.de
Telefon +49 5241 81-81139
Fax +49 5241 81-681139

www.bertelsmann-stiftung.de