

## **Szenarien zur Veränderung städtischer Sozialstrukturen und Lebensverhältnisse: Rückwirkungen auf kommunale Pflegesysteme und Kosten**

Baldo Blinkert,  
Institut für Soziologie, Universität Freiburg  
Freiburger Institut für angewandte Sozialwissenschaft (FIFAS)

---

Der demografische Wandel ist mit weitreichenden Auswirkungen verbunden. Diese Veränderungen betreffen in vielfältiger und komplexer Weise Ökonomie, Kultur und soziale Lebensbedingungen. Sie verändern die Verfügbarkeit über Ressourcen und haben Einfluss auf die Lebensqualität. Sie erfordern neue Strategien der Bewältigung von Problemen auf nationaler, aber auch auf kommunaler Ebene. Sie ermöglichen und erfordern auch von den Individuen Anpassungsleistungen, die sich in veränderten Lebensentwürfen niederschlagen. Den demografischen Wandel zu bewältigen, stellt vor allem die lokalen Körperschaften vor große und wohl noch wachsende Herausforderungen. (Deutscher Städtetag 2006) Dazu gehört auch die mit der Alterung der Bevölkerung verbundene steigende Zahl pflegebedürftiger Menschen. Der Bevölkerungsumfang wird sich deutlich verringern und der Altersaufbau wird sich verändern. Der Anteil älterer Menschen wird steigen und der Anteil der Menschen im Erwerbsalter wird sinken. Diese Veränderungen werden mit Sicherheit auch die Versorgungssituation pflegebedürftiger Menschen tangieren. Von demografischen Faktoren hängt es ab, wie viel pflegebedürftige Menschen zu versorgen sind, aber von den gleichen Faktoren hängt es auch ab, wie viel Versorgende zur Verfügung stehen und wer diese sein werden.

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

Von unserem Institut wurde ein Simulationsmodell entwickelt, mit dem sich zeigen lässt, wie sich unter verschiedenen Bedingungen der Versorgungsbedarf pflegebedürftiger Menschen entwickeln könnte. (Blinkert, Gräf 2009) Durch die Definition verschiedener Szenarien lässt sich darstellen, wie Entwicklungen verlaufen könnten, wenn sich bestimmte Bedingungen einstellen. Wichtig ist, dass Szenarien nicht mit „Prognosen“ verwechselt werden. Sie können nur zeigen, wie eine bestimmte

Entwicklung verlaufen könnte. Dabei werden Bedingungen vorausgesetzt, von denen wir nicht genau wissen, ob sie eintreten – z.B. der demografische Wandel, also die Veränderung im Umfang der Bevölkerung und in der Alterszusammensetzung – hier gibt es ja bekanntlich verschiedene Varianten. Andere Bedingungen betreffen den sozialen und kulturellen Wandel: wie wird sich die Erwerbsbeteiligung verändern? Wie der Anteil der alleinlebenden älteren Menschen? Das sind wichtige Fragen, aber niemand kann wirklich vorhersagen, wie die Entwicklung dann tatsächlich abläuft.

In meinem Beitrag berücksichtige ich Ansätze und Ergebnisse, die aus verschiedenen Studien stammen, die ich mit meinem Institut hier in Deutschland durchführen konnte. (Blinkert, Klie 1999, 2004, 2006, 2007, 2008) In Exkursen werde ich aber auch auf den europäischen Kontext eingehen. Das ist sinnvoll, weil wir durch solche Vergleiche viel lernen können. Dazu berücksichtige ich Forschungen, die wir im Zusammenhang mit dem von der EU geförderten ToolS-Projekt durchführen konnten. ToolS ist ein Projekt zur Entwicklung eines für die lokale Ebene geeigneten Informationssystems zum demografischen Wandel. (Trutzel 2011) ToolS hat eine informationstechnische Komponente, die auf einer Weiterentwicklung des DUVA-Systems beruht. ToolS hat aber auch eine inhaltliche Ausrichtung. Im Vordergrund stehen die Themen „aktives Altern“ und „Pflegebedürftigkeit“. ToolS wurde als Städte-Netzwerk organisiert, an dem sich bislang Städte aus den Niederlanden, aus Finnland und aus Deutschland beteiligt haben. Dieses Netzwerk soll ausgebaut werden und die von ToolS entwickelten informationstechnischen, methodischen und fachlichen Ansätze sollen den teilnehmenden Städten verfügbar gemacht werden.

Mit unserem Modell lassen sich Szenarien definieren, die Antworten auf die folgenden Fragen ermöglichen: 1. Wie wird sich in den nächsten 20 oder 30 Jahren die Zahl der auf Versorgung angewiesenen pflegebedürftigen Menschen entwickeln? 2. Wie werden diese Menschen versorgt? Was für Pflegearrangements könnten sich unter verschiedenen demografischen und sozialen Bedingungen entwickeln?

Das dazu entwickelte Simulationsmodell hat vier Komponenten:

Komponente 1: Bevölkerung

Komponente 2: Zahl der Pflegebedürftigen

Komponente 3: informelles Pflegepotential

Komponente 4: Pflegearrangements

### **Komponente 1: Bevölkerung**

Eine wichtige Grundlage für die Szenarien ist die Bevölkerungsvorausrechnung. Für unsere Modellrechnungen gehen wir von vorhandenen Bevölkerungsvorausrechnungen aus und berücksichtigen eine „mittlere Variante“. Wichtig für die Szenarien sind vor allem Veränderungen in den „kritischen“ Altersgruppen 35-65 (die potenziell pflegenden Kinder) und die Altersgruppen 85 und älter, in denen die Wahrscheinlichkeit für den Eintritt von Pflegebedürftig deutlich ansteigt.

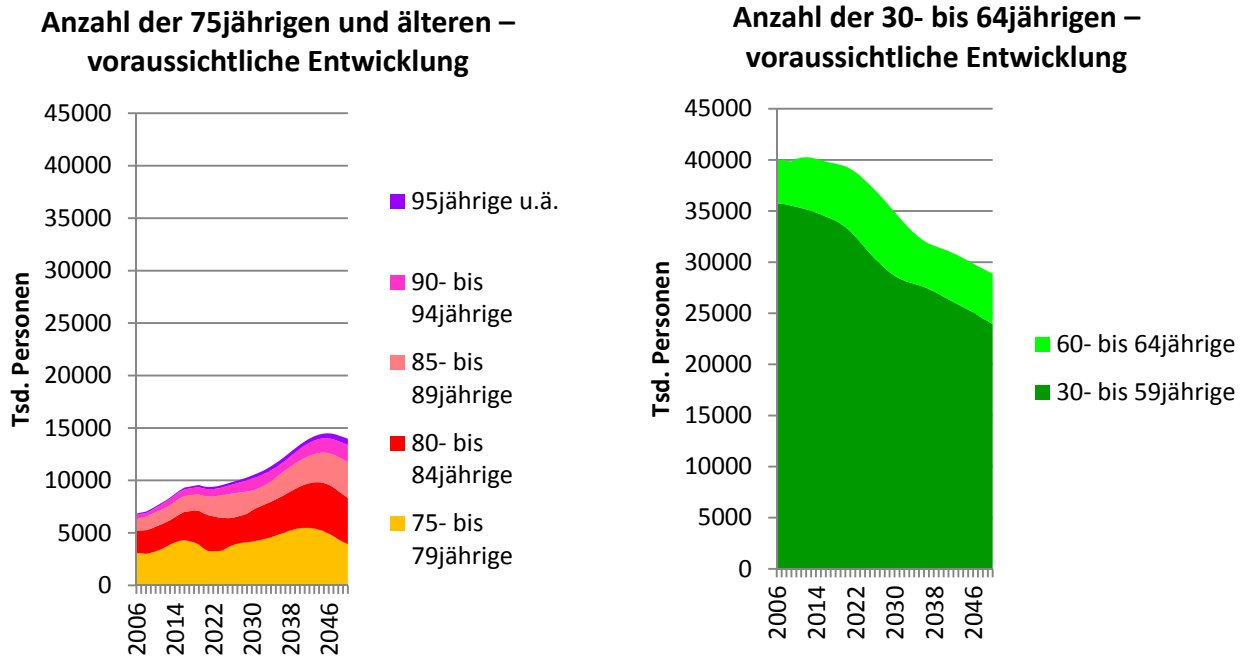


Abbildung 1: Bevölkerungsvorausrechnung bis 2050; Quelle: Statistisches Bundesamt

## Komponente 2: Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen

Um zu schätzen, wie sich die Zahl der Pflegebedürftigen entwickeln könnte, muss klar sein, was „Pflegebedürftigkeit“ eigentlich bedeutet. Das hört sich einfacher an, als es ist, denn wenn es um Pflegebedürftigkeit geht, begegnen wir den gleichen Schwierigkeiten wie bei Armut, Arbeitslosigkeit oder Kriminalität. Es handelt sich immer um Normabweichungen und wir alle meinen zwar zu wissen, was damit gemeint ist, aber wir sollten auch wissen, dass diese Begriffe in einem sozialen, kulturellen, aber auch politischen Sinne Konstruktionen und damit auch veränderbar sind. In der OECD heißt es: „...need for LTC is the enduring dependency on the aid of others“. (OECD 2011, S.162) Zwei Merkmale gelten als konstitutiv: erstens, die Abhängigkeit von der Hilfe durch andere und zweitens, eine deutliche Reduzierung der Fähigkeit, zur Bewältigung alltäglicher Aktivitäten. Im deutschen Pflegeversicherungsgesetz wird Pflegebedürftigkeit in einer ähnlichen Weise definiert: „Pflegebedürftig ist, wer aufgrund einer Krankheit und/oder Behinderung Hilfe bei den regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens benötigt.“ (SGB XI)

Auf der Grundlage dieser Definition und der entsprechenden Ausführungsbestimmungen werden Leistungen gewährt und die Empfänger von Leistungen erscheinen dann in der Statistik als „Pflegebedürftige“. 2009 gab es in Deutschland 2,34 Mio amtlich registrierte „Pflegebedürftige“, d.h. ungefähr 2.6 % der Bevölkerung war pflegebedürftig. Nun ist dieser Begriff von Pflegebedürftigkeit aber in der Diskussion und wird sich wohl sehr bald schon ändern. (Wingenfeld, Büscher, Schaeffer 2007) Damit ändert sich aber auch die Zahl der Pflegebedürftigen. Sie wird gewiss steigen, wenn auch die bisher nicht berücksichtigten dementiell Erkrankten nun sozialrechtlich auch als pflegebedürftig gelten, einen Leistungsanspruch besitzen und dann auch in der Statistik erscheinen.

**Population aged 65 years and over receiving long-term care 2009**

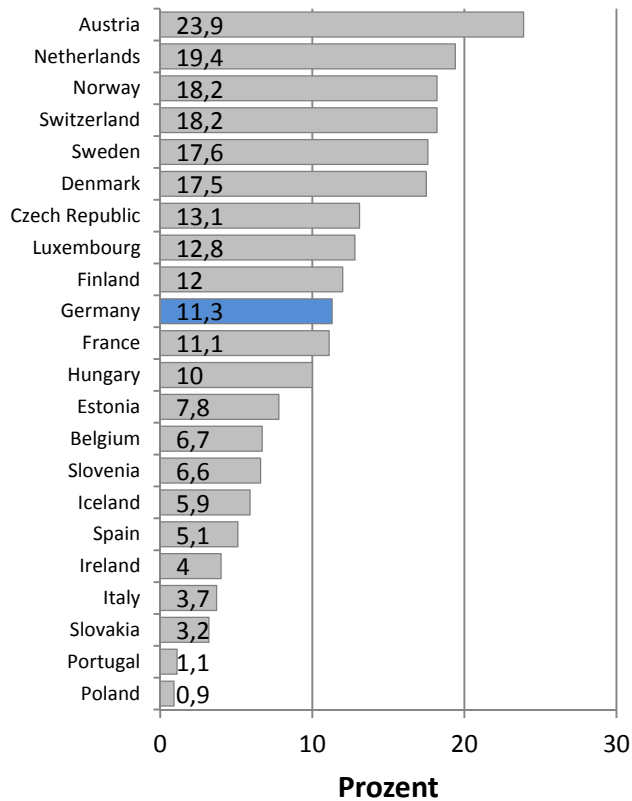


Abbildung 2: Anteil der 65jährigen und älteren, die Pflegeleistungen erhalten in Ländern der EU; Quelle: OECD 2011

Wie wichtig die soziale – vor allem auch sozialrechtliche – Konstruktion von Pflegebedürftigkeit ist, zeigt ein Ergebnis aus unserem TooLS-Projekt:

Die OECD-Statistik zeigt, dass es z.B. in Österreich und in den Niederlanden sehr viel Pflegebedürftige gibt, aber in Polen oder Portugal nur sehr wenige. Leben die Menschen in Portugal oder Polen nun gesünder als die Menschen in Österreich oder in den Niederlanden? Das wissen wir nicht, aufgrund dieser Anteilsszahlen jedenfalls lässt sich diese Frage nicht beantworten. Denn was als amtlich ausgewiesene „Pflegebedürftigkeit“ gilt, hängt ab:

- Von gesellschaftlichen Vorstellungen über die Fähigkeit zu einer autonomen Lebensführung – vor allem aber
- Von sozialrechtlichen Regelungen über die Anspruchsberechtigung für Leistungen

Diese Überlegungen sind für die Entwicklung von Szenarien von großer Bedeutung: Alle Aussagen über die Entwicklung der Anzahl von Pflegebedürftigen erfolgen unter dem Vorbehalt einer *ceteris-paribus-Klausel*. In diesem Fall lautet die Bedingung, dass sich die sozialrechtlich relevante Definition von Pflegebedürftigkeit nicht ändert.

\*\*\*

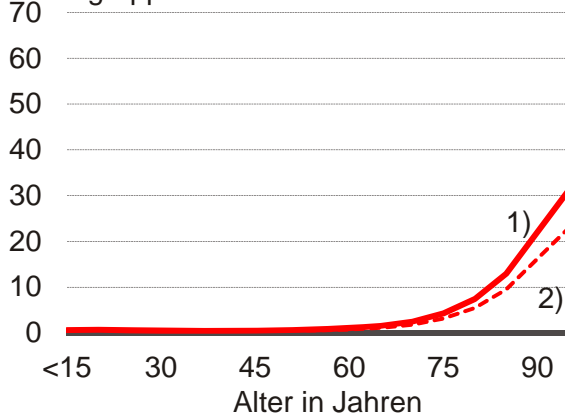
Ceteris paribus hängt der Umfang Pflegebedürftigkeit im Wesentlichen von zwei Faktoren ab:

- Von der Alterszusammensetzung und
- von altersspezifischen Wahrscheinlichkeiten für den Eintritt von Pflegebedürftigkeit.

Wenn wir für einen bestimmten Zeitraum zeigen wollen, wie die Anzahl der Pflegebedürftigen sich verändern könnte, müssen wir also von den Bevölkerungsvorausrechnungen ausgehen – und voraussetzen, dass diese einigermaßen plausibel sind – und die altersspezifischen Prävalenzraten für Pflegebedürftigkeit berücksichtigen.

### Altersspezifische Pflege- wahrscheinlichkeiten

Pflegebedürftige in % der jeweiligen  
Altersgruppe - Männer

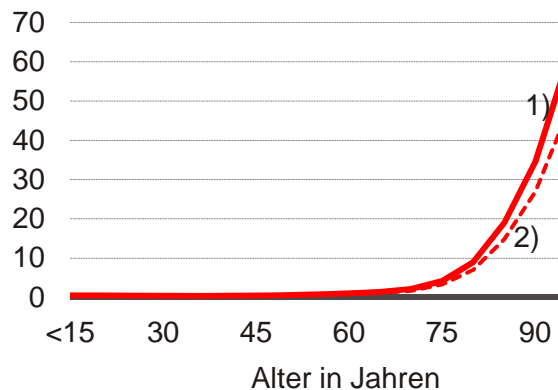


- 1) Konstante Pflegewahrscheinlichkeiten
- 2) Sinkende Pflegewahrscheinlichkeiten in 2050, Variante "Gesünder Leben"

Quellen: Destatis, eigene Berechnungen

### Altersspezifische Pflege- wahrscheinlichkeiten

Pflegebedürftige in % der jeweiligen  
Altersgruppe - Frauen



- 1) Konstante Pflegewahrscheinlichkeiten
- 2) Sinkende Pflegewahrscheinlichkeiten in 2050, Variante "Gesünder Leben"

Quellen: Destatis, eigene Berechnungen

Abbildung 3: altersspezifische Pflegewahrscheinlichkeiten (Blinkert, Gräf 2009)

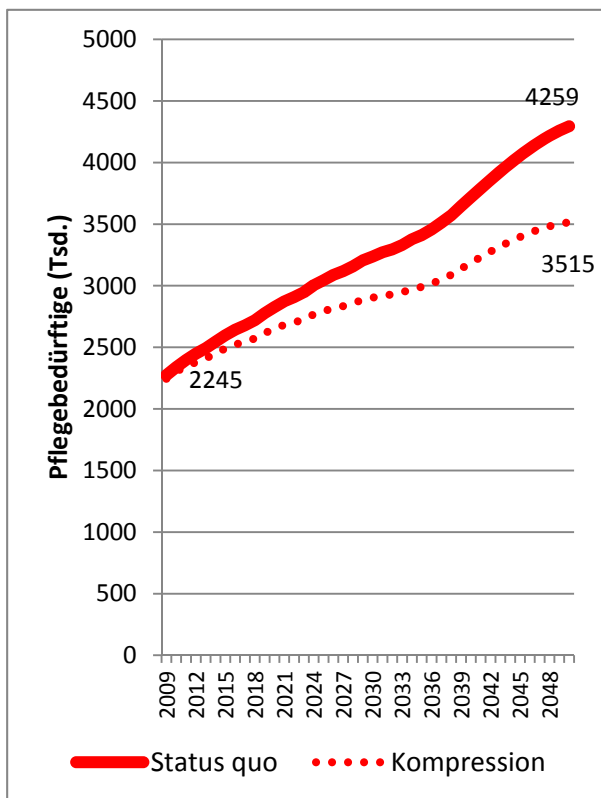


Abbildung 4: Schätzwerte für die Entwicklung der Zahl pflegebedürftiger Menschen bis 2050; Eigenberechnung

Nun ist es aber keineswegs sicher, dass die altersspezifischen Prävalenzraten konstant bleiben. Es gibt zumindest eine begründbare Annahme, die dem widerspricht. In der sogenannten „Kompressionsthese“, geht man davon aus, dass die Menschen nicht nur länger leben werden, sondern dass sie auch gesünder leben. (Hackmann, Moog 2009, Ziegler, Doblhammer 2005) Auf diese Weise würde sich der Eintritt von Pflegebedürftigkeit verschieben und in jeder Altersgruppe können wir deshalb mit sinkenden Prävalenzraten rechnen. Die empirischen Belege dafür sind nicht eindeutig, aber die Argumente für diese Annahme sind so stark, dass sie in Szenarien berücksichtigt werden sollte.

Unter den Bedingungen konstanter Pflegewahrscheinlichkeiten wäre damit zu rechnen, dass sich die Zahl der Pflegebedürftigen bis 2050 auf rund 4,3 Mio erhöht; unter der Bedingung eines Szenario

„gesünder Leben“, also bei verringerten Prävalenzraten würde die Zahl der Pflegebedürftigen auf ca. 3,5 Mio steigen.

Für größere Aggregate wie z.B. für Deutschland insgesamt, lassen sich in einer relativ plausiblen Weise Schätzwerte für die erwartbare Veränderung der Zahl der pflegebedürftigen Menschen ermitteln. Probleme treten jedoch auf, wenn Szenarien für kleinere Aggregate wie z.B. Städte entwickelt werden sollen. Das hat verschiedene Gründe. Einer davon ist, dass es Austauschbeziehungen mit anderen Einheiten gibt, vor allem mit dem Umland. Es gibt so etwas wie einen „Export“ und „Import“ von Pflegebedürftigkeit. Das findet seinen Niederschlag auch in der amtlichen Registrierung von pflegebedürftigen Menschen. Die werden für die Statistik da registriert, wo die Leistung erbracht wird – nicht jedoch da, wo vor Eintritt der Pflegebedürftigkeit ihr Lebensmittelpunkt war. Wir haben einmal für die Stadt Ulm Szenarien entwickelt und versucht, durch einen entsprechenden Korrekturfaktor dieses Problem zu lösen. Auf diese Weise entsteht jedoch ein neues Problem, denn für die Simulation muss angenommen werden, dass dieser Korrekturfaktor konstant bleibt.

### Komponente 3: informelles Pflegepotenzial

Der im Modell berücksichtigte zentrale Parameter für die Einschätzung der Entwicklung von Pflegearrangements ist das "informelle Pflegepotenzial". Dieses informelle Pflegepotential besteht aus den von Angehörigen und nahe stehenden Personen bereitgestellten Hilfenetzwerken pflegebedürftiger Menschen.

## Informelles Pflegepotenzial und Pflegearrangements

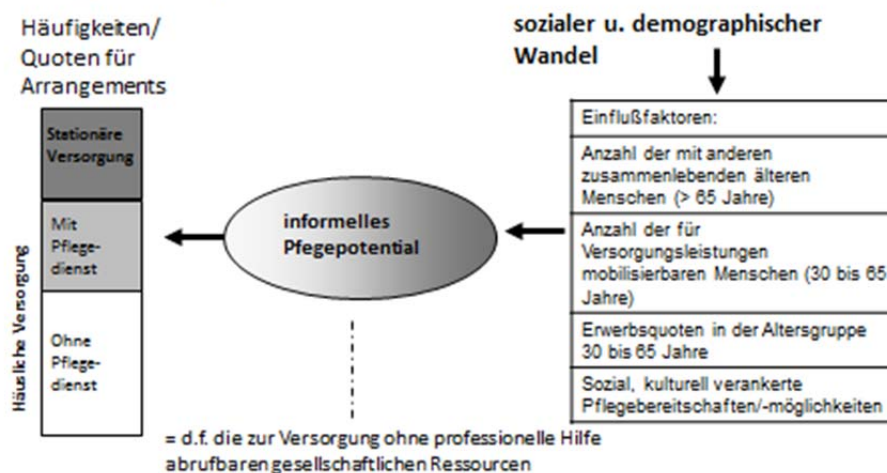


Abbildung 5: Informelles Pflegepotenzial und Pflegearrangements

In einem auf Subsidiarität beruhenden System sozialer Leistungen besitzt das „informelle Pflegepotenzial“ eine zentrale Bedeutung für die Nachfrage nach Pflegearrangements: In dem Modell bezieht sich das Konzept „informelles Pflegepotenzial“ auf die Anzahl der Menschen, die im Prinzip für die Versorgung pflegebedürftiger Menschen auch ohne professionelle Hilfe in Frage kommen, die also bereit sind und auch die Möglichkeit dazu haben, Verantwortung für pflegebedürftige Menschen

in ihrem sozialen Umfeld zu übernehmen. Dieses Pflegepotenzial bringt zum Ausdruck, in welcher Weise soziale Unterstützungsnetzwerke vorhanden sind und wie stabil diese sind. Dabei spielen nahe Angehörige eine ganz zentrale Rolle: Ehegatten bzw. Lebenspartner, vor allem aber auch die Kinder von älteren pflegebedürftigen Menschen. Freunde, Nachbarn und Bekannte können auch eine Rolle spielen, die aber – wie vorliegende Studien zeigen – nur eine geringe Bedeutung besitzt. (Blinkert, Klie 1999)

Dieses durch Ehegatten/Partner und Kinder bereit gestellte informelle Pflegepotenzial hängt von verschiedenen demografischen und sozialen Bedingungen ab, die z.T. in unserem Modell berücksichtigt werden konnten. Dazu wurden verschiedene Szenarien definiert. Nur über zwei dieser Szenarien kann hier berichtet werden.

	<b>Szenario 1:</b> nur demografische Veränderungen	<b>Szenario 2:</b> demografische Veränderungen und Fortsetzung des beobachtbaren sozialen Wandels
Altersgruppen 65 Jahre und älter	deutliche Zunahme	deutliche Zunahme
Altersgruppen 35 bis 65 Jahre	deutliche Abnahme	deutliche Abnahme
altersspezifische Anteile von älteren Menschen, die alleine leben	unverändert	Zunahme
Erwerbsquoten in den Altersgruppen 35 bis 65 Jahre; insbesondere Erwerbsquoten von Frauen	unverändert	deutlicher Anstieg

Abbildung 6: Bedingungen für zwei Szenarien

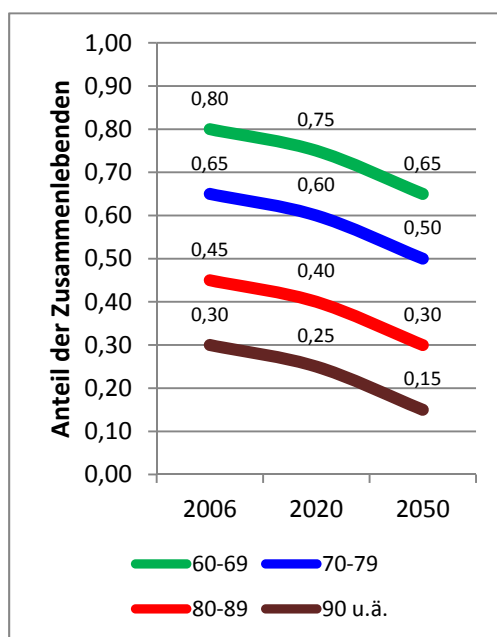


Abbildung 7: Annahmen über die Entwicklung des Anteils der zusammenlebenden älteren Menschen für Szenario 2

Das durch **Ehegatten bzw. Partner** bereitgestellte Pflegepotenzial hängt vor allem davon ab, wie viele der älteren Menschen mit anderen so zusammenleben, dass die Versorgung eines Partners im Fall von Pflegebedürftigkeit übernommen werden kann. Für Szenario 1 wird angenommen, dass sich dieser Anteil nicht verändert und nur mit dem Alter variiert. Für Szenario 2 gehen wir von einer abnehmenden Zahl zusammenlebender älterer Menschen in allen Altersgruppen aus.

Dabei berücksichtigen wir die gegenwärtigen Verhältnissen: die derzeitigen altersspezifischen Anteilen für Zusammenlebende in höheren Altersgruppen. Die Verringerung dieser Anteile lässt sich damit begründen, dass die Differenz in der Lebenserwartung von Männern und Frauen sich in den letzten Jahren kaum verändert hat. 60jährige Frauen haben im Durchschnitt eine um 2,5 Jahre längere Lebenserwartung als Männer. (GENESIS

Datenbank 2011) Deutlich zugenommen hat die Neigung zur Auflösung einer Ehe, und abgenommen hat die Bereitschaft zur Eheschließung. Von diesem Trend gibt es zwar Abweichungen, aber die Richtung der Veränderung ist insgesamt deutlich. (GENESIS Datenbank 2011) Wir nehmen für die Szenarien an, dass sich im Zuge des sozialen Wandels diese Entwicklung nicht umkehrt.

Außerdem hängt das Pflegepotential der Gatten/Partner davon ab, ob Partner überhaupt zu Versorgungsleistungen in der Lage sind. In den Szenarien 1 und 2 werden dazu die gleichen altersspezifischen Quoten berücksichtigt, die auf von uns durchgeführten Studien beruhen. (Blinkert, Klie 1999)

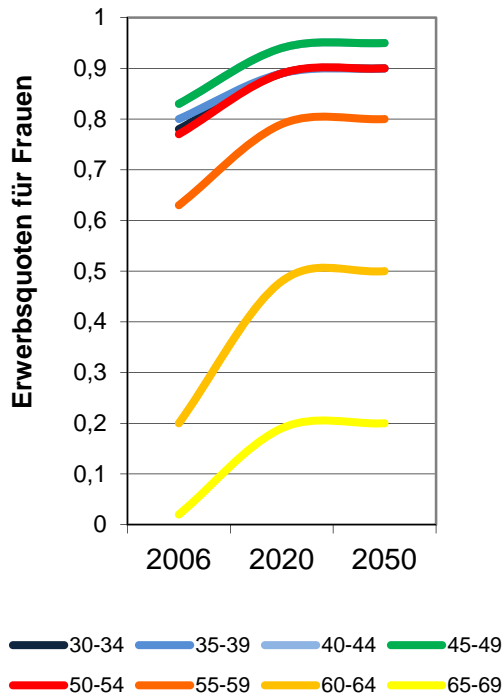


Abbildung 8: Annahmen über die Entwicklung der Erwerbsquoten von Frauen für Szenario 2

Das durch „pflegende Kinder“ geschaffene Pflegepotential hängt vor allem von zwei Bedingungen ab: Zum einen, vom Umfang der Altersgruppe 35 bis 65 Jahre. Das ist die Altersgruppe für die am ehesten potenziell pflegende Kinder zu erwarten sind. Gemäß den Bevölkerungsvorausberechnungen ist davon auszugehen, dass Anzahl und Anteil dieser Altersgruppe deutlich abnehmen werden. Diese Entwicklung wird für beide Szenarien angenommen. Zum anderen aber, hängt das Pflegepotential der Kinder auch davon ab, in welchem Umfang sie erwerbstätig sind. Das ist deshalb so, weil Erwerbstätigkeit nur sehr schwierig mit Pflege vereinbar ist. Für das Szenario 1 wird vorausgesetzt, dass sich die derzeitigen Erwerbsquoten nicht verändern; für Szenario 2 wird eine steigende Erwerbsbeteiligung, vor allem der Frauen angenommen.

Unter diesen Bedingungen lassen sich für die Entwicklung der Pflegepotenziale von Ehegatten/Lebenspartnern und Kindern

Schätzwerte für die beiden Szenarien ermitteln.

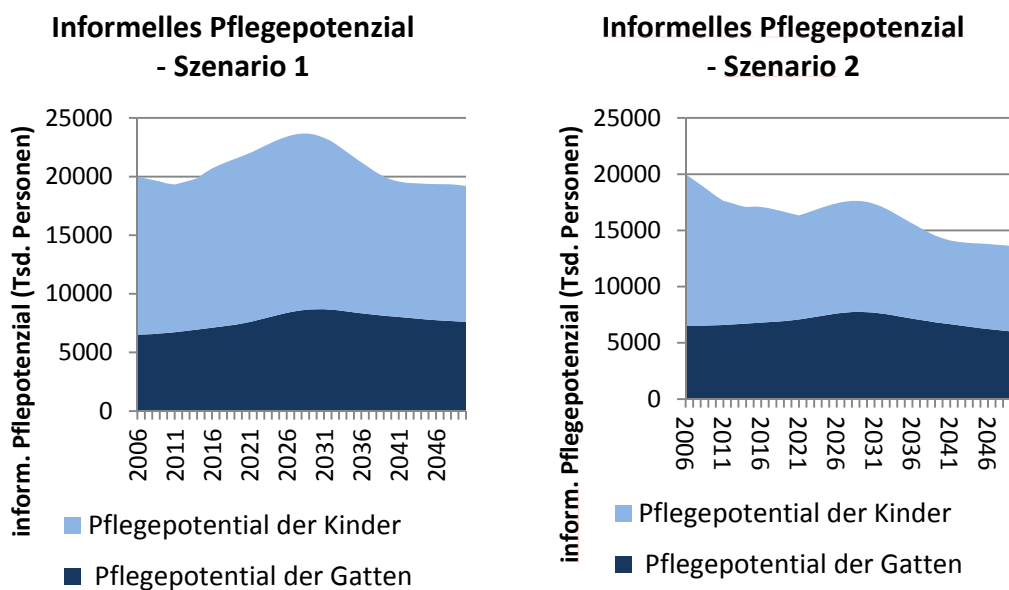


Abbildung 9: Schätzwerte für die Entwicklung des informellen Pflegepotenzials bis 2050 für Szenario 1 und 2; Eigenberechnung

Nach unserer Einschätzung ist das Szenario 2 sehr viel realistischer als Szenario 1. Eine Umkehr des sozialen Wandels halten wir für unwahrscheinlich. Insbesondere ist nicht damit zu rechnen, dass die Frauenerwerbsquote konstant bleibt. Das realistische Szenario 2 lässt eine Abnahme des informellen Pflegepotenzials bis ungefähr 2020 erwarten, dann steigt es wieder etwas an bis ungefähr 2030, um dann stetig weiter zu sinken.

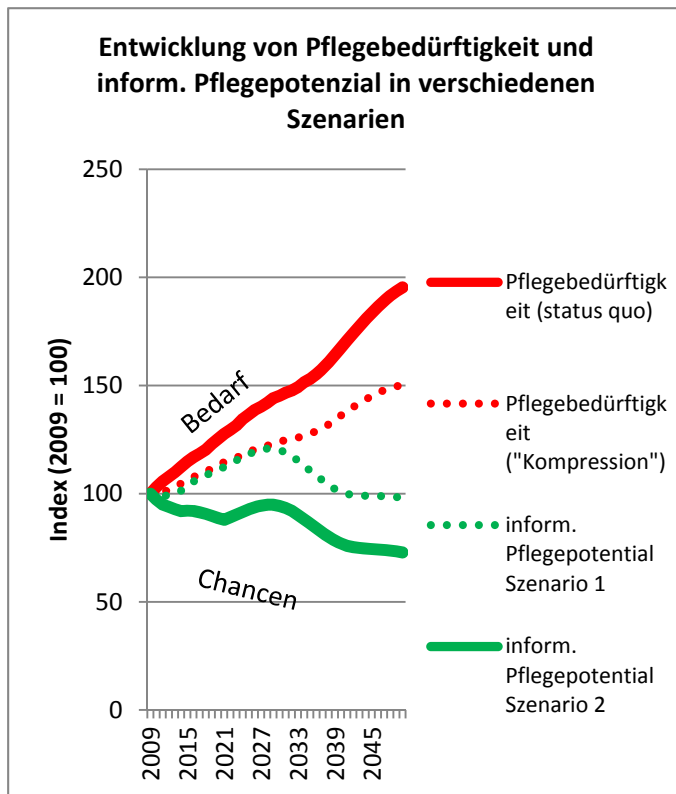


Abbildung 10: „Scherenentwicklung“ von Bedarf und Chancen, Eigenberechnung

Fasst man die bisher betrachteten Entwicklungen zusammen, so ist ein zunehmendes Auseinanderdriften von Versorgungsbedarf und Versorgungschancen zu erwarten.

Für alle Szenarien zeigt sich eine deutliche „Scherenentwicklung“ – selbst unter relativ günstigen Bedingungen entwickeln sich Bedarf und Chancen zunehmend auseinander. Der Bedarf ergibt sich aus der Zahl zu versorgenden Pflegebedürftigen – dieser Bedarf nimmt deutlich zu. Die Chancen bestehen darin, durch ein Unterstützungsnetzwerk häuslich versorgt zu werden – diese Chancen verringern sich deutlich.

Die Frage ist nun, mit welchen Konsequenzen eine solche Entwicklung verbunden ist: kommt es zu einem steigenden Bedarf nach professioneller Pflege? Wird die Nachfrage nach

stationärer Pflege zunehmen? Kommt es zu einer Kostenexplosion? Werden Qualitätsstandards reduziert?

*Exkurs: Unterstützungsnetzwerke – informelles Pflegepotenzial im europäischen Kontext*

Bevor ich auf die Frage eingehe, welche Pflegearrangements sich unter diesen Bedingungen des demografischen und sozialen Wandels entwickeln könnten, möchte ich zeigen, wie die Situation im **europäischen Kontext** aussieht. Dabei geht es um die Frage, auf welche Unterstützungsnetzwerke Menschen in europäischen Ländern und Städten zugreifen können – das ist eine der Fragen, mit denen sich das ToolS-Projekt befasst hat.

Das Eurobarometer 2007 zeigt, dass die Unterschiede zwischen den Ländern erheblich sind: Am wenigsten mit Unterstützung aus dem persönlichen Umfeld kann man u.a. in den Ländern Großbritannien, Dänemark, Niederlande und Finnland rechnen. Am ehesten mit Hilfe rechnen Befragte aus den Ländern Griechenland, Rumänien, Slowenien und Spanien. Deutschland liegt bei dieser Frage im Mittelfeld

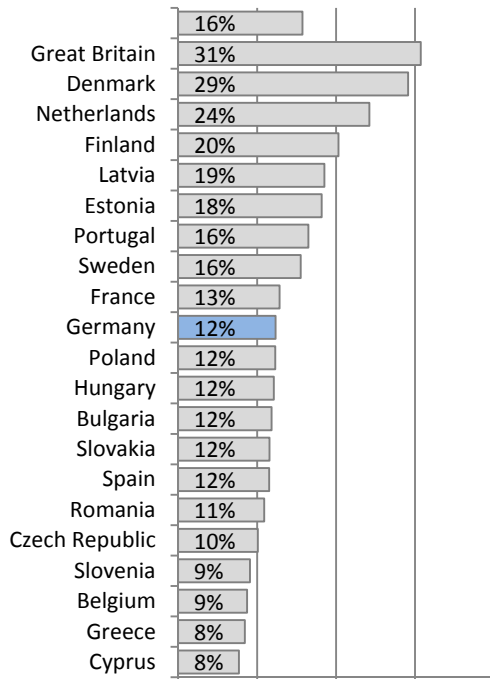


Abbildung 11: Prozent „es gibt keine Hilfe“ bei Pflegebedürftigkeit, Quelle: Eigenberechnung Eurobarometer 2007

Im Survey für das ToolS-Projekt konnten wir Unterstützungsnetzwerke etwas genauer untersuchen. In einem Index fassten wir zwei wichtige Informationen zusammen:

Zum einen die *soziale Nähe* von Personen aus dem Unterstützungsnetzwerk, die z.B. Bei Ehegatten oder Kindern im Durchschnitt deutlich größer ist als bei Freunden und Nachbarn. Und zum anderen wurde die subjektiv eingeschätzte *Verlässlichkeit* der Hilfen berücksichtigt – ob die Hilfe als „sehr wahrscheinlich“ oder „weniger wahrscheinlich“ gilt.

In den 13 ToolS-Orten wurden rund 7.000 Personen im Alter 50 und mehr befragt. Davon hatten 20 % kein Unterstützungsnetzwerk. Und 28 % hatten ein stabiles oder sehr stabiles Netzwerk.

Bemerkenswert sind die Unterschiede zwischen den Städten. In den finnischen Städten Helsinki, Vantaa und Espoo sind die Unterstützungsnetzwerke im Durchschnitt sehr viel weniger stabil als in den niederländischen und deutschen Erhebungsorten. Auch zwischen den deutschen Städten zeigen sich Unterschiede. Am stabilsten sind die Netzwerke in der kleinen Stadt Much, am wenigsten stabil in den großen Städten Berlin und Nürnberg.

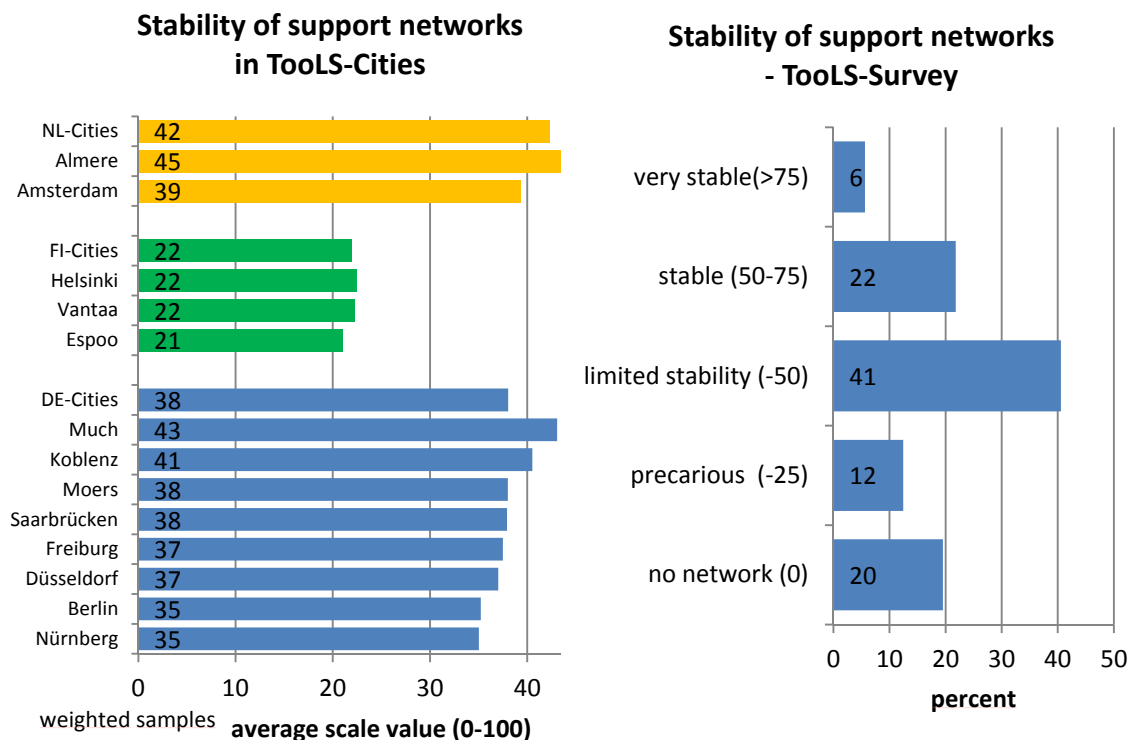


Abbildung 12: Stabilität von Unterstützungsnetzwerken in ToolS-Erhebungsorten

\*\*\*

## Komponente 4: Pflegearrangements

In unseren Modellen geht es im Wesentlichen um drei Typen von Pflegearrangements:

- häusliche Versorgung ohne professionelle Hilfe
- häusliche Versorgung mit professioneller Hilfe
- stationäre Versorgung im Pflegeheim

Das ließe sich natürlich sehr viel differenzierter darstellen. Aber diese drei Typen sind ziemlich grundlegend und es ist deshalb sinnvoll, sie in Szenarien zu berücksichtigen.

Die Anteile dieser drei Typen ergeben sich nicht zufällig, sondern sie lassen sich erklären. Sie sind abhängig, von sozialstaatlichen bzw. wohlfahrtsstaatlichen Regelungen, wie sie z.B. im SGB XI zum Ausdruck kommen. Sie sind aber auch abhängig von sozialen und kulturellen Bedingungen, z.B. von Werteorientierungen oder von Bedingungen der Erwerbstätigkeit. Letztlich findet vieles davon Eingang, in dem, was wir „informelles Pflegepotenzial“ genannt haben: die Anzahl von Menschen, die im Prinzip bereit und in der Lage sind, Verantwortung für die Versorgung pflegebedürftiger Menschen zu übernehmen.

Um zu Schätzwerten für die Entwicklung des Anteils verschiedener Pflegearrangements zu kommen, ist ein Blick in die Vergangenheit sinnvoll. Wir haben gefragt, wie das informelle Pflegepotential bisher für bestimmte Arrangements ausgeschöpft wurde. Dazu haben wir 2 Kennziffern definiert:

- Ausschöpfungsquote für die häusliche Versorgung (AQH) und
- Ausschöpfungsquote für eine häusliche Versorgung ohne professionelle Hilfe (AQI).

Wir haben dann beobachtet, ob und wie sich diese Quoten in der Zeit von 1999 bis 2005 verändert haben. Es zeigte sich, dass beide Quoten bemerkenswert konstant geblieben sind. Die Ausschöpfung des Pflegepotenzials für die häusliche Versorgung (AQH) schwankte nur wenig um den Wert von 0,075; d.h. auf 1000 Personen des Pflegepotenzials entfallen 75 häuslich versorgte Pflegebedürftige. Die Ausschöpfung des Pflegepotenzials für eine häusliche Versorgung ohne Pflegedienst war ähnlich konstant und lag bei 0,052. Wir haben für unsere Szenarien 1 und 2 angenommen, dass diese Quoten auch weiterhin konstant bleiben. Für Neuberechnungen müsste und könnte das natürlich überprüft werden.

Die Frage ist nun wichtig, wie sinnvoll eine solche Annahme ist. Dazu müssen wir darüber nachdenken, wovon denn die Ausschöpfung des Pflegepotenzials – also die Werte der Quoten AQH und AQI abhängig sein könnten. Die Antwort auf diese Frage ist einerseits einfach – andererseits aber in höchstem Maße komplex.

Einfach ist die Antwort, weil man sagen könnte, dass in den beiden Quoten alles drin steckt, was in dem Modell nicht explizit berücksichtigt werden konnte, aber gleichwohl bedeutsam ist – in die beiden Quoten gehen also die „ceteris-paribus-Bedingungen“ ein – der gesamte kulturelle, soziale und auch politische Kontext, der für das Thema Pflegebedürftigkeit relevant ist, aber nicht berücksichtigt werden konnte. Das sind u.a. die Leistungsgesetze, damit verbunden vorhandene oder fehlende Infrastrukturen. Das sind die Möglichkeiten oder Hindernisse für eine Vereinbarkeit von Beruf und Pflegen, damit verbunden arbeitspolitische Regelungen sowie die kulturelle und soziale Bedeutung von Erwerbsarbeit und die mit Erwerbstätigkeit verbundenen Flexibilitäts- und Mobilitätsanforderungen. Zu diesen ceteris-paribus-Bedingungen gehören aber auch kulturelle Tatbestände, wie Werteorientierungen, grundlegende Achsen unserer Kultur, z.B. ob diese eher hedonistisch oder eher altruistisch ausgeprägt sind; was wiederum auf die Verteilung von sozialen

Milieus in der Sozialstruktur verweist. Alles das wird als konstant angenommen, wenn wir die Ausschöpfungsquoten unverändert lassen. Das muss man wissen, wenn man die Ergebnisse zu den Szenarien richtig einschätzen will. Eine Veränderung der Leistungsgesetze kann zu gänzlich anderen Ergebnissen führen; ebenso wie z.B. die Einführung eines bedingungslosen Grundeinkommens. In einem weiteren Szenario haben wir versucht, solche Änderungen abzubilden – mit deutlichen Auswirkungen auf die Ausschöpfungsquoten – aber das ist natürlich alles hochspekulativ.

## Was könnte die Ausschöpfungsquoten beeinflussen?

Nicht explizit berücksichtigte Bedingungen mit Einfluss auf die Bereitschaft und Möglichkeit zur häuslichen Versorgung ? (was unter „ceteris paribus“ fällt)

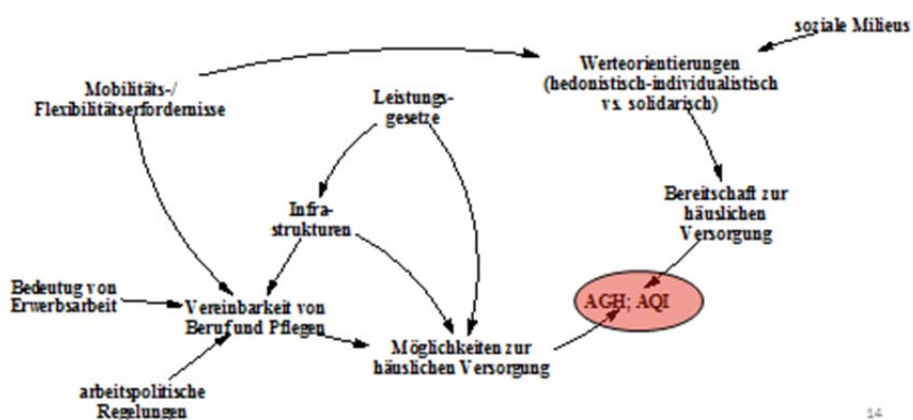


Abbildung 13: Hypothesen über Einflüsse auf die Ausschöpfungsquoten

Unter den Annahmen für die Szenarien 1 und 2 würde sich die Verteilung von Pflegearrangements in der folgenden Weise ändern: In beiden Szenarien würde die Zahl der stationär Versorgten deutlich zunehmen – In Szenario 2 sogar um einen Faktor 4 bis 5. Entsprechend abnehmen würde in Szenario 2 die Zahl der häuslich Versorgten. In Szenario 1, in dem keine sozialen Veränderungen berücksichtigt sind, würde deren Zahl annähernd konstant bleiben.

Mit einem deutlichen Anstieg der Heimquote wäre auf jeden Fall zu rechnen – auch wenn wir von der Annahme der Kompressionsthese ausgehen. Unter günstigen Bedingungen („gesünder leben“ + nur demografischer Wandel) würde die Heimquote auf 60 % steigen. Unter ungünstigen Bedingungen (status quo für Prävalenzraten + demografischer und sozialer Wandel) wäre sogar mit einem Anstieg auf 78 % zu rechnen.

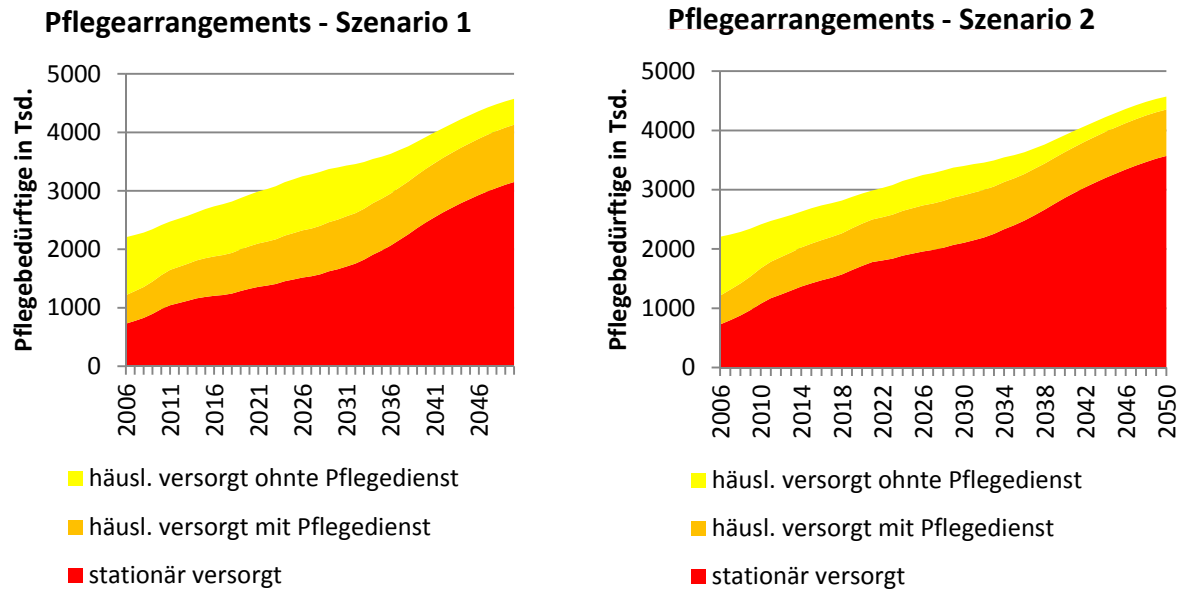


Abbildung 14: Schätzwerte für die Entwicklung von Pflegearrangements in zwei Szenarien; Eigenberechnung

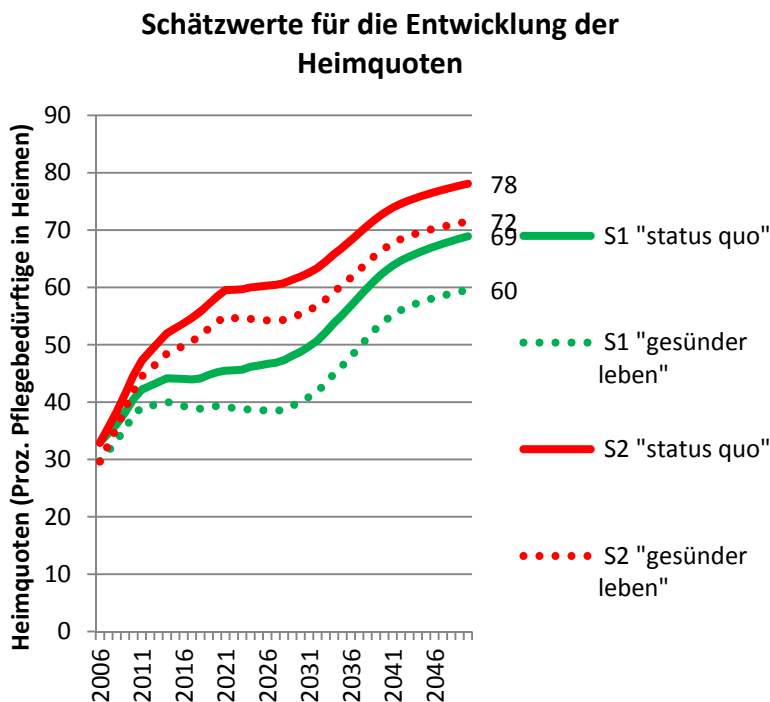


Abbildung 15: Schätzwerte für die Entwicklung der Heimquoten in verschiedenen Szenarien, Eigenberechnung

Eine Frage, die vor allem Finanzpolitiker beschäftigen wird, bezieht sich auf die Kostenentwicklung unter diesen Bedingungen. Auch die Kostenentwicklung kann durch das allgemeine Modell geschätzt werden. Dazu hat Bernhard Gräf vom Deutschen Bank Research-Institut Berechnungen angestellt

und entsprechende Modellgleichungen entwickelt (Blinkert, Gräf 2009). Das kann ich hier im Einzelnen nicht darstellen - hier nur Stichworte zu möglichen Entwicklungen:

Die Ausgaben für die GPV könnten bis 2050 von 17 Mrd auf 67 Mrd steigen – unter den Bedingungen der Kompressionsthese, oder sogar auf 82 Mrd, wenn die Prävalenzraten sich nicht ändern. Der Beitragssatz könnte dann von knapp 2 % auf über 4 % steigen – wenn nicht inzwischen eine ganz andere Form der Finanzierung gefunden wird.

#### *Exkurs: Pflegearrangements und „Pflegekulturen“ im europäischen Kontext*

Sind das alles nun unrealistische Annahmen über mögliche Entwicklungen? Um diese Frage zu beantworten, ist ein Blick auf den europäischen Kontext sinnvoll, wie er durch das ToolS-Projekt möglich ist. Es geht dabei um „Pflegebereitschaften“ in europäischen Ländern und Städten, wie wir sie im ToolS-Projekt ermitteln konnten. Gefragt wurde in den Surveys, was für eine Versorgung für Eltern am besten wäre, wenn diese plötzlich pflegebedürftig werden. Dabei zeigen sich zwei wichtige Ergebnisse: Erstens, in Europa lassen sich drei „Pflegekulturen“ beobachten und zweitens, die Ausprägung dieser „Pflegekulturen“ hängt ganz entscheidend von den kulturellen und sozialstaatlichen Verhältnissen ab. (vgl. Haberkern 2009, Skuban 2004)

Es gibt Länder, in denen eine *professionelle Versorgung* sehr große Bedeutung besitzt – das gilt z.B. für Schweden, Dänemark, Belgien, Niederlande, Frankreich und Finnland. Und es gibt Länder, in denen das nicht der Fall ist – z.B. Griechenland, Polen, Bulgarien oder Rumänien. Deutschland liegt bei der Präferenz für eine stationäre Versorgung im unteren Bereich und wenn es um die Hilfe durch Pflegedienste geht, eher in der Mitte.

Dieses Bild wird bestätigt, wenn gefragt wird, welche Bedeutung eine *häusliche Pflege ohne professionelle Hilfen* besitzt: Da liegen Länder wie Polen, Griechenland, Rumänien und Bulgarien an der Spitze und u.a. Schweden, Niederlande, Finnland und Frankreich zeigen die geringste Präferenz für dieses Pflegearrangement. Interessant ist auch, wie die im ToolS-Projekt berücksichtigten Städte sich unterscheiden: In allen deutschen Städten ist die Präferenz für eine häusliche Versorgung ohne Pflegedienst sehr viel stärker ausgeprägt als in den finnischen und niederländischen Städten.

Die drei Grundformen der Versorgung lassen sich im Prinzip auf zwei Achsen darstellen: Die eine Achse beschreibt, welche Bedeutung eine Versorgung ohne professionelle Hilfe – also ohne Pflegedienste u.ä. – besitzt. Die andere Achse zeigt, wie wichtig eine Versorgung durch professionelle Hilfen eingeschätzt wird – also eine Versorgung durch Pflegedienste und/oder in einem Heim.

Auf diese Weise lassen sich drei Pflegekulturen für Europa unterscheiden:

Typ A: Die Versorgung Pflegebedürftiger erfolgt überwiegend durch Angehörige, also über die Familie und wird nur sehr wenig durch professionelle Hilfe unterstützt. Zu diesem Typ gehören Länder wie Polen, Griechenland, Bulgarien, Rumänien und Ungarn.

Typ C: An der Versorgung Pflegebedürftiger sind Angehörige nur wenig beteiligt. Versorgt werden Pflegebedürftige überwiegend in einer professionellen Weise durch Pflegedienste oder im Heim. Diesem Typ entsprechen u.a. Länder wie Schweden, Dänemark, die Niederlande und Finnland. Auch in den am ToolS-Projekt teilnehmenden finnischen und niederländischen Städte dominiert dieser Typ der Pflegekultur (Helsinki, Vantaa und Espoo; Amsterdam und Almere)

Typ B ist ein Mischtyp. Für die Versorgung gelten Angehörige und professionelle Hilfen als gleichermaßen wichtig. Zu diesem Typ gehören u.a. Großbritannien und Deutschland, sowie die deutschen ToolS-Erhebungsorte.

## „Pflegekulturen“ in europäischen Ländern und Städten (ToolS)

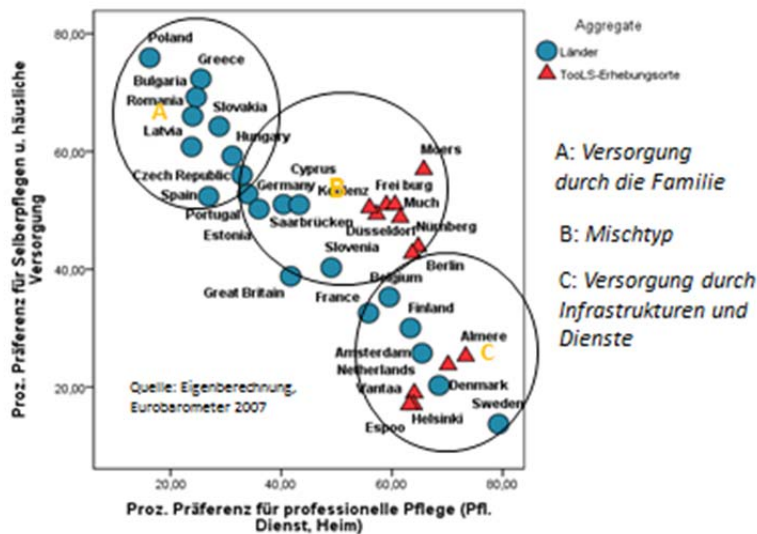


Abbildung 16: Pflegekulturen in europäischen Ländern und Städten; Quelle Eigenberechnung auf der Basis des Eurobarometer 2007 und des ToolS-Survey

Eine wichtige und interessante Frage ist nun, wie sich die Dominanz eines bestimmten Typs von „Pflegekultur“ in den EU-Ländern erklären lässt. Darauf gibt es wohl zwei Antworten: Zum einen hängt das vom Grad der gesellschaftlichen und kulturellen Modernisierung ab – und zum anderen davon, welche Leistungen und Möglichkeiten durch wohlfahrtsstaatliche bzw. sozialstaatliche Regelungen angeboten werden oder fehlen – dazu zwei Ergebnisse:

Ein Indikator für *gesellschaftliche Modernisierung* ist die Situation von Frauen. Eine Kennziffer dafür ist das im Human Development Report entwickelte „Gender Empowerment Measure“. Es zeigt sich ein sehr deutlicher Zusammenhang zwischen dieser Kennziffer und der Präferenz für eine professionelle Versorgung. Warum ist das so? Weil mit steigender Modernisierung auch die Opportunitätskosten für Pflegen ohne professionelle Hilfe steigen und zwar besonders bei Frauen.

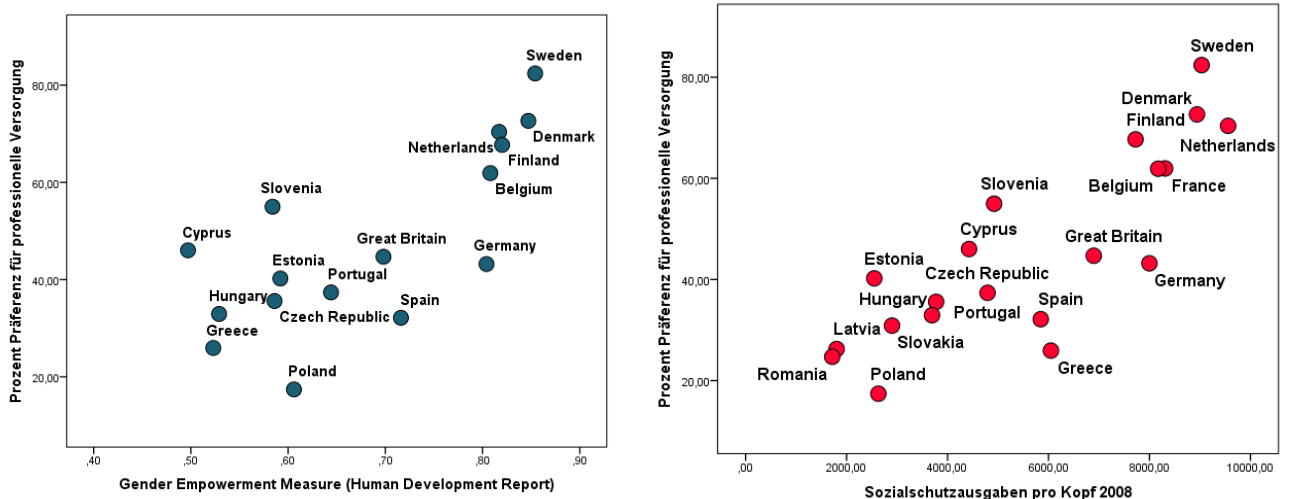


Abbildung 17: Pflegekulturen in Ländern der EU und gesellschaftlicher, kultureller Kontext; Eigenberechnung im Rahmen des ToolS-Projektes auf der Basis des Eurobarometer 2007, des Human Development Report und Euostat

Ein weiterer deutlicher Zusammenhang zeigt sich für die Beziehung zwischen der Präferenz für eine professionelle Pflege und den Sozialschutzausgaben. Je höher die Sozialschutzausgaben sind, desto seltener

wird eine Versorgung ohne professionelle Unterstützung gewählt und desto häufiger eine Versorgung mit professioneller Unterstützung. Auch hier wieder die Frage: Warum ist das so? Die Antwort ist einfach: Weil mit steigender Sozialstaatlichkeit auch mehr Möglichkeiten für eine Versorgung durch Infrastrukturen und Dienste angeboten werden.

Vielleicht gelingt uns ein weiterer „Blick in die Zukunft“, wenn wir diese TooLS-Ergebnisse mit einem anderen verbinden. Dabei geht es um das zweite Thema im TooLS-Projekt: Was bedeutet „aktives Altern“ und welche Trends lassen sich in europäischen Ländern und Städten beobachten. (Walker 2002)

„Aktives Altern“ wird im TooLS-Survey für die Generation 50+ durch 5 Indikatoren gemessen: Ob jemand erwerbstätig ist, an einer Weiterbildung teilnimmt; ob jemand zivilgesellschaftlich engagiert ist, ob er über soziale Kontakte verfügt und über eine aktive Orientierung. Diese 5 Indikatoren wurden zu einem Index zusammengefasst und für Länder und Städte lassen sich Durchschnittswerte berechnen. Es zeigt sich nun, dass die Länder-Mittelwerte sehr deutlich mit Pflegepräferenzen korrelieren.

In Ländern, in denen für die Generation 50+ ein deutlich aktiver Lebensentwurf charakteristisch ist, besteht auch eine sehr geringe Präferenz für eine Versorgung ohne professionelle Hilfe. Das gilt für Länder wie z.B. Schweden, Dänemark und Niederlande.

In Ländern, in denen für die Generation 50+ ein eher passiver Lebensentwurf dominiert, ist die Präferenz für Pflege ohne professionelle Hilfe sehr stark ausgeprägt. Das trifft zu für Länder wie Polen, Griechenland, Ungarn, Portugal oder Rumänien.

Der Trend zu einem „aktiven Leben“ auch im höheren Alter wird sicher zunehmen, ist gesellschaftspolitisch erwünscht und wird gefördert. Ein „aktives Leben“ andererseits ist möglicherweise weniger gut vereinbar mit Pflegeverpflichtungen, bei denen auf professionelle Hilfen verzichtet wird.

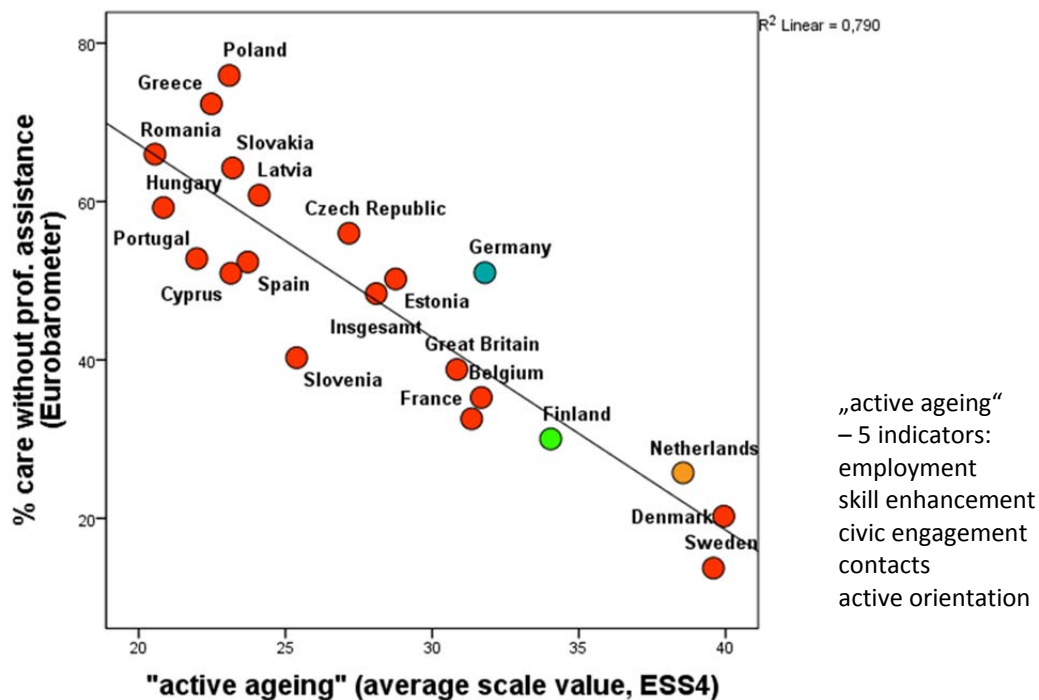


Abbildung 18: „Aktives Altern“ und Pflegebereitschaften; Eigenberechnung im Rahmen des TooLS-Projektes auf der Basis des Eurobarometer 2007 und des European Social Survey (ESS4)

\*\*\*

### Kommentare und Folgerungen

Der demografische, soziale und kulturelle Wandel wird gravierende Folgen für die Versorgungssituation pflegebedürftiger Menschen haben. Um zu zeigen, mit welchen Veränderungen gerechnet werden muss, wurde ein Simulationsmodell entwickelt, mit dem sich verschiedene

Szenarien der Entwicklung mit ihren Konsequenzen darstellen lassen. In dem dafür entwickelten allgemeinen Modell werden nicht nur erwartbare demografische Veränderungen berücksichtigt, sondern auch der Wandel gesellschaftlicher Bedingungen (steigender Anteil von Alleinlebenden, steigende Erwerbsquoten). Die Modellsimulationen zeigen, wie sich auch unter „günstigen“ Bedingungen die Schere zwischen der Zahl der zu versorgenden Pflegebedürftigen und dem „informellen Pflegepotential“ zunehmend weiter öffnet. Diese Entwicklung ist mit Konsequenzen für die Nachfrage nach Pflegearrangements verbunden. Der Typ der stationären Versorgung wird erheblich an Bedeutung gewinnen. Der Anteil der häuslich versorgten Pflegebedürftigen wird drastisch abnehmen. Dabei zeichnet sich eine Überforderung der sozialen Sicherungssysteme ab, und zu befürchten ist eine rapide Verschlechterung der Qualität der Pflege.

Die vorgestellten Ergebnisse sind nicht als Prognosen zu verstehen. Sie zeigen lediglich, in welche Richtung bestimmte Entwicklungen gehen könnten, wenn die für die Szenarien angenommenen Bedingungen eintreten. Die Szenarien wurden mit Ausgangsdaten für 2007 erstellt. In der Zwischenzeit hat sich jedoch einiges verändert. Das betrifft möglicherweise einige der auf empirischen Erhebungen beruhenden Parameter wie die Ausschöpfungsquoten. Die Dimensionen möglicher Entwicklungen werden aber wohl noch immer zutreffend durch die Szenarien aufgezeigt. Um eine ausreichende Qualität der Versorgung zu sichern, sind auf jeden Fall erhebliche Anstrengungen erforderlich.

Ein wichtiges und im Grunde auch notwendiges Maßnahmenbündel könnte sein:

- Beitragssatzerhöhungen oder als Alternative: Finanzierung über Steuern
- Schaffung von flexiblen Übergangsformen von häuslicher zu stationärer Pflege
- Wandel der Pflegeheime: kleine, wohnquartiersnahe Einrichtungen statt überdimensionierte Versorgungsanstalten
- Erleichterung von und Anregung zu einem „Pflege-Mix“: verstärkte Unterstützung pflegender Angehöriger durch professionelle Hilfen und zivilgesellschaftlich Engagierte
- Bessere Vereinbarkeit von Beruf und Pflege: flexible Arbeitszeiten; Regelung analog zur „Elternzeit“; Ausbau der Tages-/Kurzzeitpflege
- Einrichtung von umfangreichen Beratungsangeboten
- Deckung des zunehmenden Bedarfs an Pflegekräften durch gestufte Ausbildungen und eine bessere Bezahlung
- Aufnahme eines „Pflegebudgets“ in den Leistungskatalog der Pflegeversicherung: Pflegegeld in Höhe der Sachleistungen zur freien Verfügung
- Förderung des zivilgesellschaftlichen Engagements in der Pflege

Das alles ist nicht neu und originell. Es handelt sich um Vorschläge und Forderungen, die schon seit Jahrzehnten erhoben werden (vgl. u.a. Blinkert, Gräf 2009, Blinkert, Klie 2004, Klie 2005). Wirklich geändert hat sich bislang aber nicht sehr viel.

## Literatur und Quellen

Blinkert, B.: Die Räume der Solidarität In: Begegnungen und Auseinandersetzungen, in: Inhetveen, K., Klute, G. (Hg.): Festschrift für Trutz von Trotha, S.419-436, Göttingen, 2009.

Blinkert, B., Gräf, B.: Deutsche Pflegeversicherung vor massiven Herausforderungen, in: Demografie Special, Hg. Deutsche Bank Research, Frankfurt, 2009.

Blinkert, B., Klie, T.: Die Zeiten der Pflege, in: Zeitschr. für Gerontologie und Geriatrie, Bd. 39, 2007, S. 202-210 , 2007.

Blinkert, B., Klie, T.: Der Einfluss von Bedarf und Chancen auf Pflegezeiten in häuslichen Arrangements, in: Zeitschr. für Gerontologie und Geriatrie, Bd. 29, S. 423-428, 2006.

Blinkert, B., Klie, T.: Solidarität in Gefahr? Pflegebereitschaft und Pflegebedarfsentwicklung im demographischen und sozialen Wandel, Hannover, 2004.

Blinkert, B., Klie, T.: Pflegekulturelle Orientierungen und soziale Milieus. Ergebnisse einer Untersuchung über die sozialstrukturelle Verankerung von Solidarität, in: Sozialer Fortschritt Jg. 49, S. 237-245 , 2000.

Blinkert, B., Klie, T.: Pflege im sozialen Wandel. Studie zur Situation häuslich versorgter Pflegebedürftiger, Hannover, 1999.

Deutscher Städtetag (Hg): Demografischer Wandel. Herausforderungen, Chancen und Handlungsmöglichkeiten der Städte, hekt. Man., Köln/Berlin, 2006.

Haberkern, K.: Pflege in Europa. Familie und Wohlfahrtsstaat, Wiesbaden, 2009.

Hackmann, Tobias, Moog, Stefan: Die Auswirkungen der steigenden Lebenserwartung auf die Prävalenz der Pflegebedürftigkeit in Deutschland; ZVersWiss 2009, 73–89,

Human Development Report 2009

Klie, Thomas et al. (Hg.): Die Zukunft der gesundheitlichen, sozialen und pflegerischen Versorgung älterer Menschen, Frankfurt 2005

OECD-Bericht 2011

Skuban, R.: Pflegesicherung in Europa. Sozialpolitik im Binnenmarkt, Wiesbaden, 2004.

Sozialgesetzbuch SGB XI, Pflegeversicherungsgesetz

Statistische Ämter des Bundes und der Länder: GENESIS-Tabellen zur Bevölkerungsentwicklung und Pflegebedürftigkeit, 2009

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

Trutzel, K.: Kooperative Entwicklung der kommunalen Informationsinfrastruktur – Das EU-Projekt TooLS, in: Zeitschrift Stadtforschung und Statistik 1/2011, S. 55-59

Walker, A.: A strategy for active ageing, in: International Social Security Review, Vol. 55, 1, S. 121-139, 2002.

K. Wingenfeld, K., Büscher, A., Schaeffer, D. et al.: Recherche und Analyse von Pflegebedürftigkeitsbegriffen und Einschätzungsinstrumenten – Überarbeitete, korrigierte Fassung – Bielefeld, 23. März 2007

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

Korrespondenzadresse:

Prof. em. Dr. Baldo Blinkert

Freiburger Institut für angewandte Sozialwissenschaft (FIFAS)

Erasmusstr. 16

79085 Freiburg

Email: [baldo.blinkert@soziologie.uni-freiburg.de](mailto:baldo.blinkert@soziologie.uni-freiburg.de)

Internet: <http://www.soziologie.uni-freiburg.de/personen/blinkert>