

WISO

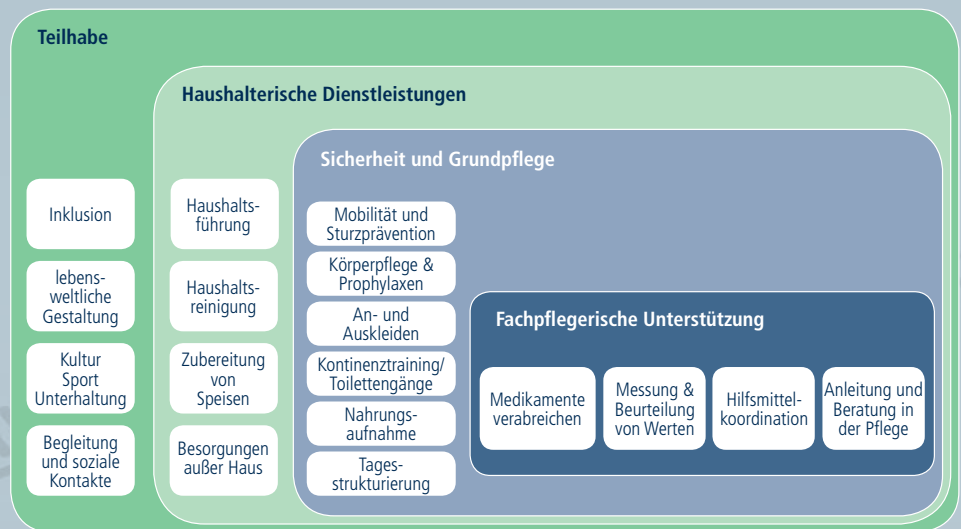
Diskurs

Expertisen und Dokumentationen
zur Wirtschafts- und Sozialpolitik



Mehr als Minutenpflege

Was brauchen ältere Menschen, um ein selbstbestimmtes Leben in ihrer eigenen Häuslichkeit zu führen?



Gesprächskreis
Sozialpolitik





Expertise im Auftrag der Abteilung Wirtschafts-
und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung

Mehr als Minutenpflege

Was brauchen ältere Menschen, um
ein selbstbestimmtes Leben in ihrer
eigenen Häuslichkeit zu führen?

Michael Isfort

Frank Weidner

Andrea von der Malsburg

Markus Lungen

Inhaltsverzeichnis

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	4
Einleitung und Kernaussagen	5
1. Hintergrund zum Projekt	7
2. Professionelle und informelle Dienstleisterinnen und Dienstleister in der Pflege	8
2.1 Beschäftigung in der professionellen Pflege	8
2.2 Pflege durch Familienangehörige	10
2.3 Häusliche Vollzeitpflege durch Haushaltshilfen aus dem Ausland	11
3. Entwicklung und Prognostik zu ausgewählten Aspekten	15
3.1 Entwicklung und Prognostik der Demografie	15
3.2 Entwicklung und Prognostik der Pflegebedürftigkeit	16
3.3 Entwicklung und Prognostik der Haushalte	18
3.4 Entwicklung und Prognostik des professionellen Fachkräftebedarfs in der Pflege	20
4. Bedarfe von Haushalten mit alten Menschen	22
4.1 Differenzierungen von haushaltsnahen Dienstleistungen	22
4.2 Einflussfaktoren auf haushaltsnahe Dienstleistungen	24
4.3 Nutzerprofile häuslicher Vollzeitpflege durch Haushaltshilfen aus dem Ausland	25
4.4 Quantitative Abschätzung des Bedarfs an haushaltsnahen Dienstleistungen	27
5. Leistungsbereiche und -ausgaben der Pflege	31
5.1 Komplexität der Leistungen in der Pflege	31
5.2 Leistungsausgaben der Pflegeversicherung	33
5.3 Leistungsausgaben für Haushaltshilfen aus dem Ausland	34
5.4 Leistungsbereiche der ambulanten Pflege	35
5.5 Leistungsbereiche der stationären Altenpflege, Tages- und Kurzzeitpflege	36
5.6 Quantitative Abschätzung des Bedarfs an Pflegeleistungen	36

Diese Expertise wird von der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung veröffentlicht. Die Ausführungen und Schlussfolgerungen sind von der Autorin und den Autoren in eigener Verantwortung vorgenommen worden.

6. Teilhabe am gesellschaftlichen Leben	39
6.1 Mehrgenerationenhäuser, Wohngemeinschaften und institutionelle Öffnung	39
6.2 Bürgerschaftliches Engagement	40
6.3 Quantitative Abschätzung des Bedarfs an Teilhabe	40
7. Zugang zu Information und Transparenz	44
7.1 Pflegeberatung, Pflegestützpunkte	44
7.2 Präventive Hausbesuche bei Seniorinnen und Senioren	45
7.3 Quantitative Abschätzung des Bedarfs an Transparenz und Information	45
8. Handlungsbedarfe	47
Literaturhinweise	51
Die Autorin und die Autoren	59

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1:	Beschäftigte nach Berufsabschluss in ambulanten Pflegediensten und stationären Altenhilfeeinrichtungen	9
Abbildung 2:	Pflegestatistik 2009	16
Abbildung 3:	Entwicklung der Zahl ambulant versorgter Pflegebedürftiger 1999 bis 2009, regionalisiert	17
Abbildung 4:	Anteil Einpersonenhaushalte 2025	19
Abbildung 5:	Bereiche der haushalts- und personennahen Dienstleistungen	23
Abbildung 6:	Beeinflussende Faktoren auf die Angebote und Nachfrage von Pflege- und Hilfebedarf im Alter	24
Abbildung 7:	Charakteristika von Personen, die Haushaltshilfen aus dem Ausland beschäftigen	26
Abbildung 8:	Pflegeversorgungssystem und beeinflussende Determinanten	32
Tabelle 1:	Quelle der Hilfe bei Pflegebedürftigkeit (nur Haushalte mit mindestens einer pflegebedürftigen Person); Angaben für das Jahr 2010	29
Tabelle 2:	Leistungen der Pflegeversicherung	33
Tabelle 3:	Altershaushalte mit pflegebedürftigen Personen nach Haushaltsgröße; Daten Jahr 2010	42
Tabelle 4:	Haushalte mit pflegebedürftiger Person und Altersverteilung	42

Einleitung und Kernaussagen

Welche Dienstleistungen brauchen ältere Menschen, damit sie in ihrer Häuslichkeit selbstbestimmt leben und am gesellschaftlichen Leben teilhaben können? Diese Frage wird zunächst mit einem steigenden Bedarf an Betreuungsdienstleistungen oder Pflege durch ältere Menschen beantwortet. Laut Statistischem Bundesamt wird sich bis zum Jahr 2030 die Zahl der Pflegebedürftigen um 50 Prozent von 2,3 Millionen auf 3,4 Millionen Personen erhöhen. Darin nicht berücksichtigt sind die älteren Menschen, die Unterstützungs- oder Assistenzleistungen benötigen.

Prekär wird die häusliche Situation dann, wenn im Privathaushalt eine pflegerische Versorgung zu organisieren ist. Hier zeigt sich, dass in Deutschland das favorisierte „Standardmodell“ der Versorgung in Privathaushalten – ambulante Dienste in Verbindung mit pflegenden Angehörigen – für viele Altershaushalte an der Realität vorbeigeht. Die tragende Säule des Pflegesystems, die Unterstützung und Pflegearbeit durch Familienangehörige bröckelt, weil immer weniger – meist weibliche – Familienmitglieder aufgrund der Rahmenbedingungen moderner Berufstätigkeit in der Lage sind, Betreuungsleistungen zu übernehmen. Festzustellen ist eine Lücke in der Betreuung/Pflege von älteren Menschen immer dann, wenn eine kontinuierliche Versorgung mit Alltagshilfen bis hin zu einer Rund-um-die-Uhr-Betreuung in der eigenen Häuslichkeit gefordert ist. Diese Tätigkeiten umfassen in der Regel hauswirtschaftliche und personenbezogen-pflegerische Anforderungen. Dabei sind die Grenzen zwischen den zu erbringenden Tätigkeiten fließend. Auf die hier entstehenden Dienstleistungsbedarfe, die dafür notwendige Qualität und die Standards der Beschäftigung geben die bisherigen Strukturen der Pflegeversicherung und der Arbeitsmarktpolitik keine Antwort.

Es zeigt sich also spätestens dann Sprachlosigkeit, wenn danach gefragt wird, welche Arten von Dienstleistungen in Haushalten älterer Menschen nachgefragt werden könnten und welche Tätigkeiten und Qualifikationen der Arbeitsmarkt dafür bereithält. In einer ersten Näherung findet sich oftmals die Unterscheidung zwischen haushalts- und personenbezogenen-pflegerischen Dienstleistungen. Die Erbringung dieser Dienstleistungen in der Häuslichkeit älterer Menschen findet dabei auf unterschiedlich stark regulierten Arbeitsmärkten statt, die Übergänge zur Schattenwirtschaft aufweisen.

Ist für den Bereich der ambulanten Pflege noch von einer gesellschaftlichen Einflussnahme auf die Standards und Qualität der Versorgung und die Arbeitsbedingungen auszugehen, führen individuelle Problemlösungen, bei denen der einzelne Haushalt als Arbeitgeber auftritt, sehr schnell zu prekären Arbeitsverhältnissen. Als Spitze des Eisbergs ist die sogenannte 24-Stunden-Pflege zu nennen. Eine der zentralen Beschäftigtengruppen in diesem Betreuungs- aber auch Pflegesegment sind Migrantinnen aus osteuropäischen Mitgliedsstaaten der EU. Mit ca. 115.000 Frauen, die in der Häuslichkeit von alten Menschen arbeiten, ist dieses Angebot Ausdruck von Defiziten in der Versorgung von Altershaushalten. Dies wird noch mal deutlicher, wenn haushaltsnahe Dienstleistungen im engeren Sinne (z.B. Gartenarbeit, Handwerkerdienste oder Putzarbeiten) in den Blick genommen werden. Hier zeigt sich nicht nur ein deutlicher Anstieg, sondern Expertinnen und Experten gehen von einer nicht zu schätzenden Dunkelziffer an Schwarzarbeit aus.

Als Konsequenz entgehen dem Staat Steuern und Sozialabgaben; für die Privathaushalte (ältere Menschen und Angehörige) sind Qualität und Verlässlichkeit der Dienstleistungen nicht gesi-

chert und für die Beschäftigten sind Arbeitsbedingungen an der Tagesordnung, die der Ausbeutung nahekommen. Werden, bezogen auf diesen Markt, die Finanzierungs- und Fördermöglichkeiten der Arbeitsförderung und der Pflegeversicherung betrachtet, so reichen sie bei Weitem nicht aus und sind auch nicht auf die besonderen Arbeitsbedingungen in Privathaushalten ausgerichtet.

Die von der Friedrich-Ebert-Stiftung und der Dienstleistungsgewerkschaft ver.di in Auftrag gegebene Studie, befasst sich mit diesem Bedarf älterer Menschen nach einem selbstbestimmten Leben in ihrer Häuslichkeit und den Anforderungen an haushalts- und personenbezogene-pflegerische Dienstleistungen. Der besondere Stellenwert dieser Studie besteht in dem Versuch, einen realistischen Blick auf die Bedarfe an solchen Dienstleistungen in Altershaushalten zu werfen. Ein solcher realistischer Blick wird aber erst dann möglich, wenn geklärt werden kann, über welche Bedarfslagen gesprochen wird. Dieser schwierigen Schnittstelle zwischen selbstbestimmtem Leben, Betreuung und Pflege in der Häuslichkeit hat sich das Autorenteam zugewendet. Ein erstes wichtiges Ergebnis der Arbeit besteht in der Feststellung, dass dieser zentrale Bereich der Versorgung älterer Menschen sowohl von der Forschung als auch von der politischen Bewertung oder seiner Ausgestaltung mit unterstützenden Instrumenten und einer handhabbaren Infrastruktur bisher vernachlässigt wurde. Einschätzungen und Bewertungen dieses Bereiches basieren vor allem auf Alltagserfahrungen der Akteure. Als zweites zentrales Ergebnis der Arbeit fächern die Autorin und Autoren im Wesentlichen vier Bereiche von haushalts- und personenbezogenen-pflegerischen Dienstleistungen auf, die für Altershaushalte relevant sind:

- (1) **Teilhabe**, die vor allem die Einbeziehung Älterer in den sozialen Raum beinhaltet und dem Gedanken der Inklusion folgt;
- (2) **haushaltsnahe Dienstleistungen** im engeren Sinne, beispielsweise Haushaltsführung, Zubereitung von Speisen und andere Dienste, die das Leben älterer Menschen in der Häuslichkeit unterstützen;

Dr. Margret Steffen, ver.di

- (3) **Sicherheit und Grundpflege**, was zum Beispiel Beaufsichtigung, Ankleiden oder Waschen heißt;
- (4) **fachpflegerische Unterstützung**, etwa Verabreichung von Medikamenten oder Messung von Vitalwerten.

Ausgehend von dieser Differenzierung werden Bedarfe der Altershaushalte ermittelt und Defizite der bisherigen Versorgung aufgezeigt. Die Autorin und die Autoren nehmen die Leistungsbereiche der Pflege ebenso in den Blick, wie die Möglichkeiten zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und den Zugang zu Transparenz und Information zu angebotenen Dienstleistungen. Abschließend werden Handlungsbedarfe aufgezeigt, die als Anstoß für die weitere politische Debatte dienen. Diese befassen sich mit der Forderung nach einer integrierten Gesamtversorgung, der Arbeitsteilung und den Qualifikationen von Menschen, die diese Dienstleistungen erbringen und den Besonderheiten der pflegfachlichen Unterstützung. Sie stellen fest, dass der Ausbau dieser Dienstleistungen mit qualifiziertem Personal unter Beachtung der Prinzipien „guter Arbeit“ und im Sinne der Betroffenen zu erfolgen hätte. Sie weisen aber gerade auch auf die Notwendigkeit einer systematischen Bedarfsanalyse hin, aus der Handlungsoptionen für die weitere Ausgestaltung der Schnittstelle zwischen selbstbestimmtem Leben, Betreuung und ambulanter Versorgung älterer Menschen abgeleitet werden müssten.

Mit dieser Studie wollen die Friedrich-Ebert-Stiftung und die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft einen Beitrag zur aktuellen Diskussion um die Zukunft der Pflege, speziell der häuslichen Versorgung leisten. Dazu haben die Autorin und Autoren eine erste substanzielle Grundlage gelegt. An dieser Stelle bedanken wir uns für die gute Zusammenarbeit bei den Professoren Michael Isfort (Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V.) und Markus Lungen (Hochschule Osnabrück) sowie ihren Teams. Dieser Dank gilt auch den Expertinnen und Experten, die uns mit Rat und wertvollen Impulsen bei der Erstellung dieser Studie unterstützt und die sich auf das Experiment des Dialogs im Rahmen von zwei Workshops eingelassen haben.

Severin Schmidt, Friedrich-Ebert-Stiftung

1. Hintergrund zum Projekt

Die Friedrich-Ebert-Stiftung hat gemeinsam mit Vertreterinnen und Vertretern von ver.di Ende 2011 Kontakt zu Vertreterinnen und Vertretern der beiden oben genannten Institute bzw. Hochschulen aufgenommen und ein gemeinschaftliches Projekt angebahnt, das zwischen Januar 2012 und September 2012 durchgeführt wurde.

Ziel des Projekts war es, gemeinsam mit Vertreterinnen und Vertretern aus Praxis, Wissenschaft, Verbänden und Politik im Rahmen einer begleiteten und moderierten Diskussion ein konsentiertes Arbeitspapier zur möglichen zukünftigen Versorgung von Personen in ihren Haushalten zu entwickeln.

Im Rahmen des Projekts wurde eine Bestandsaufnahme von informellen und formellen Strukturen von Dienstleistungen (primär) in der Häuslichkeit/Pflege vorgenommen. Dabei wurden aktuelle Bedarfe und bestehende Versorgungslücken bzw. Barrieren der Nutzung bestehender Versorgungsstrukturen identifiziert. Darauf aufbauend wurden mögliche zukünftige Versorgungsstrukturen entwickelt und in der Folge mit Impulsen zu Finanzierungsfragen unterlegt.

Mit einer Expertengruppe wurden in einem ersten Arbeitsschritt die Ausgangssituation und Bedarfe diskutiert. In einem zweiten Expertenworkshop wurden mögliche Entwicklungsszenarien verhandelt. Für jeden Expertenworkshop wurde ein inhaltliches vorbereitendes Dokument (Diskussionspapier) erstellt.

Dieses Diskussionspapier stellt die Kernaspekte beider Teildokumente dar und wurde ergänzt um die gutachterlichen Beiträge der Autorin und Autoren. Es stellt eine Situationsanalyse auf der Basis bestehender Datenlagen zusammenfassend vor. Es werden im Rahmen der Analyse einschlägige Quellen, Daten und Dokumente genutzt und ausgewiesen. Sie sollen als Grundlage der Argumentationsentwicklung dienen und die im Diskussionspapier unterbreiteten Impulse untermauern. Die Angaben der Quellen sollen den eingeladenen Expertinnen und Experten und späteren Nutzerinnen und Nutzern eine vertiefende selbstständige Beschäftigung mit den Themen ermöglichen. Ausdrücklich wird darauf hingewiesen, dass die im Rahmen des Diskussionspapiers verwendeten Grundlagen keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben, da zu den jeweiligen komplexen Themen nur exemplarisch und selektiv gearbeitet werden konnte.

Fokus des vorliegenden Diskussionspapiers ist insgesamt, eine erweiterte Bestandsaufnahme für die Versorgungs- und Lebenssituation von Haushalten mit älteren Personen vorzunehmen – vor dem Hintergrund struktureller Rahmenbedingungen, des demografischen Wandels und personeller Veränderungen im Bereich der Pflege. Die aus dem Diskussionspapier gewonnenen Erkenntnisse sollen genutzt werden, um sie in politische Planungs- und Entscheidungsfindung einfließen zu lassen.

2. Professionelle und informelle Dienstleisterinnen und Dienstleister in der Pflege

Im einführenden Kapitel werden zentrale Akteure beschrieben, die aktuell zur Stabilisierung der Versorgung von Menschen in der Häuslichkeit beitragen. Diese Akteure sind professionell Pflegendende, Familienangehörige und aktuell auch Haushaltshilfen¹, die überwiegend als sogenannte Pendelmigrantinnen und -migranten temporär in den Haushalten arbeiten und aus dem Ausland stammen. In Deutschland sind dies überwiegend Frauen aus Mittel- und Osteuropa.

2.1 Beschäftigung in der professionellen Pflege

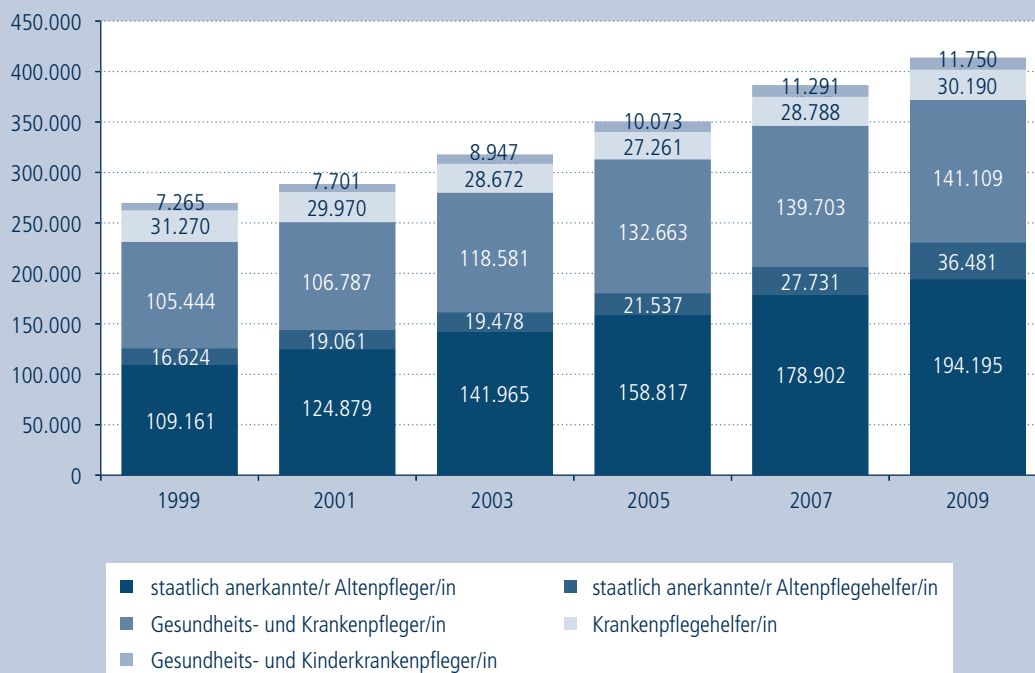
In einem ersten Überblick sollen aktuelle Kennzahlen zur Beschäftigtenentwicklung in der professionellen Pflege erfolgen. Eine verbesserte Versorgung von Haushalten mit Dienstleistungen für alte Menschen ist eng verbunden mit der potenziellen Verfügbarkeit von professionellen Kräften der Gesundheits- und Kranken- sowie der Altenpflege. Die alleinige Beantwortung von Haushaltsdienstleistungen durch den privaten Bereich der Angehörigen und des Ehrenamtes sollte unter qualitativen Gesichtspunkten nicht empfohlen werden und kann bei Betrachtung der quantitativen Ausmaße nicht umgesetzt werden (siehe Kapitel 2.2 „Pflege durch Familienangehörige“). Eine Zunahme der Versorgung von Hilfe- und Pflegebedürftigen durch professionelle Pflege kann nur vor dem Hintergrund einer entsprechenden Anzahl an Beschäftigten in diesen Sektoren realisiert und stabilisiert werden.

Hinsichtlich der Akteure selbst können dreijährig qualifizierte Berufsgruppen (Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und Altenpflege) abgegrenzt werden von den Assistenzberufen in der Pflege, die meist über eine zweijährige Ausbildung verfügen. Zu beobachten ist im Bereich der professionellen Pflege, in der ambulanten Pflege und stationären Altenpflege insgesamt, dass in den vergangenen zehn Jahren ein kontinuierlicher Anstieg bei den Beschäftigtenzahlen zu verzeichnen ist. Numerisch stieg vor allem die Zahl der beschäftigten Altenpflegenden um 85.000 Personen an. Damit kann festgestellt werden, dass in diesem Bereich zahlreiche Personen zusätzliche Beschäftigung fanden und dass es bislang gelungen ist, einen Aufbau zu betreiben und auch personelle Mehrbedarfe zu rekrutieren. Der wachsende Beschäftigungsmarkt ist angesichts eines hohen Frauenanteils unter den Pflegenden ein wichtiger Sektor der Frauenerwerbstätigkeit.

Die Zahl der Gesundheits- und Krankenpflegenden stieg in diesen beiden Sektoren um über 35.600 an. Da die Zahl der Ausbildungsplätze in der Gesundheits- und Krankenpflege über die Jahre eher stabil geblieben ist, als erweitert wurde, kann davon ausgegangen werden, dass dieser Aufbau eine Umverteilung der Beschäftigten zwischen den Sektoren darstellt. Er wurde maßgeblich durch einen parallelen Stellenabbau von Pflegekräften im Krankenhaussektor befördert (Isfort/Weidner 2010; Simon 2009). Hinsichtlich der Personalsituation in der Pflege werden aktuell Diskussionen über einen bestehenden und sich

1 Damit sind personennahe Dienstleisterinnen und Dienstleister aus dem (europäischen) Ausland gemeint. Im weiteren Verlauf des Textes wird von Haushaltshilfen aus dem Ausland gesprochen.

Abbildung 1:

Beschäftigte nach Berufsabschluss in ambulanten Pflegediensten und stationären Altenhilfeeinrichtungen

Quelle: GBE-bund.de/eigene Darstellung.

weiter abzeichnenden Fachkräftemangel geführt, der sich auf die derzeitige und zukünftige Möglichkeit der Aufnahme neuer Klienten (ambulante Pflege) oder der Betreuung (stationäre Altenhilfe) auswirken kann. Dieser Fachkräftemangel in der Pflege hat unterschiedliche Ursachen, die nur stichpunktartig genannt werden können und sich in den unterschiedlichen Sektoren der pflegerischen Versorgung unterschiedlich stark bemerkbar machen:

- Abnahme der Vollzeitbeschäftigung in der Pflege (hoher Bedarf an Teilzeitbeschäftigten in der ambulanten Pflege);
- hoher Bedarf (durch Ersatzbedarf, etwa wegen Altersausstieg, oder durch Neubedarf, etwa durch Anstieg der Einrichtungen);
- fehlende Planungsgrundlage einer am Bedarf orientierten Ausbildungsplatzplanung und Ausbildungsfinanzierung;
- Verschärfung der Konkurrenz um qualifizierte Fachkräfte zwischen und innerhalb der Sektoren (ambulante Pflege/stationäre Pflege/Krankenhaus);
- Fehlende Konzepte für ältere Mitarbeiter (dadurch erwartete Steigerung des Ersatzbedarfs in der Zukunft);
- Insgesamt mangelnde Attraktivität der Pflegeberufe^{2,3} (Konkurrenz um junge qualifizierte Schulabgänger mit Industrie, Handels- und Dienstleistungsgewerbe).

2 Beschäftigte in Pflegeberufen sind mit ihrer Arbeit zufrieden, aber sie empfinden sie als sehr stressig und auch körperlich erschöpfend. Mit der Bezahlung sind sie mehrheitlich nicht zufrieden (WSI in der Hans-Böckler-Stiftung 2012, Arbeitspapier 07/2012).

3 Anerkennung und Berufsprestige hängen auch mit einer angemessenen Vergütung zusammen. Besonders im Zusammenhang eines Mangels an qualifizierten Pflegekräften sollten angemessene Entlohnungen angestrebt werden (Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft ver.di 2012).

Eine Analyse der arbeitslos gemeldeten Altenpflegenden und offen gemeldeten Arbeitsstellen auf Basis von Zahlen der Bundesagentur für Arbeit ergab, dass in den meisten Bundesländern die Zahl der offenen gemeldeten Arbeitsstellen höher ist als die der arbeitslos gemeldeten Altenpflegenden (Bundesagentur für Arbeit 2011a). Es kann davon ausgegangen werden, dass derzeit bundesweit auf dem Arbeitsmarkt keine Reserven vorhanden sind, um einen weiteren Aufbau der Strukturen zu betreiben. Dies wird untermauert, wenn Kennzahlen der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Relation zu den arbeitslos gemeldeten Pflegenden gesetzt werden. Es ergibt sich in nahezu allen Bundesländern eine Arbeitslosenquote von ca. einem Prozent für dreijährig examinierte Altenpflegende. Gleiches gilt auch für dreijährig examinierte Gesundheits- und Krankenpflegende. Hinweise aus ergänzenden Studien deuten darauf hin, dass die derzeitigen Ausbildungsquoten in diesem Beruf nicht ausreichen, um den aktuellen Bedarf zu decken (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen 2010; Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen des Landes Rheinland-Pfalz 2005).

2.2 Pflege durch Familienangehörige

Die größte Bedeutung bei der Versorgung von älteren und/oder kranken Personen hat die Familie. Zur familiären Pflege und den Leistungen in den Familien liegen zahlreiche Studien vor. Hier sind u. a. die MUG-Gutachten von Schneekloth zu nennen (Schneekloth/Leven 2003; Schneekloth 2006). Diese Gutachten weisen hinsichtlich der Versorgung in der Familie aus, dass 36 Prozent aller Pflegebedürftigen von einer Hauptpflegeperson gepflegt werden (29 Prozent der Pflegebedürftigen in den Haushalten werden von zwei Personen gepflegt und 27 Prozent aller Pflegebedürftigen werden sogar von drei oder mehr Personen gepflegt). Daraus kann abgeleitet werden, dass es in Deutschland mehr als ca. 540.000 Hauptpflegepersonen und ca. 2,0 bis 4,8 Millionen Menschen gibt, die pflegende Angehörige sind oder helfend bei der Pflege und Versorgung eingebunden sind. Der weitaus größte Teil davon

sind Frauen (Schneekloth 2005; Meyer 2006). Dabei sind leichte Verschiebungen in den Entwicklungen zu erkennen: Schneekloth kommt 2010 zu folgenden Ergebnissen: Die Hauptpflegepersonen sind zu 34 Prozent (Ehe-)Partner, zu 34 Prozent (Schwieger-)Töchter. Es sind gegenwärtig ca. 29 Prozent Männer (1998: 20 Prozent) und es gibt einen Trend hin zur Parallelisierung von Erwerbstätigkeit bei bestehender familiärer Pflege (42 Prozent erwerbstätig, zum Vergleich 1998: 26 Prozent).

Nicht nur die Haushaltsgröße ist eine relevante Einflussgröße für die familiäre Versorgung. Auch die Frage nach der regionalen Nähe ist bedeutsam für die Organisation familiärer Unterstützung. Meyer greift hier im Rahmen der Analyse der Eurofamcare-Studie die Ergebnisse von Schneekloth und Wahl auf und gibt an, dass mehr als 62 Prozent aller Unterstützungsbedürftigen mit einem pflegenden Angehörigen im selben Haushalt leben, etwa acht Prozent leben in ihrem eigenen Haus, etwa 14 Prozent leben bis zu zehn Minuten, rund acht Prozent leben mehr als zehn Minuten vom pflegenden Angehörigen entfernt, während weitere acht Prozent aller Unterstützungsbedürftigen keine reguläre familiäre Pflege oder Unterstützung erhalten (Meyer 2006). Darüber hinaus werden Daten über häusliche Pflege regelmäßig auch im Rahmen des Sozioökonomischen Panels (SOEP) erhoben. Dabei geben z. B. für das Jahr 2008 insgesamt 3,92 Prozent der Befragten an, dass sie ständig eine pflegebedürftige Person im Haushalt versorgen.

Die Förderung familiärer Unterstützung ist auch vor dem Hintergrund bedeutsam, dass jenseits der bestehenden Leistungen ein nur teilweise refinanzierter Hilfebedarf existiert. Der Bereich zusätzlicher Hilfebedarfe umfasst Studien zufolge primär die hauswirtschaftlichen Tätigkeiten, aber teilweise auch die Hilfestellungen bei alltäglichen Verrichtungen des Lebens (Kaltenborn et al. 2005). Auch in einer Studie zur Nutzung von personennahen Dienstleistungen durch Haushaltshilfen aus dem europäischen Ausland konnte aufgezeigt werden, dass neben der pflegerischen Versorgung insbesondere Leistungen der Alltagsgestaltung, der Begleitung und der kontinuierlichen Beobachtung von zentraler Bedeutung und

entscheidend für die Suche nach einer geeigneten Hilfeform sind (Neuhaus et al. 2009).

Pflegende Angehörige unterliegen allgemein hohen Anforderungen und Belastungen. Untersuchungen zum spezifischen Belastungserleben pflegender Angehöriger weisen Verschlechterungen des Gesundheitszustandes und des Wohlbefindens, soziale und finanzielle Einschränkungen und ein früheres Eintreten eigener Pflegebedürftigkeit nach (Zank/Schade 2007; Meier et al. 1999). Die Zunahme dementieller Erkrankungen erschwert dabei die Leistungserbringung pflegender Angehöriger, da sie im fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung meist einen Pflegebedarf rund um die Uhr abdecken müssen (Weidner et al. 2010).

Die vorgestellten Aspekte verdeutlichen, dass es bei der Stabilisierung der häuslichen Versorgungssituation nicht nur um die Menge, die Qualität der zu erbringenden Leistungen geht oder auch um den Zeitpunkt der Erbringung (Störung der Nachtruhe der Angehörigen und Wegfall notwendiger Erholung). Es geht darüber hinaus auch darum, wie die gegebene Hilfe akzeptiert und erlebt wird und letztlich darum, dass die Angehörigen Zuspruch für ihre Arbeit erfahren. Alle diese Faktoren sind relevant hinsichtlich einer Realisierung und dauerhaften Stabilisierung familiärer Hilfe.

Zukünftig wird mit einem Absinken der familiären Pflegepotenziale gerechnet (Bäcker 2003). Blaumeiser et al. stellen fest, dass sich der Anteil der gesellschaftlichen Milieus, die in ihrer Studie die größte Bereitschaft zur Beteiligung an der Pflege zeigten, zwischen 1982 und 1996 von 41 auf 20 Prozent halbiert habe. „Gleichzeitig hat sich der Anteil jener Milieus, die stärker die Heimpflege befürworten [...], von 22 auf 39 Prozent fast verdoppelt“.⁴ (Blaumeister et al. 2001) Dem versucht man seitens der Politik und Sozialverbände u. a. durch Projekte zur Stärkung des Ehrenamtes entgegenzuwirken (BMFSFJ 2004b; Bubolz-Lutz/Kricheldorf 2006; Gensicke 2001). Der Ausbau des Bundesfreiwilligendienstes mit

der Freigabe des Alterszugangs kann als ein solcher Baustein verstanden werden.

2.3 Häusliche Vollzeitpflege durch Haushaltshilfen aus dem Ausland

An dieser Stelle werden auch die Leistungen für die häusliche Versorgung mit aufgenommen, die unter dem Schlagwort 24-Stunden-Pflege einen Beschäftigungsbereich umfasst, der oft in prekären Arbeitsverhältnissen realisiert wird. Wissend, dass es sich dabei meist nicht um „Pfleger“ im Sinne einer Berufsgruppe mit einschlägigen Qualifizierungen handelt, kann der in der Überschrift gewählte Begriff der „Vollzeitpflege“ kritisch diskutiert werden. Die Leistungsbereiche sind überwiegend nicht primär auf „Pflegeleistungen“ im engeren Sinne ausgerichtet. Dennoch soll an dieser Stelle dieser Begriff verwendet werden, da er aus der Perspektive der Haushalte, die diese Dienstleistung in Anspruch nehmen, das beschreibt, was sie mit der Beschäftigung der Hilfen verbinden und grundsätzlich intendieren.

Die beobachtete wachsende Nachfrage hängt eng mit einer Zunahme von Unterstützungsbedarfen im Haushalt und bei der Versorgung älterer bzw. pflegebedürftiger Familienangehöriger zusammen (siehe nachfolgende Kapitel). Heterogene und zeitlich schlecht planbare Bedarfe können im Rahmen regulärer und professioneller Dienstleistungs- bzw. Pflegeangebote und aufgrund abnehmender familiärer Fürsorgepotenziale nur unzureichend gedeckt oder unzureichend finanziert werden. Es ist ein Bedarf an Personen entstanden, die sich nicht primär durch konkrete (fachpflegerische) Qualifikation, aber durch die Bereitschaft zur Übernahme von Tätigkeiten auszeichnen, die sonst von im Haus lebenden Angehörigen übernommen wurden (Beaufsichtigung, Tagesstrukturierung etc.). Primär versorgt werden ältere bzw. pflegebedürftige Personen, die durch die kontinuierliche Beaufsichtigung und Hilfestellung im eigenen Haus/in

4 Blaumeiser et al. 2001.

der eigenen Wohnung verbleiben können. Bezüglich der Verbreitung dieser Versorgungsform in Deutschland, gehen gängige Schätzungen in Publikationen von ca. 100.000 (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (BPA) 2005; Südwestfunk; Die ZEIT 2007) bis ca. 150.000 Dienstleisterinnen und Dienstleister aus dem europäischen Ausland aus. (Bundesverband der Vermittlungsagenturen für Haushaltshilfen und Seniorenbetreuung in der 24-Stunden-Betreuung (BHSB)). Eine valide Datengrundlage zur Thematik existiert nicht.

Seit Mai 2011 gilt auch für die Mehrzahl der osteuropäischen EU-Beitrittsstaaten, die 2004 in die EU eintraten, die vollumfängliche Arbeitnehmerfreizügigkeit.⁵ Obwohl rechtliche Möglichkeiten zur Legalisierung der Dienstleistung existieren, handelt es sich im Privathaushalt jedoch oftmals um nicht angemeldete und somit irreguläre Beschäftigungsverhältnisse. Der Privathaushalt ist insgesamt der Beschäftigungssektor mit dem höchsten Anteil nicht sozial- und versicherungstechnisch regulierter, illegaler Beschäftigung von (überwiegend) Frauen.⁶ Dies bestätigen Haushaltsbefragungen im Rahmen des SOEP,⁷ (Schneider/Enste 2000). Zunehmend wird der Privathaushalt so auch zu einem der größten Arbeitgeber für ausländische Arbeitskräfte (Odierna 2000; Momsen 1999; Lutz 2007). Die irreguläre Beschäftigung ausländischer Arbeitskräfte, die meist ohne Arbeitsschutz, ohne Krankenversicherungsschutz, ohne Unfallversicherungsschutz und ohne Haftpflichtschutz tätig sind und keine begrenzte Arbeits- oder geregelte Frei- und Urlaubszeit haben (Entgrenzung der Arbeit), machen diese Form der Arbeit für die Beschäftigten

nicht nur aus finanzieller Sicht prekär (ver.di 2011: 20).

Die Haushalte können als Auftraggeber bei ambulanten Pflegediensten (Rund-um-die-Uhr-Angebote sind kaum vorhanden bzw. mit sehr hohen Kosten verbunden) und häuslichen Dienstleistungsagenturen die gewünschte Dienstleistung einkaufen oder selbst eine Haushaltshilfe aus dem Ausland beschäftigen, die zeitlich befristet mit im Haushalt lebt. Bei der regulären Beschäftigung, selbst oder über die ZAV vermittelt (BAMF 2010: 85f.), wird eine Vertreterin oder ein Vertreter des Haushalts mit den dazugehörigen gesetzlichen Melde- und Beitragspflichten zum Arbeitgeber. Alternativ beauftragen die Familien einen (ausländischen) Dienstleister bzw. eine international tätige Vermittlungsagentur mit der Pflege und Betreuung. Dieser entsendet seine Angestellten in den Haushalt und übernimmt die Organisation, womit die Arbeitgeberpflichten für den Haushalt entfallen (vgl. Verbraucherzentrale NRW)^{8,9} (Stiftung Warentest 2009; ver.di 2011: 11-13, 14). Ausgewählte Agenturen aus diesem Sektor haben sich in insgesamt zwei Verbänden zusammengeschlossen.¹⁰ Ziel ihrer Arbeit ist es, Informationen zu verbreiten, Aufklärung bezüglich ihrer Angebote, rechtlicher Vorgaben und auch politischer Entwicklungen zu leisten und Qualitätssicherung der Leistungen voranzutreiben. Es gibt eher wenige Kooperationen zwischen Vermittlungsagenturen für Haushaltshilfen aus dem Ausland und professionellen ambulanten Pflegediensten bzw. Wohlfahrtsverbänden.¹¹ Hinsichtlich der Nutzungshäufigkeit wird davon ausgegangen, dass der überwiegende Anteil privat und irregulär beschäftigt wird, nachfolgend die Hilfe

5 Lediglich für Pflege- und Betreuungskräfte aus Bulgarien und Rumänien gelten bis Ende 2013 noch Beschränkungen. Sie benötigen eine Arbeitserlaubnis und eine Vermittlung dieser Arbeitskräfte ist rechtlich lediglich über die Arbeitsagenturen (ZAV) möglich (Voraussetzung: Pflegebedürftigkeit).

6 Auch reguläre Beschäftigungen im Privathaushalt werden überwiegend von Frauen mit deutscher Staatsangehörigkeit durchgeführt, vgl. Gottschall (2010), Datengrundlage: Bundesagentur für Arbeit.

7 Derzeit sind in ca. 4,5 Millionen Haushalten Haushaltshilfen beschäftigt, davon sind aber nur ca. 5 Prozent sozialversicherungspflichtig angemeldet, vgl. Institut der Deutschen Wirtschaft (2009); Enste (2009); BMFSJ (2006); Wagner (2007).

8 Einige vermitteln aber auch die sogenannten Selbstständigen (dabei ist das Problem möglicher Scheinselbstständigkeit gegeben).

9 Seit dem 1. August 2010 besteht für Deutschland ein festgelegter Mindestlohn – sofern überwiegend Pflegeleistungen erfolgen. Dieser liegt bei 8,50 Euro pro Stunde bei Einsatz in den alten bzw. 7,50 Euro bei Einsatz in den neuen Bundesländern. Haushaltshilfen fallen somit nicht unter diese Vereinbarung, da sie keine Pflegehelferinnen oder -helfer sind und die Leistungen nicht primär pflegerischer Natur entsprechen.

10 Bundesverband Haushaltshilfe und Seniorenbetreuung e.V. (BHSB)/Bundesverband Europäischer Betreuungs- und Pflegekräfte (BEBP).

11 Beispielsweise durch die Caritas Paderborn. Allerdings befindet sich das Dienstleistungsangebot in einem Projektstadium (vgl. <http://www.caritas-paderborn.de/>).

von Agenturen gesucht wird und nur geringe Anteile über die Vermittlung der ZAV erfolgen oder aber im Rahmen einer privaten Anmeldung durch die Familien vorgenommen werden (ver.di 2011). Organisiert wird die Versorgung durch komplexe Pendel- oder Transmigration, der sich durch steten Wechsel zwischen Heimat- und Arbeitsland auszeichnet.¹² Die Attraktivität der Dienstleistung besteht in der örtlichen, zeitlichen wie auch finanziellen Flexibilität der ausländischen Dienstleisterinnen und Dienstleister (Morokvasic 1994). Als sogenannte Live-Ins leben sie für eine begrenzte Zeit in den Haushalten der Pflegebedürftigen, um eine durchgängige Betreuung und Versorgung zu sichern. Aufgrund der fehlenden Familien- bzw. Arbeitspotenziale in den Heimatfamilien setzt sich das Arbeitsmigrationssystem häufig in den Heimatländern der Haushaltshilfen fort. Es entsteht eine internationale Migrationsbewegung von haushalts- und personennahen Dienstleisterinnen (Global Care Chains (Hochschild 2001)). Die Ströme folgen dem europäischen (internationalen) Lohngefälle und weiteren Präferenzen, wie sprachlicher oder kultureller Nähe oder aber zukünftigen Entwicklungsmöglichkeiten in dem Gastland.

Die bisherige Entwicklung und Etablierung eines nicht bzw. wenig regulierten Arbeitsmarktes zur Unterstützung häuslicher Versorgung durch Haushaltshilfen aus dem Ausland wird als Ausdruck selbst organisierter Lösungen durch die Familien verstanden. Gleichwohl ist sie aus verschiedenen Gründen als problematisch anzusehen. Prekäre Arbeitsverhältnisse der irregulär be-

schäftigen Haushaltshilfen aus dem Ausland haben verschiedene Konsequenzen, wie fehlende rechtliche und soziale Absicherungen (u. a. Mindestlohn, Urlaubszeiten, Pausenzeiten etc.) (verdi 2011). Eine irreguläre Beschäftigung von Arbeitskräften aus Ländern ohne Arbeitserlaubnis für Deutschland (z. B. Ukraine) verschärft die konkreten Problemlagen zusätzlich. Diese Dienstleisterinnen unterliegen zusätzlichen Isolationspotenzialen und Abhängigkeitsstrukturen sowie finanziellen Einbußen.¹³

Es fehlen fachliche Begleitungen, die Einbindung in qualitätssichernde Maßnahmen und strukturierte Ergänzungen der Tätigkeiten der Haushaltshilfen aus dem Ausland durch Angebote professioneller Pflegeanbieter. In vielen Familien sind gleichermaßen ambulante Pflegedienste und Haushaltshilfen aus dem Ausland tätig, allerdings findet selten ein Austausch oder eine Verschränkung der Tätigkeiten statt. Ein problematisches Strukturprinzip dieser Beschäftigungsform ist die Vermischung professioneller und informeller Beziehungen (Metz-Göckel 2006). Dies und die besondere Wohn- und Arbeitssituation erschwert eine Einhaltung von Arbeits- und Ruhezeiten (Lutz 2007) und kann zu Überforderung führen.¹⁴ In der Summe findet eine Verlagerung von Hilfe- und Versorgungsbedarfen bzw. Problemlagen auf die Heimatfamilien ausländischer Dienstleisterinnen statt. Im internationalen Kontext entsteht durch die Abwanderung heimischer pflegerischer und sozialer Versorgungskapazitäten eine Care-Drain-Problematik in den Herkunftsländern.¹⁵

12 So werden z. B. Kontakte zunehmend in zwei Ländern gleichermaßen unterhalten, sodass von einem „transnationalen Raum“ gesprochen wird.

13 Aufgrund der rechtlichen Unsicherheit und häufig geringeren Deutschkenntnissen müssen sie ihre Leistungen finanziell günstiger anbieten und die Kosten für die Organisation der Tätigkeit investieren.

14 Teilweise minimieren die betroffenen Familien den Einsatz weiterer Unterstützungsleistungen, wie z. B. Tagespflege oder auch den Einsatz eines ambulanten Pflegedienstes (dip 2009), mit der Inanspruchnahme haushalts- und personennaher Dienstleistung. Es ist anzunehmen, dass dies mit dem Ziel finanzieller Einsparungen geschieht. Gleichzeitig liegen darin zusätzliche Belastungspotenziale für die haushalts- und personennahen Dienstleisterinnen und Dienstleister.

15 In den Heimatländern fehlen niederschwellige Betreuerinnen bzw. Mütter (die u. a. in deutschen Privathaushalten tätig sind) in den Familien und ausgebildete Pflegekräfte in den Einrichtungen, was für die heimische Versorgung problematisch ist. Eine Versorgung älterer Pflegebedürftiger, wie wir sie in Deutschland kennen, ist teilweise noch gar nicht aufgebaut und wird durch die Abwanderung der Fachexpertise wesentlich erschwert.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass im Bereich der professionellen Pflege bereits heute ein Personalmangel feststellbar ist und sich dieser (ohne Gegensteuerung) in der Zukunft verstärken wird. Zudem wird ein weiteres Absinken der Familienpflegepotenziale erwartet. Es bedarf einer grundsätzlichen gesellschaftlichen Diskussion der Familienpflege unter den Leitlinien: Vereinbarkeit von Familie und Beruf

bzw. Genderthematik. Gleichfalls können die, von vielen Familien gewählten, selbst organisierten Versorgungslösungen durch Haushaltshilfen aus dem Ausland, aufgrund der prekären Arbeitssituationen, der Care-Drain-Thematik und der nicht integrierten Versorgungsart, (zukünftig) nicht als dauerhafte und konstante Lösung der Bedarfe von Haushalten mit älteren Menschen angesehen werden.

3. Entwicklung und Prognostik zu ausgewählten Aspekten

3.1 Entwicklung und Prognostik der Demografie

In einer breiten Öffentlichkeit diskutiert worden sind in den vergangenen Jahren die allgemeinen Prognosen zur Bevölkerungsentwicklung in der Bundesrepublik, die vor allem hinsichtlich der Alterung unter dem Begriff der „demografischen Entwicklung“ geführt werden. Die Fortschreibung des Bevölkerungsstandes der Bundesrepublik beim Statistischen Bundesamt zeigt insbesondere die Veränderung der Hochaltrigkeit auf. Lag 1950 der Anteil an über 80-Jährigen noch bei einem Prozent, so stieg er über die Jahre kontinuierlich an und lag im Jahr 2010 bereits bei 5,1 Prozent der Bevölkerung (Statistisches Bundesamt 2006). Auf den besonderen Umstand, dass sich der demografische Wandel auch und vor allem als ein Wandel hinsichtlich der Hochaltrigkeit vollzieht, weisen die Studien des DZA in Berlin hin (Tesch-Römer/Engstler 2006). Insgesamt werden in diesem Zusammenhang u. a. die folgenden Aspekte diskutiert, die mit einer erwarteten Zunahme von Hochaltrigkeit in Verbindung gebracht werden:

- zunehmende Lebenserwartung;
- abnehmende Fertilität;
- diskontinuierliche Migration.

Untermauert werden die Aspekte auch durch die Berechnungen der Sterbeziffer¹⁶ in den Altersgruppen. Hier zeigen Berechnungen, dass die Sterbeziffer bei den 80-Jährigen und Älteren im Vergleich zu den 1950er Jahren um ca. 40 Prozent gesunken ist (Nowossadeck/Nowossadeck 2011).

Dass mit einer Hochaltrigkeit nicht automatisch Pflegebedürftigkeit einhergeht und auch bis

ins hohe Alter gesundheitliche Ressourcen vorhanden sind (insbesondere durch Plastizität und Kompensation), die ausgebaut und präventiv gefördert werden können, gilt als gesichert (Walter et al. 2006). Der sechste Altenbericht der Bundesrepublik Deutschland weist daher darauf hin, dass die überwiegende Mehrheit alter Menschen nicht hilfe- und/oder pflegebedürftig ist. Diese nimmt erst in einem hohen Alter zu. Bei den 70- bis unter 75-Jährigen ist nur jeder Zwanzigste (fünf Prozent) pflegebedürftig. Das Verhältnis von Pflegebedürftigen zu Nicht-Pflegebedürftigen verkehrt sich erst bei den über 90-Jährigen in Richtung überwiegender Hilfebedürftigkeit (BMFSFJ 2010). Hier sind es 61 Prozent, die als pflegebedürftig eingestuft im Sinne des SGB XI sind. Über die Hälfte aller Älteren aber beziehen bis zu ihrem Tode keine Pflegeleistungen.

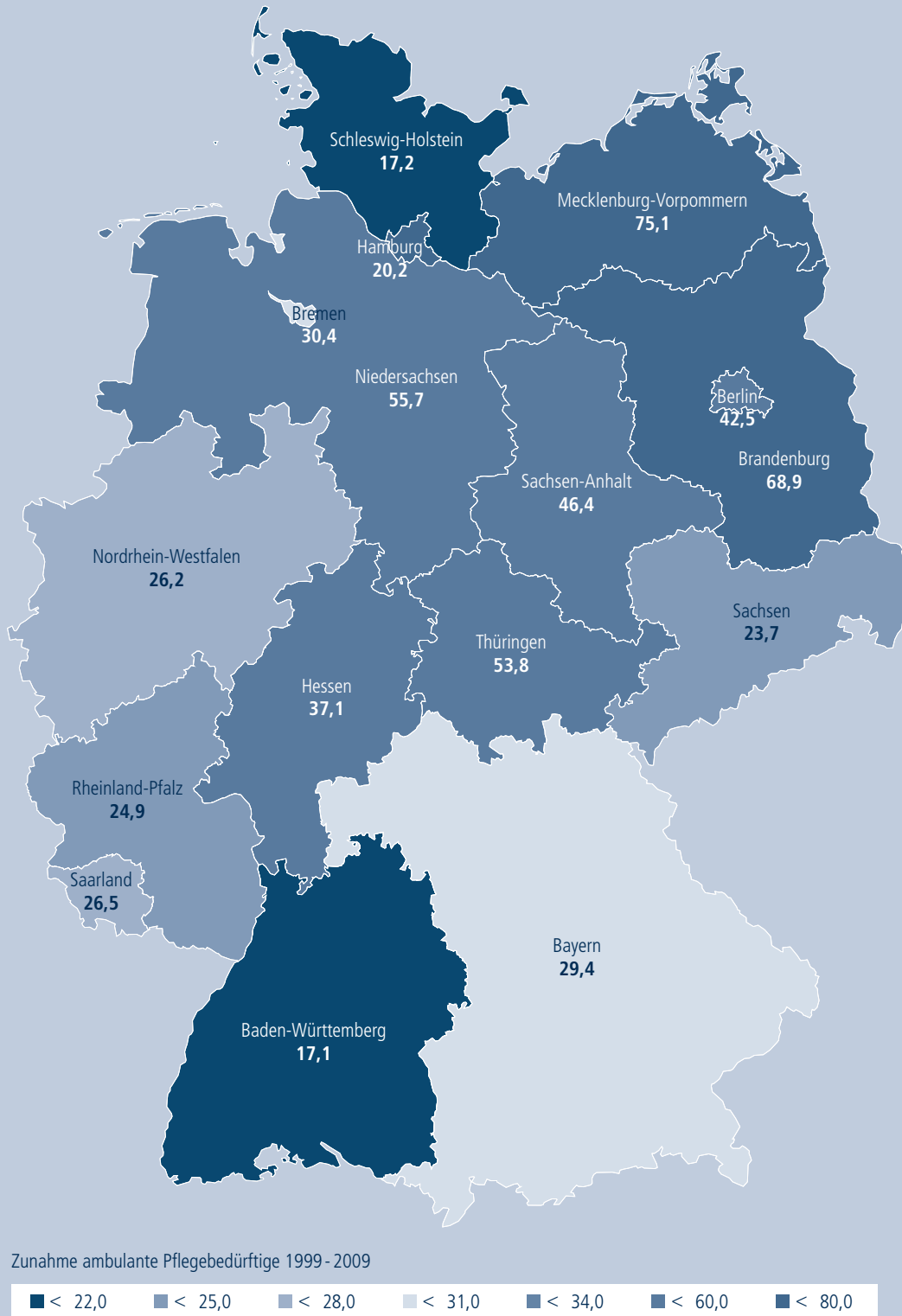
Dies gilt es zu berücksichtigen, gleichwohl die hier vorgestellte Diskussion stärker die Hilfebedürftigkeit und damit verbundenen Unterstützungsformen fokussiert. Inwieweit durch eine Stärkung von präventiven Ansätzen eine Abmilderung der Pflegebedürftigkeit auch in den hohen Altersgruppen erzielt werden kann, ist derzeit nicht exakt vorherzusagen. Dass ein Muskelzuwachs und ein Zugewinn an Kraft erreicht werden kann und dies die Alltagskompetenzen stärkt, belegen Studien aus der Sportwissenschaft (Brach 2007).

Der Anteil älterer Personen, die potenziell Pflegebedürftigkeit erfahren können, verteilt sich in der Bundesrepublik nicht gleich, sondern ist regional graduell verschieden. Die Analysen zeigen die besondere Problematik für die neuen

¹⁶ Die Sterbeziffer bezeichnet das Verhältnis der Anzahl der Sterbefälle zum Durchschnittsbestand einer Population. In diesem Falle die Anzahl der 80-Jährigen und Älteren, die verstorben sind, im Verhältnis zur Anzahl aller 80-Jährigen und Älteren in der Bundesrepublik Deutschland.

Abbildung 3:

Entwicklung der Zahl ambulant versorgter Pflegebedürftiger 1999 bis 2009, regionalisiert



Quelle: Pflegestatistiken des Bundes/eigene Darstellung.

ren Haushalten Hilfebedarfe bei der häuslichen Versorgung auf, ohne dass sie als pflegebedürftig eingestuft wurden (Schneekloth 2003). Seit Beginn der Erfassung ist im Bereich der Beantwortung der Pflegebedürftigkeit ein Trend weg von der familiären und ausschließlich häuslichen hin zur professionell gestützten (in der Häuslichkeit) und zur stationären Versorgung zu erkennen. Hervorzuheben ist insgesamt, dass trotz der benannten Tendenzen weiterhin ein hoher Anteil der Versorgung bei Pflegebedürftigkeit (45 Prozent) von den (überwiegend weiblichen) Familien(-mitgliedern) alleine geleistet wird. Damit kann weiterhin festgehalten werden, dass die familiäre Pflege eine tragende Säule darstellt, wie sie in zentralen Gutachten immer wieder herausgestellt wurde (Enquetekommission 2005: Situation und Zukunft der Pflege).

Betrachtet man die Entwicklung im professionellen Versorgungssystem in der regionalen Differenzierung, so fällt auf, dass die prozentuale Zunahme ambulant versorgter Menschen mit Pflegebedarf in allen Bundesländern zweistellig anstieg. Die Spannweite reicht hier jedoch von 17,1 Prozent in Baden-Württemberg bis 75,1 Prozent in Mecklenburg-Vorpommern. Tendenziell ist ein stärkerer Anstieg in der ambulanten Versorgung in den neuen Bundesländern zu erkennen. Gleiches gilt auch für die regionale Analyse in der stationären Versorgung, wenngleich die Zunahme in diesem Bereich nicht das gleiche Wachstum aufweist, wie im ambulanten Sektor zu verzeichnen ist. Auch hinsichtlich der teil-/vollstationären Versorgung sind erhebliche Spannbreiten in der prozentualen Zunahme (zwischen fünf Prozent in Berlin und 35,9 Prozent in Sachsen-Anhalt) zu erkennen. Bundesweit kann daher nicht von einer gleichförmigen linearen Entwicklung ausgegangen werden. Damit ergeben sich auch planerische Konsequenzen und die notwendige Beachtung der regional unterschiedlichen Entwicklungen. Dies drückt sich aus in einer verstärkten Beachtung der kleinräumigen Gestaltungsspielräume und der gezielten regionalen Lösungssuche in den Kommunen.

Aus den vorliegenden Daten werden in unterschiedlichen Gutachten auch Hilfebedarfe und die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen in

der Zukunft geschätzt. Pohl weist in einer Hochrechnung bis zum Jahr 2030 für das Land NRW eine Zunahme von rund 225.000 Personen aus und geht von ca. 710.000 Pflegebedürftigen in 2030 aus. Dabei spielen die regionalen Anteile älterer Menschen auch bei dieser Entwicklung eine gravierende Rolle und werden zu Steigerungen zwischen 12,4 Prozent (Stadt Hagen) und 81,4 Prozent (Kreis Coesfeld) führen (Pohl 2010). Cicholas und Ströker rechnen in ihrer Analyse für NRW bis ins Jahr 2050 mit einem weiteren Anstieg und einer geschätzten Zahl von 945.600 Pflegebedürftigen (Cicholas/Ströker 2010). Die Analysen belegen exemplarisch für das größte Bundesland, dass von Expertinnen und Experten mit einem weiteren Zuwachs gerechnet wird, wenngleich sich große Variationsbreiten in unterschiedlichen Modellrechnungen ergeben.

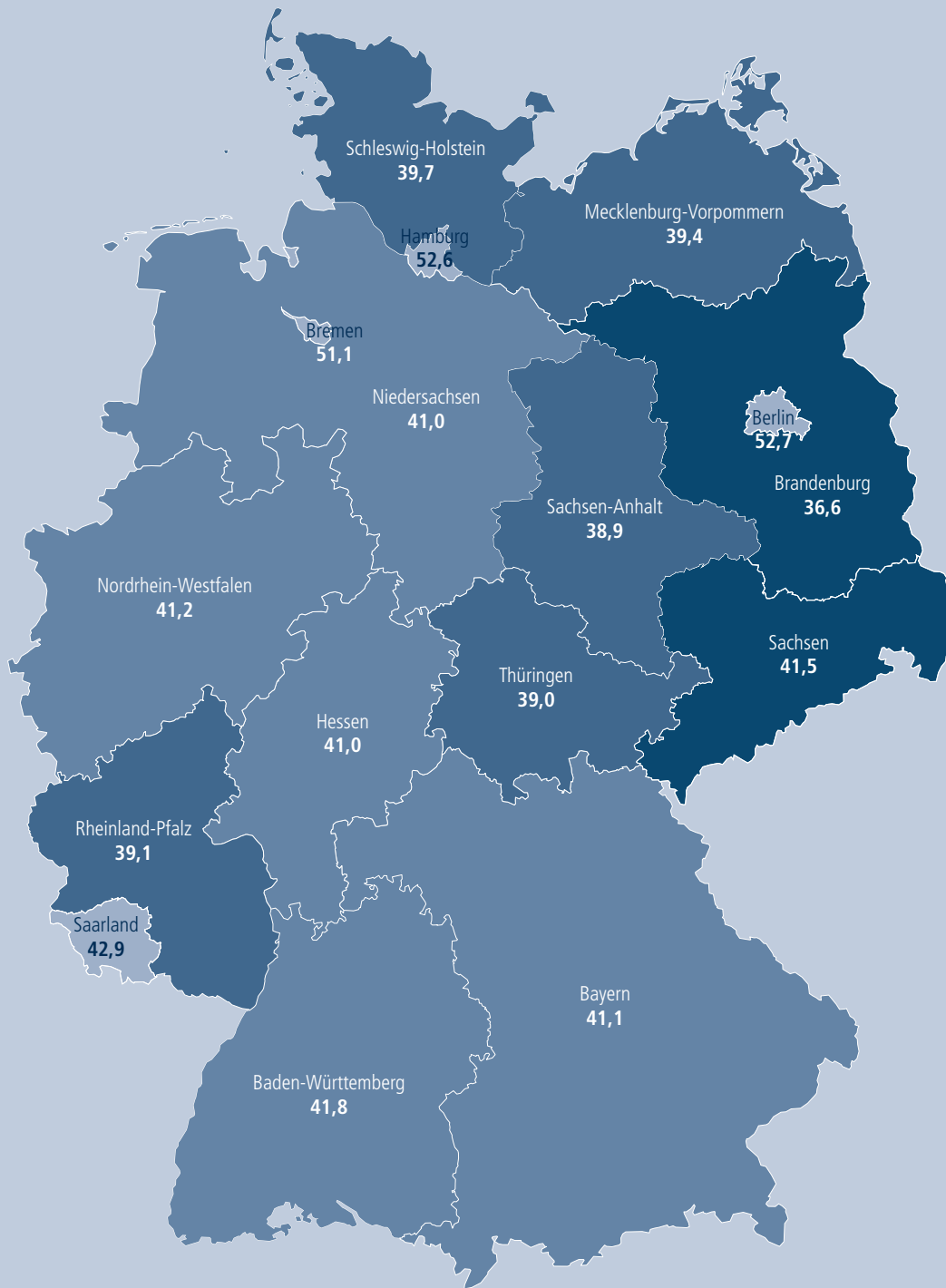
Für die Bundesrepublik wird folgende Prognose beschrieben: „Wie Modellrechnungen des Statistischen Bundesamtes (Destatis) zeigen, kann durch den absehbaren demografischen Wandel in Deutschland die Zahl der Pflegebedürftigen von 2,2 Millionen im Jahr 2007 auf 2,9 Millionen im Jahr 2020 und etwa 3,4 Millionen im Jahr 2030 ansteigen. Die Zunahme bis zum Jahr 2020 dürfte somit 29 Prozent und bis 2030 rund 50 Prozent betragen. In einer langfristigen Betrachtung bis zum Jahr 2050 ergibt sich eine Verdopplung der Zahl der Pflegebedürftigen auf dann 4,5 Millionen“ (Statistisches Bundesamt 2010: Pressemitteilung Nr. 429).

3.3 Entwicklung und Prognostik der Haushalte

Ein mit dem Bevölkerungszuwachs korrespondierender Problembereich ist die erwartete Zunahme an Einpersonenhaushalten. Ausgehend von 2009 (40 Prozent der Haushalte sind Einpersonenhaushalte), geht man bis 2030 von einem weiteren Wachstum um weitere drei Prozent aus, wohingegen die Haushalte mit drei oder mehr Personen (Familien) von 13 Prozent auf unter zehn Prozent abnehmen werden. Auch in diesen Modellen sind zahlreiche Faktoren nicht kalkulierbar, da sie z. B. nicht von starken

Abbildung 4:

Anteil Einpersonenhaushalte 2025



Zunahme ambulante Pflegebedürftige 1999 - 2009



Quelle: Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR)/eigene Darstellung.

wirtschaftsbedingten Schwankungen bei der Zuwanderung oder der Abwanderung ausgehen. Dennoch lassen sich diese Modelle als Orientierungen nutzen und zeigen auf, welche Entwicklungen zu erwarten sind, wenn die Rahmenbedingungen der Vergangenheit ähnlich oder gleich bleiben.

Vor allem in den neuen Bundesländern sind bereits aktuell tendenziell kleinere Haushaltsgrößen zu beobachten. Geringe Haushaltsgrößen und eine insgesamt beobachtete Zunahme an kleinen Haushalten (hier auch im westlichen und südlichen Teil der Bundesrepublik) werden vor dem Hintergrund der familiären Pflege als ein Risiko betrachtet, denn mit einer mit zunehmender Singularisierung verbundenen Änderung der Haushaltsstrukturen sinkt wahrscheinlich auch die Möglichkeit der Übernahme pflegerischer Leistungen im Rahmen der familiären Versorgung.

Das Statistische Bundesamt weist in seinem Bericht zur demografischen Entwicklung aus, dass mit einer weiteren Abnahme der Haushaltsgrößen zu rechnen ist (Statistische Bundesämter des Bundes und der Länder 2011). Es zeigt sich, dass insbesondere in den alten Bundesländern mit einem massiven Anstieg der Ein- bis Zweipersonenhaushalte gerechnet wird.

3.4 Entwicklung und Prognostik des professionellen Fachkräftebedarfs in der Pflege

Wissenschaftlich stabile Berechnungen der (benötigten) Zahl an professionell Pflegenden lassen sich nur begrenzt erkennen. In zahlreichen Gutachten und Studien werden unterschiedliche Berechnungen vorgenommen, die insgesamt einen steigenden Bedarf attestieren und diesen unterschiedlich hoch beziffern. Berechnungen liegen dabei von unterschiedlichen Organisationen (Instituten, Arbeitsagentur, Unternehmensberatungen, Versicherungsbranche etc.) vor.

- 2008 z.B. berechnete das Institut der deutschen Wirtschaft Köln, dass, ausgehend von 2005, bis 2050 ca. mit einer Verdreifachung der Beschäftigtenzahlen (auf ca. 1,5 Millionen)

in Vollzeitstellen zu rechnen sei (Enste/Pimpertz 2008).

- Afentakis/Böhm (2009) berechnen in einem Basisszenario (vor dem Hintergrund des Status quo) für die Pflegeberufe in 2025 einen Mangel an 193.000 beziehungsweise 214.000 Pflegevollkräften in allen Sektoren der Pflege gemeinsam. Einen realen Mangel an Pflegekräften sehen sie erst ab dem Jahr 2018 auf den Pflegesektor zukommen.
- Pohl weist in seiner Studie für NRW darauf hin, dass technischer Fortschritt eine entscheidende Größe darstellen kann, und berechnete unterschiedliche Szenarien (mit oder ohne Produktivitätssteigerung). Er kommt im Basisszenario zu dem Schluss, dass bis 2030 mit zusätzlichen 57.000 Vollzeitstellen in der ambulanten und stationären Pflege gerechnet werden kann (Pohl 2010).
- Prognos geht in einer Berechnung des Wachstums der sozialen Dienstleistungen bis 2025 von einem Beschäftigungszuwachs von 436.000 Personen in der ambulanten und stationären Pflege aus (vgl. Dauderstädt 2012).
- Das Rheinisch-Westfälische Institut für Wirtschaftsforschung berechnet bis zum Jahr 2030, dass es einen zusätzlichen Bedarf von 120.000 bis 175.000 Personen geben wird (Augurzyk et al. 2011).
- Oswald et al. (2011) führen in ihrer Studie aus, dass bis 2030 in Krankenhäusern 400.000 Gesundheits- und Krankenpflegekräfte und im ambulanten Feld 66.000 Kräfte fehlen werden. Dabei wurde der Bedarf im stationären Altenpflegebereich in der Berechnung nicht berücksichtigt.
- Schneider/Enste (2000) berechnen eine Quote der Personen im Erwerbsalter und stellen diese der Zahl Pflegebedürftiger gegenüber. Sie berechnen eine Veränderung dieser Relation von 100:3 (im Jahr 2008) auf 100:11 (im Jahr 2060).

Die teils innerhalb der Studien (Szenarien), teils zwischen den Studien hoch divergierenden Zahlen zeigen, dass eine Berechnung vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Annahmen, der verwendeten Berechnungsformeln und der ein-

geschlossenen oder ausgeschlossenen Kriterien sehr unterschiedlich ausfällt und zu unterschiedlichen Zahlen führt. Die Annäherungen an eine kalkulierbare Wirklichkeit werden dabei durch die folgenden Aspekte erschwert:

- (1) Ableitung aus Bestandsdaten (Routinedaten, die keine Aussagen zum realen Bedarf seitens der Einrichtungen selbst (Feldrealität) aufweisen);
- (2) mangelnde Qualität der vorhandenen Daten mit teilweise erheblichen statistischen Abweichungen über die Zahl der Pflegenden (Simon 2011);
- (3) Trivialität der verwendeten Berechnungsmodelle (lineare/nicht lineare Projektionen vom Status quo ausgehend ohne mögliche Wirkungsbeschreibung alternativer und innovativer Versorgungsstrukturen – klassisches dyadisches Pflegesystem (ambulant und stationär) wird fortgeschrieben);
- (4) Ableitung der eingeschlossenen Faktoren auf der Basis unbewiesener Modelle (z.B. nahezu linearer Zusammenhänge zwischen demografischer Entwicklung, Einrichtungsanzahl und Personalanzahl ohne Berücksichtigung der Rahmenbedingungen, der Finanzierungen und der sozialen Wirklichkeit).

(5) Prognosezeiträume erstrecken sich von 20 bis zu 40 Jahren in einem sozial und rahmenrechtlich stark beeinflussten Feld;

(6) Einbezug von unzureichend abgesicherten Faktoren aus der Industrie ohne Nachweis einer Übertragbarkeit auf soziale Dienstleistungsbereiche (Produktivitätsfortschritt/Faktor technischer Fortschritt).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die demografische Bevölkerungsentwicklung eine Alterung der Gesellschaft erkennen lässt und dementsprechend eine Zunahme hochaltriger Personen, die (zukünftig) als pflegebedürftig eingestuft werden, erwartet wird. Auch die Entwicklung der Haushaltsgrößen hin zu einer Singularisierung der Haushalte, verdeutlicht eine zu erwartende Steigerung der Versorgungsbedarfe älterer bzw. pflegebedürftiger Personen durch Dritte in der Zukunft. Auch wenn die unterschiedlichen Szenarien zur Abschätzung des zukünftigen Pflegefachkräftebedarfs eher orientierenden Charakter haben, bleibt festzuhalten, dass es zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine Studie gibt, die von einer Stagnation oder einer Verringerung des Bedarfs professionell Pflegender ausgeht.

4. Bedarfe von Haushalten mit alten Menschen

4.1 Differenzierungen von haushaltsnahen Dienstleistungen

Die Nachfragesituation der Haushalte insbesondere älterer Menschen ist breit gefächert und reicht von einfachen Unterstützungsleistungen wie hauswirtschaftlicher Unterstützung, Abhol- und Bringdiensten, Hilfe beim Ausfüllen von Formularen bis zu Reparaturarbeiten oder Tierbetreuung, einfachen Informationsbedarfen bis hin zur Nachfrage komplexer Pflegearrangements und hoch spezialisierter Angebote, wie etwa bei häuslichen Beatmungsregimen von komatösen oder langzeitbeatmeten Patienten. Ausgehend von dem Wunsch nach Erhalt von Selbstbestimmung und Selbstständigkeit in der eigenen Häuslichkeit werden mit zunehmendem Alter und Einschränkung der individuellen Möglichkeiten zunächst meist hauswirtschaftliche und handwerkliche Dienstleistungen, Unterstützung bei der Mobilität und bei der Versorgung mit lebensnotwendigen Gütern, Hilfestellungen und Begleitungen bei der Teilnahme an kulturellen, sportlichen oder unterhaltungsorientierten Veranstaltungen sowie der Teilhabe an gesellschaftlichen Ereignissen u. a. m. nachgefragt. Bei fortschreitendem Verlust der eigenen kognitiven und/oder körperlichen Fähigkeiten und Kompetenzen kommen in der Folge gesundheitsbezogene und pflegerische Dienstleistungen zur Kompensation der verloren gegangenen Teilselbstständigkeit hinzu.

Diese Entwicklungen sind hinsichtlich der Nachfrage nach einzelnen Dienstleistungen, ihrer Dynamik und Intensität individuell sehr un-

terschiedlich. So kann es sich um einen langsamen und recht kontinuierlich voranschreitenden Verlust einzelner Fähigkeiten und Kompetenzen handeln, durch den nach und nach die bestehenden Netzwerke ausgebaut werden müssen oder neue Netzwerke initiiert werden und neue Dienstleistungen benötigt und nachgefragt werden. Es kann aber auch einen schnellen und abrupt stattfindenden Einschnitt ins Alltagsleben geben, wie etwa durch einen Schlaganfall ausgelöst, in dem dann zügig nach der Akutversorgung im Krankenhaus und der anschließenden i. d. R. stationären Rehabilitation ein passendes häusliches Arrangement hergestellt werden muss.¹⁸

Es liegen keine einheitlichen und definitiv abgrenzbaren Beschreibungen zu haushalts- und personennahen Dienstleistungen vor. Die Frage, ob eine Leistung bereits pflegerischer Natur ist oder ob es sich noch um eine zum Haushalt gehörende Tätigkeit handelt (z. B. die Frage nach der Zuordnung bei der Assistenz beim Toilettengang), wurde zu unterschiedlichen Zeitpunkten unterschiedlich bewertet. Aus der Perspektive der Menschen mit Hilfebedarf ergeben sich eher komplexe Bedarfslagen, die nicht in einzelne Maßnahmen zu zergliedern sind („morgendliches Fertigmachen“). Dies schließt beispielsweise sämtliche körperbezogenen Maßnahmen ein (Waschen, Kämmen, Zähneputzen etc.), aber auch haushaltsnahe Leistungen (Bett aufschüttern, Frühstück bereiten) sowie medizinische Tätigkeiten (Einnahme und Kontrolle der Frühmedikation). Diese Bündelungen sind in den unterschiedlichen Sozialgesetzgebungen nicht als Einheit zu erkennen. Die einzelnen Leistungen

¹⁸ Je nach Rehabilitationspotenzial und Angebotsstrukturen kann in einem solchen Fall auch Selbstständigkeit bis hin zur vollständigen Wiedergenesung und Unabhängigkeit der Betroffenen zurückgewonnen werden.

werden aufgrund der Kompetenzen und notwendigen Wissensbestände unterschiedlichen Berufsgruppen zugewiesen (z.B. Überwachung der Einnahme der Frühmedikation durch Pflegende, sofern es sich um eine erwerbsmäßige Handlung handelt). Ferner sind sie danach geregelt, wer die Hoheit der Verschreibung bzw. der Feststellung hat (Hausärzte oder Medizinischer Dienst) und ob sie leistungsrechtlich in den Bereich der Kranken- oder aber der Pflegekasse fallen. Dies erschwert die Diskussionen, da zunächst die Perspektive geklärt werden muss, unter der versucht wird, die Leistungen zu differenzieren und zu beschreiben.

Für das vorliegende Papier wurden die nachfolgenden vier Bereiche der haushalts- und personennahen Dienstleistungen verwendet (siehe Abbildung unten). Demnach existieren Bereiche der Teilhabe, die vor allem die lebensweltliche und realitätsnahe Gestaltung im sozialen Raum beinhaltet. Mit dem Begriff der „Inklusion“ soll verdeutlicht werden, dass ausdrücklich ein Einbezug älterer und pflegebedürftiger Menschen in die Lebenswelt gewünscht ist und keine Ausgrenzung aufgrund von Hilfebedarf entstehen soll.

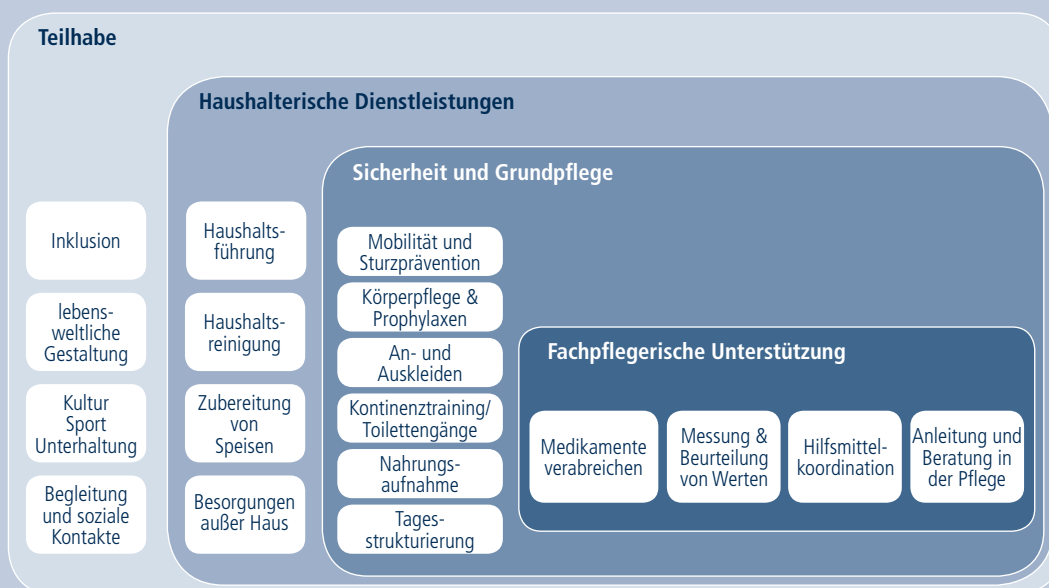
Auch für eine nähere Erfassung der Teilhabe liegen keine differenzierten Definitionen vor. Normierungen lassen sich ebenso nicht vornehmen, da die Gestaltung individuell unterschiedlich ausfällt. Daher wird auch aus der Perspektive der Personen mit einem Hilfebedarf ein subjektiv stark unterschiedlicher Bedarf in diesem Bereich existieren (z.B. hinsichtlich der Kontakthäufigkeit mit anderen etc.).

Zu den haushaltsnahen Dienstleistungen im engeren Sinne wurden in den Diskussionen die konkreten Maßnahmen der Haushaltsführung und Unterstützung gezählt. Das umfasst Besorgungen für den Haushalt, Leistungen der konkreten Haushaltsführung (Reinigungsleistungen, Wäscheversorgung etc.) und die Vor- und Zubereitung von Speisen sowie Leistungen, die zur Aufrechterhaltung der Funktionen des Wohnraums zu zählen sind (z.B. leichte Reparaturarbeiten, Glühbirnenwechsel) und auch Gartenarbeiten (Außenbereich des Wohnraums).

Ein weiterer Bereich wurde identifiziert, der mit „Sicherheit und Grundpflege“ bezeichnet wurde. Hier sind Aspekte der engeren Betreuung, Begleitung, Beaufsichtigung zu finden. Gleicher-

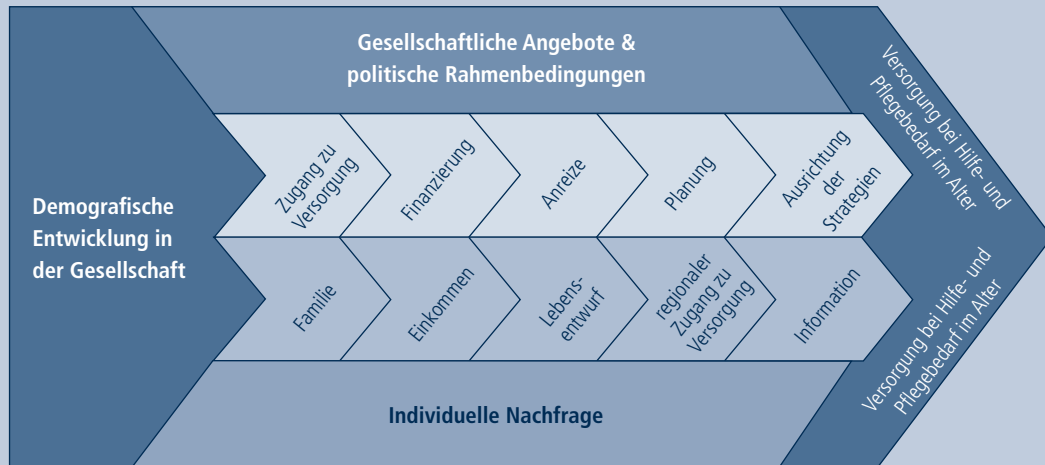
Abbildung 5:

Bereiche der haushalts- und personennahen Dienstleistungen



Quelle: Eigene Grafik dip.

Abbildung 6:

Beeinflussende Faktoren auf die Angebote und Nachfrage von Pflege- und Hilfebedarf im Alter

Quelle: Eigene Grafik dip.

maßen aber umfasst dies auch konkrete körperbezogene Versorgungsleistungen (Waschen, Ankleiden etc.) sowie Maßnahmen, die häufig von Pflegediensten erbracht werden (z.B. Prophylaxen zur Vermeidung von Erkrankungen, Trainings zur Mobilitätssteigerung, Leistungen, die in andere Bereiche der Aktivitäten des täglichen Lebens fallen, wie Kontinenztraining/Inkontinenzversorgung). Ein herausgehobener Aspekt für Menschen mit einer Demenz ist die Tagesstrukturierung als Leistung. Sie wird benötigt, damit durch wiederkehrende Rhythmen und Rituale ein Orientierung und Sicherheit gebendes Muster im Alltag erhalten bleibt.

Ein vierter Bereich ist der der fachpflegerischen Unterstützung. Hier sind Leistungen beschrieben, die ein umfangreiches und spezifisches Grundwissen erfordern, wie etwa das Verabreichen von Medikamenten (einschließlich der Kontrolle der Wirkungsweisen und Nebenwirkungen). Fallen medizinisch notwendige Messungen an (Vitalwerte oder auch Blutzuckerwerte etc.), so müssen diese fachgerecht erhoben und auch interpretiert werden. Weitere fachpflegerische Unterstützungsleistungen sind die Koordination von notwendigen Hilfsmitteln (Pflegehilfsmittel und auch technische Hilfen), sowie

die Beratung und Schulung und Anleitung hinsichtlich der Pflege.

In der Gesamtheit können diese unterschiedlichen Bereiche als Leistungsbereiche beschrieben werden, in denen unterschiedliche Bedarfe entstehen können und die in unterschiedlicher Ausprägung beantwortet werden müssen, wenn eine stabile Versorgung zuhause ermöglicht werden soll.

4.2 Einflussfaktoren auf haushaltsnahe Dienstleistungen

Die Versorgungssituation Hilfe- und Pflegebedürftiger in der Gegenwart ist vor dem Hintergrund komplexer und sich wechselseitig beeinflussender Parameter zu analysieren. Dabei spielen gesellschaftlich finanzierte Angebote und Rahmenbedingungen gleichermaßen eine bedeutende Rolle wie individualisierte Nachfrageentwicklungen, die sich auf die Versorgungsstrukturen aktuell und in Zukunft auswirken. Exemplarisch sollen an dieser Stelle zentrale Aspekte vorgestellt werden.

Eine gerechte Versorgung im Alter als gesellschaftliche Aufgabe bedeutet, dass unter-

schiedlichen Gruppen potenziell ein gleichartiger Zugang zur Versorgung ermöglicht werden muss. Dies wird in den unterschiedlichen Sozialgesetzbüchern festgeschrieben und Formen der Feststellung und des Zugangs werden geregelt. Die Ausgestaltung der Versorgungsformen wiederum wird u. a. durch Anreiz- und Finanzflüsse beeinflusst, die Grundlage der Kalkulation der Einrichtungen sind. Werden beispielsweise verstärkt Anreize zur vollstationären Versorgung gegeben (z. B. durch steuerliche Vorteile oder öffentliche Zuschussung bei Neubauten), so werden hier verstärkt Entwicklungen stattfinden (können). Bedeutsam erscheint auch die Frage nach einer mehr oder weniger koordinierten Planung und Steuerung hinsichtlich der Ausgestaltung der Versorgungssysteme (auch und gerade auf kommunaler Ebene). Wesentlich ist aus der gesellschaftlichen Perspektive heraus auch zu betrachten, welche Strategien in besonderem Maße verfolgt und begünstigt werden. Hinsichtlich der Versorgung kommt dies beispielhaft in den keineswegs trivialen Strategien „ambulant vor stationär“ oder aber „Rehabilitation vor Pflege“ zum Ausdruck.

Aufseiten der individuellen Faktoren kann benannt werden, dass wesentlich die familiäre Struktur und die Möglichkeit der Gestaltung der familiären Pflegearrangements Auswirkungen auf die Versorgung haben (Vereinbarkeit von Beruf/Familie/Pflege). Ferner ist zu berücksichtigen, dass das Einkommen der Haushalte zentral darüber entscheidet, welche Form der Hilfe in Anspruch genommen werden kann. Als weitere Faktoren sind unterschiedliche Lebensentwürfe zu benennen, die wechselseitig mit der familiären Struktur in Verbindung stehen. Für die einzelnen Personen relevant ist zudem, wie sich der regionale Zugang zu Strukturen der Versorgung darstellt. Jenseits einer gesellschaftlichen und auch

gesellschaftlich finanzierten Angebotsstruktur ist dabei die wohnortnahe Erreichbarkeit (z. B. einer Tagespflegeeinrichtung) entscheidend und nicht das Vorhandensein oder die Finanzierung einer Leistung. Projekte aus dem Bereich der Angehörigenberatung weisen zudem darauf hin, dass hinsichtlich der komplexen Versorgungszugänge und der Ansprüche aufseiten von Pflege- und Hilfebedürftigen vielfach ein eklatantes Informationsdefizit herrscht (Isfort et al. 2011).

4.3 Nutzerprofile häuslicher Vollzeitpflege durch Haushaltshilfen aus dem Ausland

Die selbst organisierte Versorgungsform durch Haushaltshilfen aus dem Ausland wird nicht als isolierte Lösung für eine bestimmte Anzahl von Familien verstanden. Vielmehr verdeutlicht die Verbreitung dieser Versorgungsform exemplarisch die Hilfebedarfe aufseiten der Familien und Hilfe- bzw. Pflegebedürftigen. In diesem Zusammenhang werden die konkreten Profile von Nutzerinnen und Nutzern bezüglich haushalts- und personennahen Dienstleistungen durch Haushaltshilfen aus dem Ausland zusammengefasst dargestellt (Neuhaus et al. 2009).

Das typische Profil der Nutzerinnen und Nutzer von Dienstleistungen in diesem Segment sind Studien zufolge¹⁹ hochaltrige, pflegebedürftige, meist weibliche Personen, die pflegerische Hilfe wie auch intensive Betreuung benötigen.²⁰ Meist handelt es sich um allein lebende Personen. Seltener kommt es vor, dass zwei Pflegebedürftige in einem Haushalt versorgt werden.²¹ Häufig handelt es sich um eine längerfristig in Anspruch genommene Versorgungsform.²² Die Charakteristika sind in der folgenden Grafik zusammengeführt.

Entscheidungsgründe für die Inanspruchnahme sind vor allem die körperliche Einschrän-

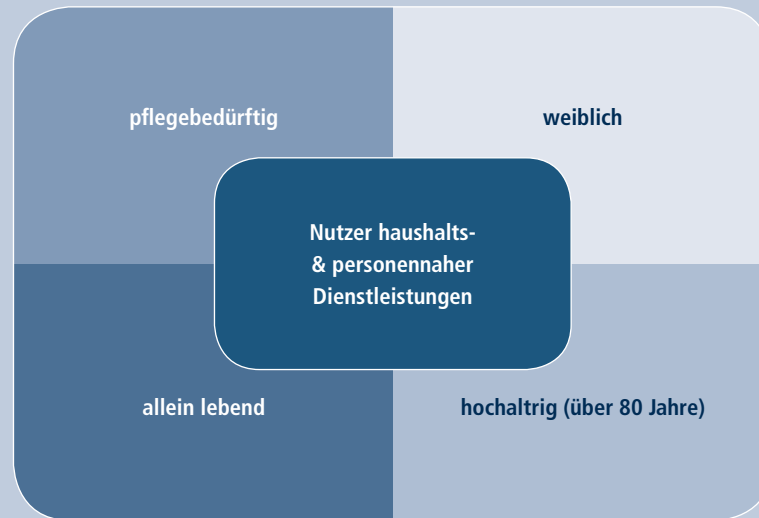
19 Auch bzgl. angemeldeter Beschäftigungen haushalts- und personennaher Dienstleistungen in geringerem Umfang sind ältere Personen die größte Nutzergruppe (41 Prozent), vgl. Kaltenborn et al. (2005).

20 88 Prozent der betreuten Personen in den Nutzerhaushalten sind mindestens 80 Jahre alt, 74 Prozent sind weiblich, 48,7 Prozent leben allein und 31,8 Prozent leben zu zweit in einem Haushalt. Neun von zehn der in Anspruch nehmenden Personen (89,6 Prozent) sind pflegebedürftig im Sinne der Definition der Pflegeversicherung.

21 In 76 Prozent wird eine Person versorgt, in 14,3 Prozent zwei Personen.

22 Bei ca. 25 Prozent besteht die Versorgungsform im zweiten Jahr, bei ca. 20 Prozent im dritten Jahr der Inanspruchnahme.

Abbildung 7:

Charakteristika von Personen, die Haushaltshilfen aus dem Ausland beschäftigen

Quelle: Eigene Grafik dip.

kung (Mobilitätseinschränkung) und das dadurch entstandene Risiko, alleine in der Häuslichkeit zu leben (64 Prozent). Häufig liegen Mehrfacherkrankungen bei den Nutzern vor, die körperliche und kognitive Einschränkungen bedingen. Das spiegelt sich auch hinsichtlich der als notwendig beschriebenen Unterstützungen wider:

- Es besteht ein allgemein hoher Aufwand im Rahmen der Beaufsichtigung (47,4 Prozent).
- Ein Drittel (31,8 Prozent) geben dementielle Veränderungen als Grund bzw. jeder Fünfte (19,5 Prozent) als mit beeinflussenden Faktor für die Nutzung an.
- Mehr als die Hälfte der Befragten bewertet die gewählte Hilfeform als einzige Alternative zu einer vollstationären Versorgung (55,8 Prozent).²³

Der größte Unterstützungsbedarf bei den Familien liegt im Bereich der haushaltsnahen Leis-

tungen und der Versorgung des Haushalts. Hier geben drei von vier Personen einen vollständigen Unterstützungsbedarf (76 Prozent) an. Ähnlich hoch ist der Bedarf bei der Zubereitung von Mahlzeiten (78,9 Prozent). Nur eine von vier Personen kann die Nahrungsaufnahme noch vollständig alleine und ohne weitere Hilfe durchführen.

Fast 80 Prozent der Befragten benötigen Hilfe beim An- und Auskleiden²⁴ und beim Aufstehen bzw. Zubettgehen.²⁵ Ähnlich sehen die Bedarfe bei der Körperpflege²⁶ aus. Regelmäßige und nicht planbare Unterstützungsleistungen²⁷ werden ebenfalls stark angefragt. Ähnliche Bedarfe finden sich bezüglich der Inkontinenzversorgung.²⁸

Mit weiteren Leistungen der Alltagsunterstützung zusammenhängend sind die Bedarfe im Bereich Mobilität und Bewegung, einschließlich der Sturzgefährdung im eigenen Haus(halt):

23 In diesem Zusammenhang ist die Verteilung nach Pflegestufen, unter Einbezug der festgestellten Pflegebedürftigkeit, interessant, die ähnlich wie in der vollstationären Pflege ist: Pflegestufe I – 34 Prozent in der Studie und 36 Prozent laut Pflegestatistik, Pflegestufe II – 42 Prozent in der Studie und laut Pflegestatistik, Pflegestufe III – 23 Prozent in der Studie und 21 Prozent laut Pflegestatistik (vgl. Statistisches Bundesamt 2009).

24 43,5 Prozent vollständige Übernahme der Tätigkeiten durch helfende Personen, 34,4 Prozent teilweise Übernahme.

25 40,3 Prozent vollständige Übernahme der Tätigkeiten durch helfende Personen, 29,2 Prozent teilweise Übernahme.

26 50 Prozent vollständige Übernahme, 27,3 Prozent teilweise Übernahme durch Helfer.

27 37,7 Prozent vollständige Übernahme bei Toilettengängen, 23,4 Prozent teilweise Übernahme durch Helfer.

28 37,7 Prozent vollständige, 22,1 Prozent teilweise Übernahme bei der Inkontinenzversorgung notwendig.

- Für mehr als die Hälfte ist das Thema Verhinderung von Stürzen relevant.²⁹
- Ähnlich hoch sind die Einschränkungen der Betroffenen bezüglich Bewegung.³⁰
- Lediglich eine von fünf Personen (18,2 Prozent) braucht bei der Mobilität im eigenen Haus keine Unterstützung.
- Bei Bewegungen außerhalb des Hauses bzw. der Wohnung benötigt ein noch höherer Anteil der Personen Unterstützung.³¹

Bei über der Hälfte (55,2 Prozent) der Haushalte wird die Medikamenteneinnahme durch die Haushaltshilfe kontrolliert. In jedem dritten Haushalt wird die Versorgung mit Insulin als notwendig angegeben. Hier zeigen sich Schnittmengen zu Leistungen, die i. d. R. durch ambulante Pflegedienste erbracht werden und eine fachqualifizierte Ausbildung erfordern, um Risiken und Medikamentenfolgen abschätzen und beurteilen zu können.

Zusätzlich zu den genannten Bedarfen benötigt ein Drittel der Befragten Unterstützung bei Positionsveränderung im Bett (auch nachts), zur Verhinderung eines Druckgeschwürs (Dekubitus). In einem Drittel der Haushalte wird ein an Demenz Erkrankter betreut und dementsprechende tagesstrukturierende Unterstützung geleistet.³²

4.4 Quantitative Abschätzung des Bedarfs an haushaltsnahen Dienstleistungen

Welchen Umfang solche haushaltsnahen Dienstleistungen in Altershaushalten annehmen, ist nicht exakt abschätzbar und unterliegt auch subjektiven Urteilen und Abgrenzungen, beispielsweise in Befragungen. Zudem dürften über Jahrzehnte eingespielte Abläufe und Lebenswirklichkeiten in Haushalten mit alten Menschen erheblichen Einfluss darauf haben, ob eine solche

Unterstützung als Bedarf empfunden wird oder nicht. Eine Abschätzung der tatsächlichen, objektiv feststellbaren Bedarfe wird dadurch nochmals erschwert.

Das statistische Bundesamt weist in der Pflegestatistik 2009 für das Jahr 2009 1,62 Millionen Pflegebedürftige aus, die zu Hause versorgt werden. Dies entspricht 69 Prozent aller Pflegebedürftigen. Von den daheim Gepflegten werden wiederum rund 1,07 Millionen durch die Familie versorgt und 550.000 durch ambulante Pflegedienste. Die Abgrenzungen beziehen sich auf den Leistungsbezug in der Pflegeversicherung. Oben wurde bereits ausgeführt, dass rund drei Millionen weitere Personen in Deutschland gepflegt werden, die keine Leistungen aus der Pflegeversicherung erhalten. Auch diese Personen können und werden Bedarfe an haushaltsnahen Dienstleistungen äußern können. Insgesamt sind somit nach diesen Abgrenzungen zwischen 1,6 Millionen und rund 4,5 Millionen Haushalte potenzielle Nachfrager von haushaltsnahen Dienstleistungen. Die Breite der Abschätzung entsteht wesentlich durch die zunehmende Fokussierung der deutschen Statistiken auf die Pflegeversicherung. Wird Pflege und Dienstleistung jedoch darüber hinausgehend definiert und untersucht, entstehen zwangsläufig erhebliche Spannbreiten.

Laut Befragungen im Rahmen der Erhebung des SOEP-Datensatzes gab es in 2010 1,7 Millionen Haushalte mit mindestens einer Person, die dauerhaft hilfs- oder pflegebedürftig ist. Davon haben rund 1,2 Millionen Haushalte Leistungen aus der Pflegeversicherung in den Pflegestufen I bis III bezogen (rund 70 Prozent). Die Anzahl der Haushalte liegt somit niedriger als in anderen Abschätzungen, was mit der Form der Erhebung zu tun haben kann, bei der Haushalte mit (ausschließlich) pflegebedürftigen Personen weniger häufig einbezogen werden konnten.

29 Vollständige Übernahme bei der Verhinderung von Stürzen ist für 35,7 Prozent und teilweise Übernahme bei 21,4 Prozent der Nutzerhaushalte ein wichtiger Unterstützungsbedarf.

30 29,2 Prozent können nicht allein gehen und stehen, weitere 27,3 Prozent benötigen dafür eine teilweise Unterstützung.

31 38,3 Prozent vollständige Übernahme, 20,1 Prozent brauchen eine teilweise Hilfe.

32 Bei schwerer Pflegebedürftigkeit bzw. demenziell veränderten Personen ist in der Regel ein umfassender Unterstützungsbedarf in allen Bereichen des alltäglichen Lebens erforderlich, der die permanente Anwesenheit oder Rufbereitschaft einer unterstützenden Person erforderlich macht.

Unsere Auswertung der SOEP-Daten zeigt, dass im Jahr 2010 rund 92,49 Prozent der Haushalte mit einer pflegebedürftigen Person die Notwendigkeit der Hilfe bei Besorgungen außerhalb des Haushaltes bejahen.³³ Hochgerechnet auf die Haushalte in Deutschland sind dies 1,656 Millionen Haushalte (eigene Berechnungen). Davon sind 0,383 Millionen Haushalte nicht Bezieher der Pflegestufe I bis III (26,01 Prozent aller Haushalte mit Notwendigkeit der Hilfe bei Besorgungen außerhalb des Haushaltes). Die darüber hinausgehende notwendige Hilfe bei der Haushaltsführung wird von 81,42 Prozent der Haushalte mit mindestens einer Pflegeperson bejaht.³⁴ Wiederum bezogen auf das Jahr 2010 handelt es sich um 1,379 Millionen Haushalte. Auch hier ist nur eine Minderheit der Haushalte (26,01 Prozent, absolut 0,252 Millionen) kein Bezieher von Leistungen der Pflegestufen I bis III. Die Befragung zeigt zudem, dass rund 1,004 Millionen Haushalte mit pflegebedürftigen Personen den Bedarf an Hilfe durch Angehörige im Haushalt selbst erhalten.³⁵ Dies ist die mit Abstand häufigste Quelle von Pflege und Hilfe, gefolgt von Angehörigen außerhalb des eigenen Haushaltes (417.000 Pflegehaushalte absolut). 555.000 Haushalte nehmen private und kirchliche Pflegedienste in Anspruch und somit eine bezahlte Hilfe. Auf Freunde, Bekannte und Nachbarn verlassen sich 285.000 Haushalte. Mehrfachantworten waren möglich, so dass sich Überschneidungen zwischen den Quellen der Hilfeleistungen ergeben. Zudem wurde nicht nur explizit nach haushaltsnahen Dienstleistungen gefragt, sondern auch nach möglichen Pflegeleistungen.

In der MUG-III-Studie äußerten vor rund zehn Jahren im Jahr 2002 83 Prozent der Pflegenden, dass sie stark oder sehr stark durch die Pflege von Angehörigen belastet sind. Sofern die Pflegebedürftigen vorwiegend hauswirtschaftliche Unterstützung erhalten, geben Hauptpflegepersonen zu 31 Prozent (eher stark) oder auch

acht Prozent (sehr stark) eine Belastung an. Bei Pflege demenziell Erkrankter liegen die Belastungen höher, ebenso liegen die Belastungen höher sofern die Hauptpflegeperson auch nachts bzw. 24 Stunden verfügbar sein muss oder ihren eigenen Beruf noch fortführt (MuG III 2002: Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung).

Eine irreguläre (oder auch im Graubereich erfolgende) Beschäftigung von Arbeitskräften für Pflege und haushaltsnahe Dienstleistungen wird allein für die Rund-um-die-Uhr-Pflege (24-Stunden-Pflege) in etwa 100.000 Haushalten in Deutschland vermutet, ohne dass sich eine definitiv belastbare Datengrundlage angeben lässt (AWO/ver.di 2012: 7). Die Befragung von Runde et al. (2010) gibt die Zahl der Pflegehaushalte mit privat finanzierter Pflegeperson mit 2,1 Prozent an. Dies entspräche bei 1,62 Millionen Pflegehaushalten etwa 34.000 Haushalten, so dass 100.000 Haushalte als Obergrenze gelten würden.

Nicht übersehen werden darf zudem, dass es sich nicht nur bei Pflegetätigkeiten, sondern verstärkt noch bei haushaltsnahen Dienstleistungen in Altershaushalten um Tätigkeiten durch Frauen handelt. Diese sind im Schnitt 50 bis 60 Jahre alt, geben für die private Pflege im Familienkreis häufig eine eigene Erwerbstätigkeit teilweise oder ganz auf und verzichten auf eigene Rentenanwartschaften und anderweitigen Aufbau von Leistungsansprüchen an die Sozialversicherungen.

Noch verschärft wird die geschlechterspezifische Betrachtung bei der Anwerbung von regulären oder irregulären Personen in der bereits erwähnten privat organisierten 24-Stunden-Pflege. Auch hier sind vorwiegend Frauen betroffen, die in ihren Heimatländern wiederum Lücken in der Versorgung auch eigener Familien hinterlassen. Die Problematik der haushaltsnahen Dienstleistungen wird somit exportiert, nicht jedoch gelöst. Zusammenfassend kann somit festgehalten wer-

33 Die Frage lautete: Bei welchen Tätigkeiten braucht die pflegebedürftige Person in Ihrem Haushalt Hilfe? Antwortkategorie: Besorgungen und Erledigungen außer Haus.

34 Die Frage lautete: Bei welchen Tätigkeiten braucht die pflegebedürftige Person in Ihrem Haushalt Hilfe? Antwortkategorie: Haushaltsführung, Versorgung mit Mahlzeiten und Getränken.

35 Die Frage lautete: Von wem erhält die Person die benötigte Hilfe? Die Antwortkategorien lauteten: Angehörige im Haushalt, Angehörige außerhalb des Haushaltes, privater Pflegedienst, kirchlicher Pflegedienst, Freunde, Bekannte, Nachbarn.

Tabelle 1:

Quelle der Hilfe bei Pflegebedürftigkeit (nur Haushalte mit mindestens einer pflegebedürftigen Person); Angaben für das Jahr 2010

Benötigte Hilfe durch ...	Anzahl Haushalte mit einer Pflegeperson in Tsd.	In % aller Haushalte mit einer Pflegeperson	Davon: Anzahl Haushalte mit einer Pflegeperson, die Leistungen aus Pflegestufe I bis III erhalten	In % aller Haushalte mit einer Pflegeperson, die Leistungen aus Pflegestufe I bis III erhalten
Angehörige im Haushalt	1.004	59,29	736	59,06
Angehörige außerhalb des Haushalts	417	24,60	298	23,92
Privater Pflegedienst	365	21,57	307	24,63
Kirchlicher Pflegedienst	190	11,20	160	12,80
Freunde, Bekannte	176	10,41	115	9,20
Nachbarn	109	6,45	74	5,95
Gesamtzahl der Haushalte	1.693		1.247	

Quelle: SOEP, eigene Berechnungen.

den, dass es einen strukturellen Unterschied gibt zwischen Haushalten, welche Bedarf an hauswirtschaftlicher Hilfe auf der einen Seite und an pflegerischer Hilfe auf der anderen Seite äußern. Der Bedarf nach Hilfe bei hauswirtschaftlicher Tätigkeit scheint weit ausgeprägter zu sein als der Bedarf nach Hilfe bei Pflege. Dies resultiert wohl auch aus der Tatsache, dass Haushaltshilfe zu einem früheren Zeitpunkt eintritt als Pflegehilfe. Bei Haushalten vergleichbarer Mobilität und Morbidität ist nicht bekannt, ob diese eher Hilfe im Haushalt oder in der Pflege nachfragen würden, wobei zur Erreichung einer guten Versorgung der Altershaushalte die Kategorien teilweise austauschbar sind.

Aus der Gesamtschau der Literatur kann vermutet werden, dass zwischen 80 Prozent und über 90 Prozent der Haushalte mit pflegebedürftigen Personen (je nach Dienstleistung) auch Bedarfe bei der Erbringung hausnaher Dienstleistungen haben. Dies entspricht rund 1,6 Millionen Haushalten in Deutschland mit wachsen-

der Tendenz. Einige Schätzungen weisen höhere Zahlen aus, indem die Definition von Haushalten mit Pflegebedarf sehr weit über die Pflegeversicherung hinaus ausgedehnt wird. Ebenso ist die Aufgliederung nach Bedarfen aus einer demenziellen Erkrankung in den Umfragen häufig noch nicht genügend differenziert, so etwa bei den SOEP-Daten. Deutlich wird jedoch bereits, dass es sich um ein quantitativ relevantes Problem handelt.

Die Notwendigkeit der Unterstützungen bei Besorgungen außerhalb des Haushalts wird dabei als höher eingeschätzt als für Hilfen innerhalb des Haushalts, wenn auch beide Angaben auf sehr hohem Niveau erfolgen. Ursachen für die häufiger geäußerte Nachfrage nach Hilfe außerhalb des Haushalts können neben nachlassender Mobilität auch Vertrautheit mit Umgebungen und schlichte Sorge vor Unfällen oder nachlassende Kraft sein. Deutlich wird hier bereits die Gefahr einer Vereinsamung, sofern Besorgungen außerhalb des Haushaltes unterlassen werden.

Die Versorgungsmuster für Altershaushalte innerhalb und außerhalb des Leistungsbezugs der Pflegeversicherung unterscheiden sich nicht wesentlich. Derzeit werden diese Dienstleistungen vorwiegend durch Angehörige erbracht, insbesondere durch Angehörige, die im gleichen Haushalt leben. Hierbei handelt es sich zum weitaus

überwiegenden Teil um Frauen im mittleren und höheren Alter, die ihren Ehemann pflegen. Die mögliche weitergehende Aufnahme von haushaltsnahen Dienstleistungen in eine Sozialversicherung entlastet somit wesentlich diese Personengruppe.

5. Leistungsbereiche und -ausgaben der Pflege

5.1 Komplexität der Leistungen in der Pflege

Das deutsche Pflegeversicherungssystem unterliegt seit Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 zahlreichen Anpassungsprozessen. In einer Metaperspektive der grundsätzlichen Architektur des Systems kann festgehalten werden, dass die Leistungen in der Gesamtheit auf eine Stärkung familienbezogener Pflegearrangements und damit private Erbringung angelegt sind. Ein aktuelles Gutachten der Friedrich-Ebert-Stiftung kommt zu dem Schluss, dass das in Deutschland vorherrschende Modell zentrale Merkmale eines familienbasierten Pflegesystems aufweist (Heinze 2012). Im Gegensatz dazu finden sich beispielsweise in den skandinavischen Ländern eher servicebasierte Pflegesysteme. Die Funktionsfähigkeit und Stabilität des familienorientierten Pflegesystems setzt ein eher klassisches Rollenverteilungsmuster in den Familien voraus und stützt damit die Pflege als eine primär durch Frauen erbrachte private Leistung. Dies hat dem Gutachten zufolge negative Auswirkungen auf mögliche Beschäftigungsimpulse und u.a. auch auf die Geburtenraten. Merkmale dieses Systems sind u.a. auch ein im Vergleich geringerer Anteil an professionellen Dienstleistern, ein zersplittertes Leistungssystem sowie hohe Hürden bei der Beantragung von einzelnen Leistungen. Die öffentlichen Leistungen und damit verbundenen Leistungsausgaben sind gegenüber denen in serviceorientierten Pflegesystemen deutlich niedriger. Zugleich aber wächst damit in der Folge das Risiko, dass neben den bestehenden Strukturen und Leis-

tungen auch privat organisierte Lösungen gesucht werden, wie sie z.B. in Deutschland und Österreich im Bereich der irregulären Beschäftigung von Haushaltshilfen aus dem Ausland zu finden sind.

Die Versorgungsstrukturen und Unterstützungsleistungen für Menschen mit Pflege- und Hilfebedarf sind in Deutschland entsprechend komplex und häufig nicht oder nur unzureichend aufeinander abgestimmt. Seit der Einführung der Pflegeversicherung 1995 wurden im Rahmen von Änderungen und Ergänzungen Leistungen neu definiert, bestehende Leistungen wurden erweitert, verändert oder die Nutzergruppen von Leistungen wurden ausgeweitet.^{36, 37} Eine grundsätzliche Architekturänderung blieb bislang aus. Flankierend zur Stärkung der privat organisierten Pflege wurde seit Anfang 2012 mit der Familienpflegezeit eine erweiterte Möglichkeit geschaffen, das familiäre Pflegesystem zu stützen. Die aktuelle Weiterentwicklung der Pflegeversicherung durch das Pflegeneuausrichtungsgesetz (PNG), welches am 1.1.2013 in Kraft tritt, stellt eine Leistungserweiterung für dementiell erkrankte Personen und eine Flexibilisierung der Leistungskombinationen dar. Ob eine generelle Leistungsausweitung die notwendigen Impulse gibt und zielgesichert zur Verbesserung der Versorgung führt, ist nicht erwiesen und muss angesichts des Umfangs eher angezweifelt werden. Flankierende Evaluationen diesbezüglich sind jedoch nicht vorgesehen. Die Grundstruktur des komplexen Leistungssystems wurde damit nicht verändert, was kritisch diskutiert wird (Bundesministerium

36 Im Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz wurden 2002 daher in § 45b SGB XI erstmals zusätzliche Betreuungsleistungen für „Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz“ eingeführt.

37 Im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PFWG) wurden die Leistungen im Jahr 2008 erhöht und auf Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz ausgedehnt.

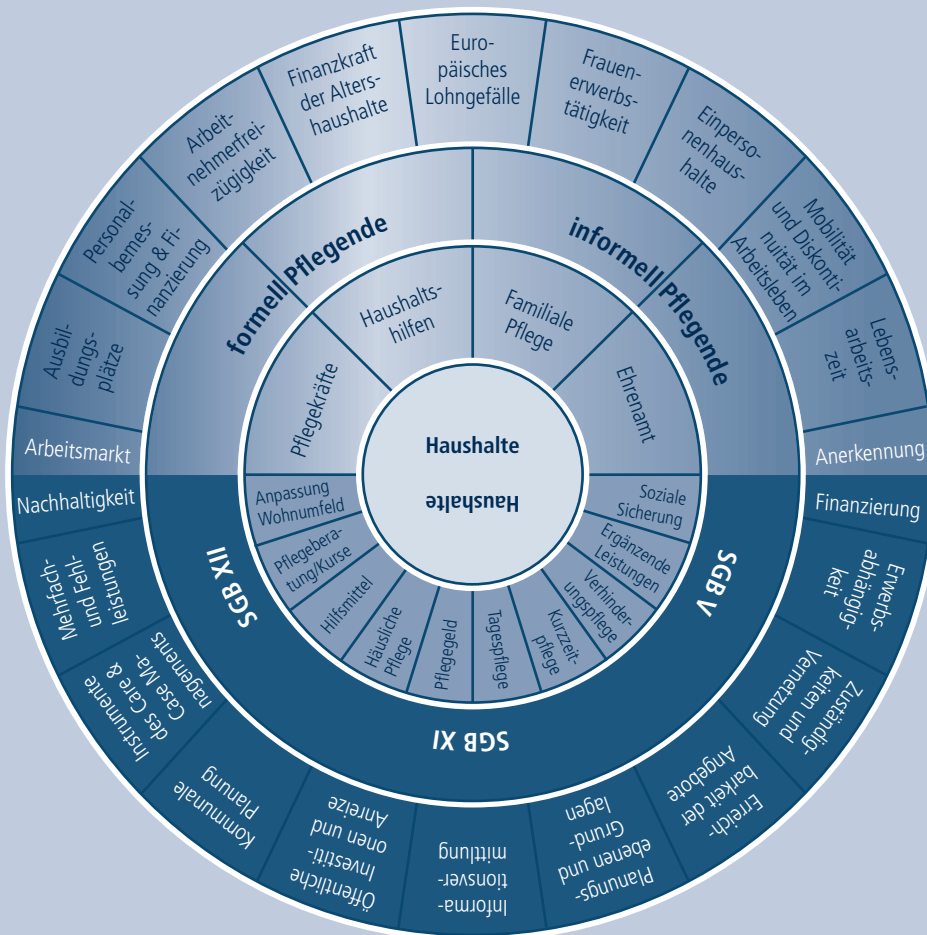
für Gesundheit 2012b).³⁸ Dazu hätten Steuerungssysteme zur Verzahnung der Leistungen weiterentwickelt werden müssen und ein vereinfachter Zugang im Rahmen der Beantragung für Leistungen hätte geschaffen werden müssen.

Die nachfolgende Grafik veranschaulicht exemplarisch ausgewählte Teile der komplexen Versorgungsstrukturen und bedingende Einflussfaktoren. Im Zentrum der Abbildung stehen Leistungsbereiche, wie sie sich aus der Pflegeversicherung, den Hilfen zur Pflege (Sozialhilfe), den pri-

vaten Haushalten und in gewissen Anteilen auch durch die Krankenversicherung und die Rehabilitationsleistungsträger ableiten lassen. Im oberen Halbkreis sind die Personengruppen beschrieben, die im formellen und im informellen Pflegesystem tätig sind. Haushaltshilfen bilden dabei einen Übergang vom formellen ins informelle Pflegesystem. Im äußeren Kreis sind exemplarisch beeinflussende Faktoren abgebildet, die auf die Ausgestaltung und die Sicherstellung der Systeme einwirken.

Abbildung 8:

Pflegeversorgungssystem und beeinflussende Determinanten



Quelle: Eigene Grafik dip.

38 Siehe dazu auch die Stellungnahme von ver.di (Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft ver.di 2012).

Deutlich wird, dass ein solch komplexes System der Versorgungssicherung an zahlreichen Punkten anfällig und für fachlich nicht kundige Personen darüber hinaus kaum steuerbar erscheint. Die unterschiedlichen Kombinationen von Leistungen und der Zugang zu den Leistungen selbst sowie die damit einhergehenden Beantragungen stellen Barrieren der Nutzung dar. Nicht selten liegen in den Haushalten nur unzureichende Kenntnisse vor, um entsprechende Schritte der Beantragung selbst in die Wege zu leiten. Damit bleibt für die hilfe- und pflegebedürftigen Personen eine Abhängigkeit von professionellen Beratungsleistungen bestehen.

Hinsichtlich grundlegender Änderungen oder einer verbesserten Erschließung der Versorgungsstrukturen und Hilfesysteme kann festgehalten werden: Eine Betrachtung der einzelnen Leistungsbereiche oder die Schaffung eines weiteren isolierten Bereichs reichen nicht aus, um eine umfassende Sicherung der Versorgung zu gewährleisten. Auch erscheinen Diskussionen um die Finanzierung alleine nicht ausreichend, um den komplexen Wirkungszusammenhängen und not-

wendigen Änderungsanforderungen zu begegnen und stellen eine Verkürzung der Diskussion dar.

Ein eigenständiges Steuerungsbemühen, die Kombination und nicht optimal abgestimmte Zusammenstellung der Betreuungsleistungen durch die Familien selbst sind nicht selten die Folge einer zeitnahen Lösungssuche und einer im Vorfeld oftmals zu wenig differenzierten Auseinandersetzung mit dem Thema Pflegebedürftigkeit (Institut für Demoskopie Allensbach 2009) sowie fehlender Informationen in den Familien bezüglich der Hilfesysteme und Dienstleister. In diesem Kontext muss die irreguläre Beschäftigung von Haushaltshilfen aus dem Ausland als Ergebnis einer eigenständigen Lösungssuche begriffen werden.

5.2 Leistungsausgaben der Pflegeversicherung

Insgesamt wurde beschrieben, dass sich eine Tendenz zur stärkeren Nutzung von professioneller Pflege ausmachen lässt, wenngleich im Vergleich

Tabelle 2:

Leistungen der Pflegeversicherung

Ausgaben in Mrd. €	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Geldleistung	4,44	4,32	4,28	4,24	4,18	4,11	4,18	4,11	4,08	4,05	4,02	4,03	4,24	4,47	4,67
Pflegesachleistung	1,54	1,77	1,99	2,13	2,23	2,29	2,37	2,38	2,37	2,40	2,42	2,47	2,60	2,75	2,91
Pflegeurlaub	0,13	0,05	0,06	0,07	0,10	0,11	0,13	0,16	0,17	0,19	0,21	0,24	0,29	0,34	0,40
Tages-/Nachtpflege	0,03	0,04	0,05	0,05	0,06	0,07	0,08	0,08	0,08	0,08	0,09	0,09	0,11	0,15	0,18
Zusätzliche ambulante Betreuungsleistungen							0,00	0,01	0,02	0,02	0,03	0,03	0,06	0,19	0,28
Kurzzeitpflege	0,09	0,10	0,11	0,12	0,14	0,15	0,16	0,16	0,20	0,21	0,23	0,24	0,27	0,31	0,34
Soziale Sicherung der Pflegepersonen	0,93	1,19	1,16	1,13	1,07	0,98	0,96	0,95	0,93	0,90	0,86	0,86	0,87	0,88	0,88
Pflegemittel/ techn. Hilfen etc.	0,39	0,33	0,37	0,42	0,40	0,35	0,38	0,36	0,34	0,38	0,38	0,41	0,46	0,44	0,44
Vollstationäre Pflege	2,69	6,41	6,84	7,18	7,48	7,75	8,00	8,20	8,35	8,52	8,67	8,83	9,05	9,29	9,56
Vollstationäre Pflege in Behindertenheimen	0,01	0,13	0,22	0,20	0,21	0,21	0,21	0,23	0,23	0,23	0,24	0,24	0,24	0,25	0,26
Pflegeberatung													0,01	0,03	0,07

Quelle: BMG.

zu anderen (primär skandinavischen) Ländern eine hohe Leistung durch die Familien weiterhin Bestand hat. Dies drückt sich auf der Ausgabenseite auch in einem hohen Anteil und steigenden Ausgaben bei den Pflegegeldleistungen aus, die bei Eigenübernahme gewährt werden. Die Tendenz zur Zunahme professioneller Unterstützung aber belegen insgesamt die vorgestellten Entwicklungszahlen zur Pflegebedürftigkeit und zur Zahl der durch ambulante Dienste und stationäre Altenhilfe betreuten Pflegebedürftigen.

Die beschriebenen Entwicklungen korrespondieren mit den Angaben zu den Leistungsausgaben der Pflegeversicherung (vgl. Tabelle 2).

Bedingt durch die Reformschritte der Pflegeversicherung sind in der Folge unterschiedliche Leistungsbereiche und bürokratische Verfahren entstanden, die in ihrer Komplexität dazu beitragen haben, dass Leistungen nicht immer von den Leistungsberechtigten abgerufen werden. Dazu sind umfassende Informationen der betroffenen Familien notwendig und die entsprechende Zeit und Fähigkeit, um Anträge zu stellen und Nachweise zu führen. So zeigen beispielsweise die geringen Nutzungsgrade der Verhinderungspflege, der Tagespflege und der Kurzzeitpflege, dass nicht alle Leistungsbereiche im SGB XI gleichermaßen bekannt sind oder auch wohnortnah zugänglich sind.

Es ist ein vergleichsweise geringer Anstieg der Pflegegeldleistungen zwischen 1996 und 2010 von 4,4 auf 4,7 Milliarden Euro zu verzeichnen, wohingegen die Ausgaben für Pflegesachleistungen von 1,5 auf 2,9 Milliarden Euro stiegen. Ausgaben für die vollstationäre Pflege stiegen dabei jedoch von 2,7 Milliarden Euro auf 9,6 Milliarden Euro (Bundesministerium für Gesundheit 2012a). Die Änderung der Finanzflüsse lässt sich auch vor dem Hintergrund der Veränderungen in der Nutzung über die Zeit erklären. Analysen der Barmer GEK zeigen hinsichtlich einer zeitlichen Dimensionierung der Leistungsveränderungen auf, dass 50 Prozent der Männer und 61 Prozent der Frauen, die ihre Pflege in häuslicher Pflege begonnen haben, nach zwei Jahren nicht mehr zuhause ge-

pfligt werden (Rothgang et al. 2011). Dies kann auch als ein Hinweis darauf interpretiert werden, dass die Leistungsfähigkeit in den Familien insgesamt begrenzt erscheint und mit Zunahme an Komplexität auch eine notwendige Änderung hin zur Nutzung ergänzender professioneller Angebote besteht.

5.3 Leistungsausgaben für Haushaltshilfen aus dem Ausland

Eine exakte Quantifizierung der aufgewendeten privaten Mittel für Leistungen der häuslichen Versorgung existiert nicht. Bedingt durch den großen und ungesteuerten Bereich der irregulären Beschäftigung, werden auch dazu keine Daten über die Aufwendungen der privaten Haushalte erhoben. Festgestellt werden kann jedoch, welche zusätzlichen Leistungen sich für einzelne Haushalte ergeben, bzw. in welcher Spanne sich die Kosten in etwa für den einzelnen Haushalt im Monat bewegen.

Die finanziellen Aufwendungen für diese Versorgungsart werden von den Familien selbst getragen. Es ist anzunehmen, dass Gelder der Pflegeversicherung, die fast 90 Prozent der Nutzerinnen und Nutzer erhalten, (teilweise) für die Finanzierung einer Haushaltshilfe eingesetzt werden. Beauftragen Pflegebedürftige einen von den Pflegekassen zugelassenen ambulanten Pflegedienst, können sie Pflegesachleistungen je nach Pflegestufe bis zu 1.550 Euro monatlich in Anspruch nehmen.³⁹ Optional können Familien das Pflegegeld (maximal 700 Euro) einsetzen⁴⁰ (BMG 2012c; AOK 2012; Verbraucherzentrale NRW). Insbesondere bei Aufwendungen für eine Haushaltshilfe aus dem Ausland verbleibt eine Finanzierungslücke, die mit privaten Mitteln geschlossen werden muss. Der Preis wird durch die folgenden Faktoren bedingt: Herkunftsland (Arbeitserlaubnis), Qualifikationsniveau der Arbeitskraft (Pflegefachkräfte erhalten höhere Löhne), Deutschkenntnisse, Vermittlungsart (privat oder durch Agentur organisiert), Betreuungsbedarf und

39 In Härtefällen bis zu 1.918 Euro monatlich.

40 Pflegestufe I – 235 Euro, Pflegestufe II – 440 Euro, Pflegestufe III – 700 Euro.

Legalität der Beschäftigungsform. Im Bereich der Schattenwirtschaft sind Preise meist weitaus niedriger. Allerdings besteht ein (relatives) Risiko der Aufdeckung (Zoll, Finanzkontrolle).⁴¹

Insgesamt muss für diese Form der Versorgung Schätzungen zufolge zwischen 1.400 und 2.500 Euro im Monat aufgewendet werden. Aussagen über konkrete Preise irregulärer Beschäftigungen können nicht gemacht werden, obwohl in Einzelfällen immer wieder von Monatslöhnen weit unter 1000 Euro Brutto berichtet wird. Für 66 Prozent der Haushalte in der Studie des dip war die Finanzierung ohne nennenswerte Einschränkungen möglich.⁴²

5.4 Leistungsbereiche der ambulanten Pflege

Aktuell werden von ca. 12.000 ambulanten Pflegediensten in Deutschland 555.000 pflegebedürftige Personen (mit-)betreut. Insbesondere in diesem Bereich sind zunehmende Bedarfe zu beobachten. Der Haupteinsatzbereich der ambulanten Pflegedienste bei der Beantwortung von Pflegebedürftigkeit ist die Grundpflege, in diesem Bereich haben 70 Prozent der Beschäftigten ihren Arbeitsschwerpunkt (Statistische Bundesämter des Bundes und der Länder 2011a). Die ambulanten Pflegedienste verzeichnen deutliche Zunahmen der Betreuungsintensität, wie mehrmalige Versorgungsbesuche am Tag. Die Beschäftigten der ambulanten Pflegedienste beobachten insgesamt einen Anstieg hinsichtlich der Versorgung dementiell veränderter Personen. Nicht selten sind bei dieser besonderen Personengruppe die vereinbarten Zeiten für die Leistungskomplexe nicht ausreichend (Neuhaus et al. 2009). Dies kann dazu führen, dass Leistungskomplexe nicht mehr kostendeckend oder nicht personenorien-

tiert von den ambulanten Pflegediensten erbracht werden können (Isfort et al. 2004). Es fehlt oftmals die kontinuierliche und alltagsbegleitende Hilfestellung der Pflegebedürftigen bzw. der pflegenden Angehörigen (Weidner et al. 2010). Diese kann von ambulanten Diensten nur selten gewährleistet werden. Hier scheinen die dafür notwendigerweise zu kalkulierenden Kosten nur für einen sehr begrenzten Kreis an Personen selbst finanzierbar bzw. werden derzeit nur geringe Erlöse durch zusätzliche private Finanzierung erzielt (Isfort et al. 2004). Die Strukturen der ambulanten Pflege sind in der Gesamtheit nicht auf eine vollumfängliche Versorgung ausgerichtet. Nur einer von vier befragten ambulanten Pflegediensten bietet eine 24-Stunden-Versorgung auch tatsächlich als Regelleistung an. Vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels sind es derzeit vor allem die ambulanten Dienste, die Probleme bei der Akquisition von Fachkräften beschreiben (Isfort et al. 2004).

Zukünftig ist damit zu rechnen, dass die Nachfrage nach ambulanten Pflegeleistungen weiter zunehmen wird. Angesichts eines bereits vorhandenen Fachkräftemangels ist aktuell unklar, wie ein weiterer Ausbau gelingen kann. Hinsichtlich der Leistungen im Bereich der Krankenversorgung (SGB V) sind die ambulanten Pflegedienste von den Verschreibungen von häuslicher Pflege durch die Hausärzte abhängig. Durch wechselnde Anfragen und eine oftmals stark schwankende Betreuungshäufigkeit werden die langfristigen Planungen hinsichtlich der Personalstrukturen erschwert.

Voraussichtlich werden sich zukünftig vor allem kleinere ambulante Dienste zu größeren Verbänden oder Netzwerken mit anderen zusammenschließen müssen, um einen Personalaustausch oder aber die Koordinierung der Übernahme von Versorgungsanfragen besser steuern zu können.

41 Vgl. Verbraucherzentrale NRW.

42 Gut 40 Prozent der Haushalte, die bezüglich der Finanzierung ihrer haushalts- und personennahen Dienstleistung Auskunft gaben, bringen die Aufwendungen für die Beschäftigung selbst ohne Einschränkungen auf und 26 Prozent mit leichten Einschränkungen.

5.5 Leistungsbereiche der stationären Altenpflege, Tages- und Kurzzeitpflege

In Deutschland gibt es laut Pflegestatistik derzeit 11.600 voll- und teilstationäre Einrichtungen der Altenhilfe, in denen 717.000 Pflegebedürftige versorgt werden. Das Bewohnerklientel vollstationärer Einrichtungen setzt sich zunehmend aus sehr alten, mehrfach erkrankten und schwer- bzw. schwerstpflegebedürftigen Menschen zusammen (im Durchschnitt über 83 Jahre alt). Menschen mit Demenz stellen mittlerweile den größten Teil der Bewohnerschaft. Bundesweit wird der Anteil der an Demenz Erkrankten in den Heimen auf zwischen 40 und 60-70 Prozent geschätzt (Weyerer et al. 2006; Isfort et al. 2003). Insgesamt zeigt sich ein Trend hin zur höheren Pflegebedürftigkeit und Hochaltrigkeit bei den Bewohnern. Bundesweit weisen 20 Prozent die Pflegestufe III auf, 49 Prozent sind 85+ Jahre und 75 Prozent sind weiblich. Der Anteil der Schwerstpflegebedürftigen ist am niedrigsten im Saarland mit 15 Prozent und in Mecklenburg-Vorpommern mit 16 Prozent. Der Anteil der Pflegestufe III ist hingegen hoch in Brandenburg (25 Prozent) und Bayern (24 Prozent) (Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2011b). Ein Aufbau von flächendeckender Versorgung durch Tagespflege ist derzeit noch nicht zu beobachten. Zwischen 1999 und 2009 wurde zwar die Zahl von 13.000 auf 26.000 Plätze erhöht (Pfaff 2012). Insgesamt entspricht dies aber einem möglichen Zugang für nur ca. ein Prozent der Pflegebedürftigen in Deutschland insgesamt.

Die stationäre Versorgung wird sich zukünftig weiter auf die gerontopsychiatrische Versorgung und die palliative Versorgung älterer Menschen fokussieren; die Intervalle zwischen dem Eintritt in eine stationäre Altenpflegeeinrichtung und dem Lebensende haben sich in der Vergangenheit stark verkürzt und werden sich aller Voraussicht nach weiter verkürzen.

In Rahmen der Fokussierung auf gerontopsychiatrische und palliative Anteile in der Versorgung sind in der stationären Versorgung Entwicklungen sichtbar, die sich auch in Wohn- und Baukonzepten niederschlagen. Hervorzuheben sind dabei Bestrebungen, die Versorgung von Men-

schen mit Demenz durch Wohngruppenangebote zu stärken (ggf. auch durch multiprofessionell betreute Pflegeoasen) und bauliche Anpassungen (Rundläufe, Duftgärten etc.) vorzunehmen, die den besonderen Bedürfnissen der Menschen entsprechen. Entwicklungen von Tagespflegeplätzen sind als ergänzende Angebote für Angehörige eine wichtige Entlastungsmöglichkeit; sie scheinen aber noch nicht flächendeckend und wohnortnah überall erreichbar zu sein. Die Pflegestatistik 2009 weist Anteile der vollstationären Dauerpflege von 89,3 Prozent (Brandenburg) bis 95,8 Prozent (Rheinland-Pfalz) aus. Die Öffnung der Heime nach außen und die stärkere Vernetzung in die Quartiere etc. werden exemplarisch erprobt und sind Gegenstand von Entwicklungsprojekten (Kremer-Preiß et al. 2008).

5.6 Quantitative Abschätzung des Bedarfs an Pflegeleistungen

Entscheidend für eine Abschätzung der Bedarfe von Altershaushalten ist, welche Tätigkeiten nachgefragt werden und welche finanziellen Ausgaben neben den Leistungen der Pflegeversicherung entstehen. Oben ausgeführt wurde, dass Familienangehörige die weitaus größte Bedeutung bei der Erbringung von Leistungen neben der Pflegeversicherung haben. Dabei kann auch mehr als eine Person einbezogen werden, in rund einem Drittel der Haushalte gibt es jedoch nur eine Hauptpflegeperson. Oben wurde bereits dargestellt, dass dies eine Zahl von 540.000 Hauptpflegepersonen bedeutet und erweitert zwischen 2,0 bis 4,8 Millionen Menschen, die in private Pflege eingebunden sind. Auf der Grundlage älterer Daten weisen Kaltenborn et al. (2005) darauf hin, dass sich für pflegende Angehörige erhebliche Einschränkungen für die Fortsetzung der eigenen Erwerbstätigkeit ergeben (Kaltenborn et al. 2005).

In der MUG III Studie wurde der nicht gedeckte Hilfebedarf aus der Sicht der Haushalte für den Stand Ende 2002 abgefragt. Demnach liegen die nicht gedeckten Bedarfe für pflegerische Leistungen (14 Prozent melden nicht gedeckten Bedarf) durchweg leicht höher als die nicht gedeck-

ten Bedarfe für haushaltsnahe Leistungen (zwölf Prozent melden nicht gedeckten Bedarf) (Schneekloth/Wahl 2005). Erstere steigen insbesondere durch fehlende soziale Netzwerke an und bei der Pflege von dementiell Erkrankten. Keinen linearen Einfluss auf nicht gedeckten Bedarf hatte in dieser Studie die Pflegestufe, vielmehr äußerten Haushalte mit Pflegebedürftigen in unteren Pflegestufen sogar eher mehr Bedarf an zusätzlich benötigten Pflegeleistungen.

Eine von den Gutachtern vorgenommene Auswertung des SOEP-Datensatzes über hochgerechnet 1,7 Millionen Haushalte mit Daten des Jahres 2010 zeigt Unterschiede bei Bedarfen zwischen einfacher und schwieriger Pflegetätigkeit.⁴³

Die Auswertung aller Haushalte mit einer pflegebedürftigen Person zeigt, dass die Notwendigkeit einer Hilfe bei einfacher Pflegetätigkeit (Hilfe beim An- und Ausziehen, Waschen, Kämmen) von etwa zwei Dritteln (66,79 Prozent) der Haushalte mit einer Pflegeperson als notwendig bejaht wird.⁴⁴ Dies sind 1,131 Millionen Haushalte. Die Frage, ob eine Hilfe bei schwieriger Pflegetätigkeit (Hilfe beim Umbetten, Stuhlgang) von der zu pflegenden Person benötigt wird, wurde ebenfalls abgefragt.⁴⁵ Insgesamt gaben 28,26 Prozent der Haushalte mit einer pflegebedürftigen Person im Haushalt an, dass diese Hilfe für die Person notwendig sei. Dies sind 0,478 Millionen Haushalte im Jahr 2010. Die Auswertung der SOEP-Daten kann begrenzt werden auf solche Haushalte, welche Leistungen der Pflegestufen I bis III der Pflegeversicherung erhalten. Diese Haushalte beantworten in 76,93 Prozent der Fällen die Frage nach Hilfe bei einer Pflegetätigkeit mit Ja. Dies entspricht 0,959 Mil-

lionen Haushalte. Bei der schwierigen Pflegetätigkeit sind dies 34,60 Prozent der Haushalte, was 0,431 Millionen Haushalten entspricht.

Der Zeitaufwand für pflegerische Tätigkeiten wurde in einer Befragung von Runde et al. (2010) ermittelt. In Pflegestufe I erfolgt der Zeitaufwand stundenweise (ein bis zwei Stunden) bei 23 Prozent der Pflegepersonen, in Pflegestufe III ist dies nur noch bei zwei Prozent der Pflegenden der Fall. Umgekehrt erfolgt die Pflegetätigkeit rund um die Uhr bereits in Pflegestufe I bei 16 Prozent der Befragten und in Pflegestufe III bei 53 Prozent der Befragten. Dieselbe Untersuchung fragte auch nach den privaten Zusatzausgaben des Haushalts für pflegerische Leistungen. Demnach geben 40 Prozent keine privaten Zusatzausgaben an, 24 Prozent Zusatzausgaben bis 99 Euro und nochmals 24 Prozent Zusatzausgaben von 100 bis 249 Euro. Darüber liegen rund 12 Prozent an Haushalten mit privaten Zusatzausgaben von 250 Euro und mehr.⁴⁶ Auffällig ist, dass die Ausgaben nur wenig entsprechend der Einkommenshöhe der Haushalte schwanken. Wesentlichen Einfluss haben hingegen die Berufstätigkeit der pflegenden Person und das damit verbundene Ausweichen auf institutionelle Pflegearrangements. Auch die Pflegestufe hat Einfluss auf die Höhe der Zusatzausgaben, wenn auch nicht sehr ausgeprägt und mit teilweise unklarer Richtung. Zusammenfassend leisten zwischen 33 Prozent und 45 Prozent der Haushalte keine privaten Zusatzausgaben. Jeweils 20 Prozent bis 25 Prozent leisten in den Pflegestufen Zusatzausgaben bis 99 Euro und zudem 100 Euro bis 250 Euro. Der restliche Anteil der Haushalte leistet höhere Zusatzausgaben.⁴⁷

43 Angaben in Tausend Pflegebedürftige.

Quelle	Stufe I	Stufe II	Stufe III
Pflegeversicherung	967	471	138

Quelle: Auswertung des Sozioökonomischen Panels (SOEP). Informationen zur Datenbank finden sich unter <http://www.diw.de/soep>.

44 Die Frage lautete: Bei welchen Tätigkeiten braucht die pflegebedürftige Person in Ihrem Haushalt Hilfe? Antwortkategorie: Einfacheren Pflegetätigkeiten, z. B. Hilfe beim An- und Auskleiden, Waschen, Kämmen und Rasieren.

45 Die Frage lautete: Bei welchen Tätigkeiten braucht die pflegebedürftige Person in Ihrem Haushalt Hilfe? Antwortkategorie: Schwierigere Pflegetätigkeiten, z. B. Hilfe beim Umbetten, Stuhlgang usw.

46 A.a.O. Seite 37.

47 A.a.O. Seite 42.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Komplexität der (Pflege-)Leistungen eine Steuerung nach Bedarfen erschwert. Informationsdefizite wirken als Barriere für die Nutzung vieler Unterstützungsleistungen (der Pflegebedürftigen bzw. der Familien). Die Leistungsfähigkeit der Familien bei der Pflege ist begrenzt, gleichzeitig fehlt vielerorts ein flächendeckendes Angebot von Entlastungsleistungen (z.B. Tagespflege) oder der Zugang ist nur unzureichend gesichert. Die pflegerische Unterstützung durch ambulante Pflegedienste ist für die häusliche Versorgung wichtig. Allerdings können die professionellen Pflegeanbieter die Bedarfe nach zeitlicher Flexibilität und Kontinuität von Leistungen nicht bieten. Wird Hilfe im Haushalt bereits frühzeitig und professionell vermittelt, kann eine Pflegebedürftigkeit verhindert oder hinausgezö-

gert werden. Auch können Angehörige sich je nach Leistungsfähigkeit stärker im Bereich der Pflege engagieren, sofern sie bei Haushaltstätigkeiten entlastet werden. Der präventive Gedanke von Hilfen im Haushalt in Bezug auf die Milderung oder Hinauszögerung von Pflegebedürftigkeit und vollstationärer Versorgung ist evident. Für bestimmte Personengruppen scheint eine finanzielle Mehrbelastung für eine individuelle häusliche Versorgung (z.B. durch Haushaltshilfen aus dem Ausland) oder eine stationäre Versorgung akzeptabel zu sein. Hinsichtlich der gesellschaftlichen, gerechten Versorgung aber bleibt dies vor allem den finanzkräftigen Haushalten vorbehalten. Eine stationäre Versorgung wird häufig erst bei schwerer Pflegebedürftigkeit (oder Demenz) gewählt.

6. Teilhabe am gesellschaftlichen Leben

Die demografischen und gesellschaftlichen Veränderungen erfordern Anpassungen der Stadtentwicklung, des Bauens und Wohnens mit einer Verbesserung gegenseitiger Hilfe und der Sicherung eines selbstbestimmten Lebens und Wohnens auch im hohen Alter (BMFSFJ 2008, 2004a). Die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ist für Personen in Altershaushalten zunehmend gefährdet, sobald die Mobilität nachlässt, der Kontakt zu Nachbarn und Angehörigen nicht aufrechterhalten werden kann und dadurch Isolation droht. Teilhabe kann nicht erzwungen werden, doch können durch strukturelle Zugänge die Hürden gesenkt und Gefahren der Isolation gemindert werden.

6.1 Mehrgenerationenhäuser, Wohngemeinschaften und institutionelle Öffnung

Teilhabe als Bedarf zu formulieren, beinhaltet die Überlegung, dass die bestehenden Strukturen kritisch daraufhin überprüft werden müssen, ob sie eine Teilhabe für Personengruppen ermöglichen, ob sie ein Leben in der Alltagsgemeinschaft und Gesellschaft befördern können oder ob sie im Umkehrschluss Tendenzen einer Institutionalisierung und damit tendenziell einer stärkeren Isolierung aufweisen. Vor diesem Hintergrund sind in den vergangenen Jahren u.a. verstärkt quartiersbezogene Konzepte diskutiert worden, die eine Verschränkung von ambulanten und teil-/vollstationären Versorgungsstrukturen ermöglichen, die eine Öffnung der stationären Einrichtungen für andere Nutzergruppen und auch externe Dienstleister ermöglichen (z.B. Essensversorgung, Teilhabe an Feiern und Angeboten der Freizeitgestaltung für Bewohner des Quartiers etc.) oder aber die durch Wohngruppenkonzepte

und Hausgemeinschaften neue Formen einer eher kleinräumigen Betreuung ermöglichen (Kremer-Preiß et al. 2008), siehe Anmerkungen im Literaturverzeichnis. Zu- und abwählbare Leistungen mit einem hohen Individualisierungsgrad, die Eigenständigkeit in der Entscheidung der Beschäftigung von helfenden Personen (Fachkräfte, Alltagsbegleiter etc.) stellen in besonderem Maße Merkmale solcher neuer Formen der Versorgung dar. Dabei sind auch neue Finanzierungsmodelle zu diskutieren, die den Aufbau geeigneter Wohnkonzepte befördern (Kuhn 2007).

In diesem Kontext spielen u.a. Mehrgenerationenhäuser eine Rolle. Derzeit werden und wurden ca. 500 Mehrgenerationenhäuser in Deutschland unterstützt und aufgebaut (BMFSFJ 2011a). Kriterien der Förderung fokussieren eine zweckmäßige Lage, barrierefreie bauliche Gestaltung und Öffnung in das Gemeindeleben. Der Ansatz erfordert eine bauliche Anpassung des Immobilienbestandes für gemeinschaftliches Wohnen (Barrierefreiheit, energetische Sanierung etc.) oder Mehrgenerationenwohnen im barrierefreien Neubau (bereits bei Planung gemeinsame Interessen berücksichtigen). Es werden auch gemeinschaftliche Wohnprojekte im ländlichen Raum unterstützt. Ebenso werden Haus und Wohngemeinschaften für Ältere gefördert. Diese Wohnform erfordert insgesamt bei den älteren Bewohnern einen relativ niederschweligen Unterstützungsbedarf und daher nur in sehr begrenztem Maße (wenn überhaupt) die Einbindung professioneller Pflegeinfrastruktur. Sie kommt daher nicht primär als eine Alternative zur vollstationären Versorgung in Betracht, sondern setzt an früheren Phasen des Hilfebedarfs an.

Ambulant betreute Wohngemeinschaften für Ältere sind ein weiterer etablierter Bestandteil des Pflegewesens geworden (Becher et al. 2010), wenngleich bezüglich Demenzwohngruppen be-

sondere Problematiken entstehen, die sich in der Schnittstelle zwischen Heimrecht, Pflegekriterien und Wohnen ergeben (z.B. die Frage nach Heimbauverordnung/Wohn- und Teilhabegesetzen/Prüfungen durch externe Organisationen etc.).

Ursprünglich wurde das Wohngemeinschaftsmodell stärker im Rahmen der Behindertenhilfe aufgebaut und angewendet, um die Eigenständigkeit zu erhalten und sich geeignete Hilfestrukturen selbstständig aufzubauen und eine verbesserte Teilhabe zu ermöglichen. In einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft für ältere und pflegebedürftige Menschen leben ca. vier bis zwölf Personen familienähnlich in einer gemeinsamen Wohnung zusammen. Die Bewohner erhalten Unterstützungs-, Betreuungs- und Pflegeleistungen, die von professionellen Diensten, Angehörigen und/oder Ehrenamtlichen erbracht werden. Für die Alltagsbegleitung und Hauswirtschaft sind Präsenzkkräfte als zentrale Bezugspersonen in der Wohngemeinschaft tätig. In Abgrenzung zu traditionellen Pflegeeinrichtungen ist das wesentliche Attribut ambulant betreuter Wohngemeinschaften die Trennung zwischen den Leistungselementen „Wohnen“ und „Betreuung, Unterstützung und Pflege“. Die Senioren wohnen als reguläre Mieter in der eigenen Wohnung. Als solche haben sie die volle Wahlfreiheit bzgl. der Alltagsgestaltung, des Anbieters und des Leistungsumfangs der von extern eingekauften Unterstützungs- und Pflegeleistungen sowie auch bei der Aufnahme neuer Mitbewohner. Für die Bewohner bleiben möglichst normale Lebenssituation und ein hohes Maß an Selbstbestimmung erhalten (Hastedt et al. 2007). Wohngemeinschaften unterliegen nicht dem Heimgesetz und diskutiert werden vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Landesgesetzgebungen zur Qualität von Einrichtungen (BMFSFJ 2011b) die unterschiedlichen Formen und Zugänge zu einer klaren Strukturierung und Sicherung der Leistungen sowie zur Qualitätssicherung der Angebote (WG Qualität 2012).

6.2 Bürgerschaftliches Engagement

Bürgerschaftliches Engagement hat eine große Bedeutung im Rahmen der Beantwortung sozialfürsorglicher gesellschaftlicher Aufgaben (BMFSFJ 2007) und wird zunehmend vernetzt sowie in seinen Strukturen professionalisiert (Figura/Schneider 2012). Hinsichtlich des bürgerschaftlichen Engagements existiert eine breite empirische Grundlage zu den Einsatzgebieten und dem Nutzen für die Gesellschaft (Deutsches Zentrum für Altersfragen 2006). Der Anteil freiwillig Engagierter an der Bevölkerung liegt aktuell bei 36 Prozent (BMFSFJ 2010). Seitens der Politik ist eine Stärkung des Ehrenamts auch im Bereich der pflegerischen und personennahen Dienstleistungen gewünscht, um ggf. in Teilen auf absinkende familiäre Pflegepotenziale zu reagieren (Olk 2007). Zentrale Herausforderung in diesem Zusammenhang ist die Ausgestaltung der Schnittstellen zwischen den professionellen Dienstleistern und den bürgerschaftlich Engagierten. Heute stehen bereits stärker ausdifferenzierte Qualifikations-, Einsatz- und Begleitungskonzepte für Ehrenamtliche zur Verfügung, deren Berücksichtigung auch hier eine höhere Nachhaltigkeit versprechen (Bundesnetzwerk Bürgerschaftliches Engagement (BBE) 2006; Weigner et al. 2010). Im Rahmen der Untersuchung von Nutzerhaushalten ost- oder mitteleuropäischer Haushaltshilfen konnte festgestellt werden, dass nur etwa jeder zehnte Haushalt auf Unterstützung durch Nachbarschaftshilfe bzw. Ehrenamt zurückgreift, 24 Prozent haben diese Hilfeform hingegen bislang nie genutzt (Neuhaus et al. 2009).

6.3 Quantitative Abschätzung des Bedarfs an Teilhabe

Eine belastbare Studienlage zur Abschätzung des Umfangs des Bedarfs von Altershaushalten zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ist den Recherchen zu diesem Gutachten zufolge nicht vorhanden. Erschwerend kommt hinzu, dass die

Finanzierung der Leistungen durch die Pflegeversicherung nicht explizit geregelt ist, im ambulanten noch weniger als im stationären Bereich.

In der MUG-III-Studie wurde deutlich, dass pflegende Angehörige eher Wert auf eine von ihnen selbst fachlich einwandfrei durchgeführte Pflege legen, während professionell Pflegende das Ziel der Selbstständigkeit der zu Pflegenden in den Vordergrund ihrer Arbeit stellen. In der Befragung wurde deutlich, dass in Pflegearrangements ausschließlich pflegende Töchter (nicht Söhne) und professionelle Dienste Unterstützung bei kulturellen Aktivitäten und gesellschaftlicher Teilhabe leisten. Pflegende Töchter geben dabei einen Umfang von 210 Minuten pro Woche an und Pflegedienste einen Umfang von 30 Minuten pro Woche. Alle anderen Gruppen, wie Freunde, Nachbarn oder auch Ehepartner, sind laut Umfrage vernachlässigbar. Und auch die genannten Minutenwerte tauchen in einer Gesamtbetrachtung des Umfangs von Pflegearrangements nicht mehr auf (Schneekloth 2006). Inwieweit hier Verzerrungen auftreten aufgrund von Fragestellungen oder auch Verständnis kann nicht beurteilt werden, doch wird deutlich, dass sich die Ankerpunkte für gesellschaftliche Teilhabe bei Altershaushalten auf sehr wenige Punkte konzentrieren.

Aus den SOEP-Daten ableiten lassen sich Angaben zu der Zahl der Personen in Altershaushalten. Nicht Einzelhaushalte sind demnach 72 Prozent der Haushalte mit mindestens einer pflegebedürftigen Person (bzw. 1,2 Millionen Haushalten). Somit haben etwa ein Viertel der Altershaushalte keine unmittelbare Kommunikation im eigenen Haushalt. Die Daten müssen allerdings mit Vorsicht interpretiert werden. Zum einen sind die SOEP-Daten in der Befragung dieser Haushalte nur mit Einschränkungen valide, es fehlen teilweise Altersangaben (pflegebedürftige Person könnte somit auch unter 65 Jahren alt sein und kein Altershaushalt) und die Hochrechnung auf die Gesamtzahl der Haushalte in Deutschland weist generell bei geringen Fallzahlen Probleme auf. Inhaltlich kann zudem kritisiert werden, dass auch bei einer weiteren

Person im Haushalt durchaus der Bedarf an Kommunikation außerhalb des Haushalts besteht, umgekehrt jedoch ein Einzelhaushalt nicht zwingend eine drohende Vereinsamung auslöst, da Nachbarn, Freunde und Angehörige regelmäßig und vielfältig ansprechbar sein können.

In einer Befragung (Runde et al. 2010) nannten Pflegehaushalte „Leben in vertrauter Umgebung“ mit 88 Prozent als wichtigsten Grund („sehr wichtig“) dafür, dass sie sich für eine ambulante statt stationäre Pflege entschlossen hatten. Auf dem nächsten Platz folgte das „Gute Verhältnis zum Pflegepartner“ mit 76 Prozent der Befragten (Runde et al. 2010). Wirtschaftliche Überlegungen folgten mit Abstand. Diese Reihung verdeutlicht die hohe Bedeutung von einer Fortführung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben auch nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit. Gleichzeitig verdeutlichte die Untersuchung jedoch auch, dass erst mit steigendem Einkommen die wirtschaftlichen Aspekte der Pflege in den Hintergrund treten können. Je geringer das Einkommen, desto stärker betonten die Pflegehaushalte die Notwendigkeit der Finanzierungsgrundlagen, welche dann Vorrang bekommen vor den persönlichen Vorlieben.

In derselben Untersuchung wurde auch die Belastung der Pflegeperson erhoben. Es zeigte sich, dass die erforderlichen Zeiten für die Pflege insbesondere durch Reduzierung der Freizeit (65 Prozent) und der sozialen Kontakte (54 Prozent) gewonnen werden.⁴⁸ Über die Hälfte der Pflegehaushalte gab an, dass sie aufgrund der Pflege keine Zeit oder keine Energie mehr haben, um ihrerseits gesellschaftliche Teilhabe aufrechtzuerhalten. Pflegehaushalte mit niedrigen Einkommen sind zudem wesentlich häufiger von der Aufgabe sozialer Kontakte betroffen als solche mit höheren Einkommen.

Einen Überblick über die Bedarfslagen und Bedürfnisse von in Privathaushalten lebenden Personen geben Holle (2011) sowie Rothgang et al. (2011). Zentral scheint dabei die Beibehaltung einer Normalität im häuslichen Alltag zu sein, die Fortführung der Beziehung zum Partner und auch

48 Ebd.

Tabelle 3:

Altershaushalte mit pflegebedürftigen Personen nach Haushaltsgröße; Daten Jahr 2010

Altershaushalte	Haushaltsgröße			
	1 Person	2 Personen	3 oder mehr	Summe
Anzahl Haushalte mit mindestens einer pflegebedürftigen Person und der ältesten Person im Haushalt 65 Jahre oder älter	531.987	559.880	121.273	1.213.139
In % aller Haushalte mit mindestens einer pflegebedürftigen Person und der ältesten Person im Haushalt 65 Jahre oder älter	43,85 %	46,15 %	10,00 %	100 %

Quelle: SOEP-Daten, eigene Berechnungen.

Tabelle 4:

Haushalte mit pflegebedürftiger Person und Altersverteilung

	Es gibt keine Person 65+ im Haushalt	Es gibt eine Person 65+ im Haushalt	Gesamt
Es gibt keine Person unter 65 im Haushalt	–	59,13 % 1.001.055	59,13 % 1.001.055
Es gibt eine Person unter 65 im Haushalt	28,34 479.858	12,53 % 212.084	40,87 % 691.942
	28,34 479.858	71,66 % 1.213.139	100 % 1.692.998

Die %-Angaben beziehen sich auf die 1,6 Mio. Haushalte mit pflegebedürftigen Personen aus den SOEP-Daten. Es liegen nicht für alle Personen in Haushalten Altersangaben vor.

Quelle: SOEP-Daten; Jahr 2010; eigene Berechnungen.

die Sicherung der finanziellen Situation angesichts steigender Versorgungsbedürfnisse.

Zusammenfassend kann man vor dem Hintergrund einer lückenhaften Datenlage davon ausgehen, dass Teilhabe am sozialen Leben neben der Fortführung der Lebensgemeinschaften und dem Verbleib im vertrauten Umfeld wichtige Parameter für Altershaushalte darstellen. Zugleich jedoch wird deutlich, dass diese Teilhabe mit als Erstes „geopfert“ wird, sofern Überlastung zeitlicher oder finanzieller Art durch die Pflegebedürftigkeit entsteht.

Unklar bleibt, inwieweit institutionalisierte Arrangements zur Teilhabe eine Lösung darstel-

len. Praktisch alle Umfragen zeigen eine Bevorzugung der alltäglichen Teilhabe an den Routinen des (öffentlichen) Lebens gegenüber einer arrangierten Öffentlichkeit (spezialisierte Altentreffs etc.). Die Unterstützung von Pflegehaushalten bei der möglichst dauerhaften Aufrechterhaltung von Sozialkontakten kann daher als Priorität angesehen werden. In einer institutionellen Pflege müssen Ansätze zur Einrichtungen von eher kleinzelligen Quartieren, jedoch auch die Öffnung von Heimen für das öffentliche Leben stärker berücksichtigt werden. Die oftmals strikte Trennung des Lebens im Pflegeheim zur erlebten Umgebung von Privathaushalten ist hinderlich

bei der Teilhabe der Bewohnerinnen und Bewohner am öffentlichen Leben.

Im Bereich der Heimversorgung sind Wohlfahrtsmixturen, bei denen auch der Einbindung zivilgesellschaftlicher und gemeinschaftlicher Ressourcen ein besonderer Stellenwert zugemessen wird, in besonderer Weise durch die Kritik an einer ausschließlich durch professionelle Kräfte erbrachten Versorgung in Heimen gestützt. Hier muss in Zukunft ein stärkerer Fokus auf die folgenden Aspekte gelegt werden: Einbindung von Angehörigen, Netzwerke mit Partnern, Kontakte zu lokalen Vereinen, Gruppen und Initiativen,

aber auch die Zusammenarbeit mit Freiwilligen und Fördervereinen und die Beteiligung an Netzwerken im lokalen Raum. Der „totale Charakter“ der Institution für die Bewohnerinnen und Bewohner soll durch Elemente der Öffnung von Heimen in das Gemeinwesen und durch Stärkung und Einbindung sozialer Bezüge der Bewohnerinnen und Bewohner überwunden werden. Öffnung von Institutionen bedeutet hier Öffnung zum lokalen Sozialraum und findet praktisch im Rahmen des Einbezugs verschiedener Akteure statt.⁴⁹

49 Siehe dazu auch Hämel (2010), die die Möglichkeiten von Heimen zur Überwindung von Abgeschlossenheit untersuchte.

7. Zugang zu Information und Transparenz

Wesentlich für die Nachfrage nach konkreten Dienstleistungen durch Haushalte mit alten Menschen ist die Verfügbarkeit von Information und Kenntnissen, bspw. über Verfahren zu deren Inanspruchnahme. Dieser Zugang zu Information betrifft nicht nur Angebote, die über Mittel der Sozialversicherung finanziert werden, sondern auch Informationen zu marktlich angebotenen Dienstleistungen.

7.1 Pflegeberatung, Pflegestützpunkte

Das Feld der Pflegeberatung und der Informationsvermittlung kann als extrem heterogen bezeichnet werden. Es sind in unterschiedlichen Settings unterschiedliche Akteure zu identifizieren, die mehr oder weniger stark strukturiert in Beratungsleistungen und Informationsvermittlung eingebunden sind. Sind es im Krankenhaus Ärzte, Pflegenden und vor allem der Sozialdienst, der Informationen zum Leistungsgeschehen und zu Hilfsstrukturen an Patienten vermittelt, so sind es im ambulanten Feld ungleich mehr Träger, Einrichtungen und Akteure. Hier finden sich kommunale Beratungsstellen, Pflegeberater bei Krankenkassen, Pflegeberatung in Pflegestützpunkten und auch Beratungsmöglichkeiten durch Wohlfahrtsverbände oder aber Selbsthilfeverbände. Neben den o.g. Berufsgruppen sind andere Gesundheitsfachberufe, Sozialversicherungsfachangestellte, Pädagogen, Psychologen und weitere Professionelle eingebunden. Darüber hinaus gibt es durch Bundes- und Landesministerien, Wohlfahrtsverbände und Selbsthilfeverbände unterschiedliche Informationsbroschüren, die frei zugänglich sind und meist kostenfrei im Internet zur Verfügung stehen oder aber telefonisch bestellt werden können. Beratungsleistungen beziehen sich auf unterschiedliche Aspekte des Le-

bens. Sie können die Wohnraumanpassung, die sozialrechtlichen Leistungen oder aber auch pflegfachliche und erkrankungsorientierte Inhalte fokussieren. Die dafür benötigten Kenntnisse sind umfassend und oftmals nicht bei einer Berufsgruppe alleine zu finden. Somit sind für unterschiedliche Fragestellungen einer umfassenden Hilfeproblematik unterschiedliche Personen und Beratungsstellen aufzusuchen, was den Zugang erschwert und auch eine Bündelung der Informationen nicht selten kaum möglich macht.

Pflegeberatung im engeren Sinne ist im SGB XI strukturell verankert. Im § 7a) SGB XI ist in Verbindung mit § 92c) der Anspruch auf Pflegeberatung durch Pflegestützpunkte festgelegt. Darüber hinaus werden je nach Pflegestufe differenziert und bei Inanspruchnahme des Pflegegeldes (Pflegestufe I und II halbjährlich, Pflegestufe III vierteljährlich) Beratungsleistungen im Rahmen des § 37 Abs. 3 SGB XI gewährt. Ferner gibt es einen Anspruch auf häusliche Schulungen zur Pflege von Angehörigen nach § 45 SGB XI. Für die Durchführung können sich die Kassen selbst verantwortlich zeigen oder aber Dienste (z. B. ambulante Dienste) mit der Durchführung des häuslichen Pflegekurses beauftragen. Die dort hinterlegten Leistungen (im Wert von 16 Euro bzw. 26 Euro) sollen für qualitätssichernde Besuche durch ambulante Pflegedienste eingesetzt werden. Sie reichen jedoch in der Realität kaum aus, um eine kontinuierliche Beratung oder aber wiederkehrende Bedarfe durch Pflegefachkräfte zu gewährleisten. Hinzu kommt, dass der größer einzuschätzende Bereich der Personen mit einem Hilfebedarf diese Leistungen nicht in Anspruch nehmen kann.

Die Einschränkungen alter Menschen bei Mobilität, Informationszugang und Entscheidungsmöglichkeiten müssen Berücksichtigung finden bei der Organisation von Strukturen. Als

weitere Barrieren erweisen sich bei pflegebedürftigen Personen häufig die zeitliche Einschränkung, hohe Variabilität der weiteren (gesundheitlichen) Entwicklung mit entsprechend unsicherem oder auch verkürztem Planungshorizont, mangelnder Zugang zu Refinanzierungen und Übertragung der Entscheidungsvollmachten auf Angehörige. Lediglich ein Budget für Informationseinholung und Beratung zur Verfügung zu stellen, hilft daher nicht unbedingt, um Informationen zu verbreiten oder Transparenz herzustellen. Die in den vergangenen Jahren initiierte Entwicklung von Pflegestützpunkten sollte einen Beitrag zu einem verbesserten Zugang zu Informationen leisten. Pflegestützpunkte haben sich jedoch nicht flächendeckend in allen Bundesländern als Beratungsinstanz durchgesetzt (Michell-Auli et al. 2010).

7.2 Präventive Hausbesuche bei Seniorinnen und Senioren

Als eine besondere Form der Unterstützung und Beratung können präventive Hausbesuche bei Seniorinnen und Senioren beschrieben werden. Sie dienen im Vorfeld des Auftretens von Pflegebedürftigkeit dazu, durch personenbezogene und strukturierte Bedarfserfassungen (assessmentgestützt) in der Häuslichkeit von Seniorinnen und Senioren, relevante gesundheitsbezogene Risiken im Alltag zu identifizieren. Dies können z. B. Risiken bezüglich der Mobilität, der Ernährung, des Impfschutzes, der Medikamentenversorgung oder auch der sozialen Isolation sein. Es erfolgt auf der Grundlage der Bedarfserfassungen eine Einzelberatung zur möglichen Verminderung der jeweiligen Risiken und hinsichtlich notwendiger informeller oder professioneller Leistungen.

Ziel einer solchen pflegepräventiven Strategie ist es, das Auftreten von Pflegebedürftigkeit frühzeitig zu erkennen und zu verzögern bzw. zu verhindern, die Zugänge zur Versorgung rechtzeitig zu organisieren und Folgen zu mildern sowie besonders vulnerable Personengruppen rechtzeitig zu identifizieren. Bislang werden präventive Hausbesuche und nachfolgende engmaschige Beratungen nur in ausgewählten Projekten und

Modellprojekten (z. B. Entlastungshilfen bei Demenz [EDe]/Pflegeoptimierung in Siegen-Wittgenstein) durchgeführt und erprobt sowie evaluiert. Die Ergebnisse der Evaluationen zeigen jedoch den Nutzen klar umschrieben auf. Ziel führend sind Ansätze der pflegepräventiven Strategie insbesondere dann, wenn sie in ein systematisches Case und Care Management und damit in eine strukturierte Versorgungsperspektive eingebettet sind. Um einen Nutzen zu erweitern und notwendige Maßnahmen zu bündeln, kann die Überführung von segmentierten Leistungen in sogenannte Programmleistungen empfohlen werden.

7.3 Quantitative Abschätzung des Bedarfs an Transparenz und Information

Im Rahmen der MUG-III-Studie wurde deutlich, dass etwa 16 Prozent der privaten Hauptpflegepersonen regelmäßig auf entlastende Beratungs- oder sonstige Unterstützungsangebote zurückgreifen. Hinzu kommen weitere 37 Prozent, die gelegentlich solche Angebote nutzen (Schneekloth/Wahl 2005). Je höher die Pflegestufe und je stärker durch den Haushalt professionelle Unterstützung in Anspruch genommen wird, desto eher stellten die Autoren eine Inanspruchnahme der Beratungsangebote fest. Eine Verbindung zu den absoluten, finanziellen Belastungen der Pflegenden scheint sich zu zeigen. Am häufigsten wurde noch der Austausch mit einer professionellen Pflegekraft gesucht (sieben Prozent der privat Pflegenden regelmäßig, 14 Prozent ab und an). Professionelle, staatlich finanzierte Beratung scheint als regelmäßige Hilfe bei der Durchführung der Pflege untergeordnet zu sein. Die Inanspruchnahme einer krankheits- oder urlaubsbedingten professionellen Ersatzpflege wurde gemäß der im Rahmen der MUG-III-Studie erhobenen Daten ebenfalls vergleichsweise wenig in Anspruch genommen. Innerhalb eines Zeitraumes von zwölf Monaten bejahten dies zwölf Prozent der befragten Haushalte mit Pflegepersonen.

Die Information über die Leistungspalette der Pflegeversicherung ist gemäß einer Umfrage unter Barmer-GEK-Versicherten eher begrenzt.

Die rund 2.700 antwortenden Versicherten bzw. deren Angehörige wurden zwar nur zu den neu eingefügten Leistungen bei dementiellen Erkrankungen befragt (§ 45b SGB XI; mithin lagen bei den Befragten evtl. bereits Erfahrungen mit Antragstellungen in der Pflegeversicherung vor), doch scheinen sich auch dort noch Muster der mangelnden Information zu zeigen. So wurden als Ratgeber der behandelnde Arzt (52 Prozent), Freunde und Bekannte (46 Prozent) und Pflegedienste (22 Prozent) genannt. Pflegestützpunkte (drei Prozent) und Pflegekassen (sechs Prozent) erschienen an letzter Stelle. Nur knapp die Hälfte der Befragten wusste überhaupt von ihrem Anspruch auf Leistungen. Institutionelle Angebote zur Pflegeleistung kannten rund drei Viertel der Angehörigen. Die größten Lücken im Angebot werden bei teilstationären Plätzen, Betreuungsgruppen und Betreuungshilfen gesehen. Es erga-

ben sich jedoch erhebliche Wissensunterschiede zwischen Nutzern und Nichtnutzern der Angebote, auch im Hinblick auf die Preise.

Zusammenfassend kann die öffentlich finanzierte Infrastruktur zur Herstellung von Transparenz und Verbreitung von Informationen als äußerst heterogen und wenig instrumentengestützt oder konzeptionell strukturiert bezeichnet werden. Inwieweit sich ein Haushalt sicher sein kann, dass er informiert wird, scheint eher von der Persönlichkeit und dem Engagement des Beraters selbst und seinen Fähigkeiten abzuhängen. Es existiert kein effektiv umgesetzter Ansatz, der bundesweit einen Zugang zu Informationen ermöglicht. Modellprojekte mit pflegepräventiven Strategien lassen positive Wirkungen erkennen, werden aber noch nicht als Regelleistung angeboten.

8. Handlungsbedarfe

Im folgenden Kapitel sollen aus den Ergebnissen des ersten, analytisch beschreibenden Teils des Gutachtens Handlungsbedarfe identifiziert werden. Diese verdichten die geführten Diskussionen und Vorstellungen der Studienergebnisse auf einige zentrale und komplexe Aspekte.

Für den Bereich der haushaltsnahen Dienstleistungen wurde gezeigt, dass rund 1,6 Millionen Haushalte in Deutschland Bedarf haben, wobei der größte Bedarf für Dienstleistungen außerhalb des Haushalts (etwa Einkäufe, Besorgungen) besteht. Damit handelt es sich um ein relevantes Problem für nahezu alle Altershaushalte. Der größte Teil des Bedarfs wird heute durch private Haushalte selbst kompensiert. Wesentlich für Vorschläge muss sein, dass die Verteilungseffekte keine einseitige Belastung von einkommensschwachen Haushalten bewirken dürfen, sodass diese gezwungen würden, früher als notwendig in vollstationäre Arrangements auszuweichen. Für den Bereich der Pflegeleistungen wurde gezeigt, dass ein Drittel der Altershaushalte keine Hilfe bei einfacher Pflegetätigkeit benötigen und zwei Drittel der Haushalte keine Hilfe bei schwieriger Pflegetätigkeit. Schwerwiegender als die sich daraus ergebende Personalressourcenfrage ist die Frage nach der Variabilität der Leistungen und dem Zusammenspiel von privater Finanzierung und Leistungen der Pflegeversicherung. Dass eine Vielzahl von Haushalten auf teils irreguläre Arrangements mit osteuropäischen Arbeitskräften zurückgreift, kann als deutlicher Hinweis gesehen werden, dass strukturelle Probleme in der derzeitigen Umsetzung von Pflege und Betreuung in Deutschland bestehen.

Die Ausgangssituation in Deutschland bezüglich haushalts- und personennaher Dienstleistungen für Familien mit älteren bzw. pflegebedürftigen Menschen zeigt, dass es unterschiedliche Dienstleistungsangebote in unterschiedlichen (rechtlichen) Formen gibt. Trotz vieler Initiativen, Projekte, Programme und Kampagnen (von Bund, Ländern, Kommunen, Verbänden) gibt es bisher keine systematische und nachhaltige Entwicklung dieses Versorgungsbereichs. Es gibt eine offenbar expandierende Nachfrage im Segment der haushaltsnahen Dienstleistungen in Seniorenhaushalten. Verfügbarkeit und Kontinuität der Leistungen haben dabei für die in Anspruch nehmenden Familien einen teilweise höheren Stellenwert als die Einhaltung arbeitsrechtlicher Regularien und definierter Qualitätsstandards. Bisherige Legalisierungsstrategien zur Vermeidung von Schattenwirtschaft im Privathaushalt erreichten keine nachhaltige Wirkung. Der Bedarf nach legalen, qualitätsgesicherten und bezahlbaren Angeboten für haushaltsnahe Dienstleistungen in Haushalten mit älteren Menschen ist gleichwohl hoch. Von zentraler Bedeutung sind dabei die Einhaltung deutscher Arbeitsstandards mit umfassendem Versicherungsschutz und Legalität für alle Beteiligten.⁵⁰ Lösungsversuche, die sich allein auf eine Verbesserung der Beschäftigungsverhältnisse ausländischer haushalts- und personennaher Dienstleisterinnen und eine Optimierung von Zuwanderung konzentrieren, weisen in die falsche Richtung. Zum einen berücksichtigen sie unzureichend die Care-Drain-Thematik und ihre Konsequenzen in den Heimatländern. Ein Plan zur legalen Zu-

⁵⁰ Siehe dazu Kocher (2012), die untersucht hat, unter welchen Voraussetzungen eine Ratifikation der ILO-Domestic Workers Convention durch die Bundesrepublik Deutschland möglich wäre. Sie empfiehlt, über eine angemessene Konkretisierung für Hausangestellte im Arbeitsschutzrecht nachzudenken und sie in Hinblick auf den Erwerb von Ansprüchen und für die Rechtsdurchsetzung mit anderen Minijobs gleichzustellen.

wanderung der Europäischen Kommission (Ziel: Behebung Ursachen der irregulären Zuwanderung aus Drittstaaten) enthält Vorschläge, denen zufolge z. B. im Gesundheitsbereich Einstellungen auch nach ethischen Grundsätzen mit Blick auf die Auswirkungen in den Herkunftsländern vorgenommen werden sollen (Bundeszentrale Politische Bildung 2007; Europäische Union 2007). Zum anderen bleiben Unsicherheiten bezüglich einer nachhaltigen Planung durch eine Konzentration auf ausländische Arbeitskräftepotenziale bei der Beantwortung der Betreuungsbedarfe hierzulande. Langfristig lassen sich jedoch die Problemlagen nicht durch Zuzug aus anderen Ländern lösen und die Fokussierung auf diese (bestenfalls ergänzende Teillösung) lässt notwendige eigene Entwicklungslinien außer Acht.

In der öffentlichen und fachlichen Diskussion und den Entwicklungen der letzten Jahre bestehen bereits vielfältige Ansätze im Hinblick einer Lösung der oben aufgegriffenen Probleme der Versorgung von Haushalten mit alten Menschen (Mattheit 2012). Die bisherigen leistungsrechtlichen Veränderungen fokussieren jedoch weiterhin eine eher familienorientierte Pflegeversorgung. Es bleibt bei der Zergliederung umfassender Versorgungsbedarfe in einzelne Leistungen. Hinsichtlich der angestoßenen Entwicklung bedarf es einer umfassenderen Förderung und strukturierten Umsetzung. So sind z. B. ein konsequenter Ausbau und eine substanzielle Förderung alternativer Wohnformen (Mehrgenerationenhäuser und/oder Demenzwohngruppen) zu bedenken, deren Präsenz erheblich ausgeweitet werden müsste, wenn sie eine flächendeckende Versorgungsbreite erreichen und nicht den Charakter von „Vorzeigeeinrichtungen“ behalten sollen. Ebenso kann in den aktuellen Entwicklungen gesehen werden, dass man sich seitens der Politik um eine Verbesserung der Arbeit im Ehrenamt bemüht und durch Anreize auch die familiäre Pflege stärkt (z. B. kann die Erhöhung der finanziellen Zuwendungen für Familien ohne Pflegestufe, aber mit besonderem Betreuungs- und Hilfebedarf benannt werden oder die Einführung einer Pflegezeit). Die Frage bleibt offen, wie viele Personen tatsächlich davon profitieren können und ob die bislang weitestgehend ohne Be-

rücksichtigung der Einbindung der Nachfrage-seite entwickelten Konzepte auch den realen Wünschen und Bedürfnislagen entsprechen und zu einer Veränderung der Landschaft führen werden. Der erweiterte Pflegebedürftigkeitsbegriff wurde trotz vorliegender Vorschläge und durchgeführter Evaluation nicht eingeführt bzw. wurde eine Einführung erneut verschoben, was eine Anwendung einer veränderten Einstufungssystematik, die Berücksichtigung anderer Leistungsbereiche und eine Architekturveränderung weiterhin ungewiss macht.

Aus dem bisher Gesagten lassen sich in der Gesamtschau unterschiedliche Problemstellungen herausarbeiten, die als Barrieren einer Versorgungsabsicherung für Pflege- und Hilfsbedürftige zu Hause gewertet werden müssen.

(1) Es besteht eine insgesamt sehr komplexe Versorgungslandschaft, die aus der Perspektive der Familien und Betroffenen nur unzureichend als am Betroffenen orientiert wahrgenommen werden kann. Ergänzungen und Korrekturen an bestehenden Leistungen lassen bislang die Gesamtarchitektur unangetastet und stellen additiv neue Leistungen an die Seite oder ergänzen bestehende Leistungen durch Erweiterung der Gruppen potenzieller Leistungsempfänger. Meist sind die segmentierten Leistungen nur mit einem hohen bürokratischen Aufwand abrufbar. Eine Perspektive der integrierten Gesamtversorgung wird hier zugunsten additiver Leistungsbereiche aufgegeben. Die Fokussierung wurde bislang einseitig auf die Leistungen selbst gelegt (Verrichtungsorientierung, z. B. Nahrungsaufnahme, Körperpflege, Reinigung etc.). Damit aber wurde unzureichend beachtet, dass für die Familien der Zeitpunkt der Erbringung bestimmter Leistungen mitunter relevanter hinsichtlich einer Versorgungsstabilität ist als die Art der Leistung selbst. Für pflegende Familien ist die Kontinuität und Stabilität über alle Zeiträume der Tages- und Nachtbetreuung hinweg relevant. Beförderungen von entsprechenden Angeboten, wie z. B. der gezielten Förderung und eines Ausbaus von Nachtpflege, erfolgte bislang nicht. In der Zugangs- und Entscheidungsproblematik werden in den Familien privat organisierte Lösungen gesucht, die auch die irreguläre Beschäftigung von Haushalts-

hilfen aus dem Ausland einschließt. Dabei wird in Kauf genommen, dass Arbeitsschutz und Arbeitsrecht, tarifliche Entlohnung oder aber resultierende soziale Probleme in den Herkunftsländern in den Hintergrund geraten und unberücksichtigt bleiben. Es existieren bislang unzureichende Möglichkeiten, um eine unbürokratische Legalisierung der Hilfen in den Haushalten durchzuführen. Da es sich in der überwiegenden Anzahl der Frauen um Pendelmigrantinnen handelt, die für eine Dauer von ein bis sechs Monaten tätig sind, ist die An- und Abmeldung jeder einzelnen Person für die Familien eine Barriere, um als Arbeitgeber aufzutreten und rechtliche Vereinbarungen zu treffen. Vielfach ist darüber hinaus ein unzureichendes „Unrechtsbewusstsein“ anzutreffen bzw. wird der kurzfristigen Beantwortung der Versorgungsfrage die höchste Priorität zugewiesen.

(2) Es besteht eine weitestgehend unklare und unstrukturierte Arbeitsteilung und Rollenzuschreibung zwischen den formellen und informellen Akteuren der pflegerischen Versorgung. Dies wirkt bereits im professionellen Pflegebereich selbst. Hier sind nur unzureichende Abgrenzungen unterschiedlicher qualifikatorischer Niveaus in der Leistungserbringung erkennbar. Diese Unschärfe wird über ambulante Dienste in die Familien getragen und erhöht die Diffusität hinsichtlich der Aufgabenverteilung und der Berechtigungen zur Leistungserbringung (z.B. Medikamentenversorgung). Eine Anschlussfähigkeit an qualitätsgesicherte Leistungserbringung und leitliniengerechte Versorgung wird so erschwert. Es ist darüber hinaus bislang nicht gelungen, durch Förderung, Konzeptionierung oder Schulung dem meist irregulären Versorgungsbereich durch ausländische Hilfskräfte ein strukturiertes Versorgungsangebot mit inländischen Personen gegenüberzustellen. Dass geringfügig qualifizierte Personen auch erfolgreich in die Versorgung integriert werden können, zeigt das Beispiel der Alltagsbegleiter. Hier bedarf es eines analogen Konzeptes für den ambulanten und häuslichen Bereich, um strukturierte Angebote machen zu können. Darüber hinaus bestehen Koordinationsmängel zwischen den an der Versorgung von Pflegebedürftigen beteiligten Leistungser-

bringern und Akteuren. Dies erhöht die Gefahr einer Fehl-, Unter- oder auch Überversorgung Einzelner. Ursachen für die Koordinationsmängel sind u.a. die separierten Kostenträgerschaften, sektorale Versorgungsstrukturen sowie institutionelle und professionelle Abschottungen. Zugleich führt eine im deutschen Gesundheitswesen vorzufindende Arztzentrierung zu einer suboptimalen Ressourcennutzung und einer Abhängigkeit von Dritten bei Fragen der pflegerischen Steuerung ohne medizinisch-kurative Perspektive (Schaich-Walch/David 2012). Damit werden Expertise und Möglichkeiten der Berufsgruppen beschnitten, die nah an der täglichen Versorgung sind und demnach ebenso geeignet erscheinen, um Steuerungen vorzunehmen und eine Gatekeeper-Funktion wahrzunehmen.

(3) Ein wichtiger Teilbereich der häuslichen Versorgung von Haushalten mit älteren Personen sind die Bedarfe fachlich-pflegerischer Unterstützung. Die Weiterentwicklungen der Leistungen und Leistungsausweitungen im Rahmen der Pflegeversicherungsgesetzgebungen wurden bislang ohne eine parallele Förderung zur Entwicklung des Fachkräftepotenzials vorgenommen. Die Frage nach einer Ausweitung der professionellen Pflege aber bedarf einer gleichrangig zu diskutierenden strukturellen Überlegung, wie zusätzliche Fachkräfte gewonnen, ausgebildet und im Versorgungssystem erfolgreich gehalten werden können. Hierzu sind geeignete Maßnahmen zu ergreifen, die die Attraktivität des Berufes erhöhen und die eine Sicherstellung der Ausbildungsstrukturen garantieren. Fokussiert werden müssen auch Aspekte einer Qualifikationssteigerung, um der steigenden Komplexität der Versorgung auch inhaltlich und qualifikatorisch zu begegnen. Die pflegerischen Potenziale reichen derzeit und zukünftig noch weniger aus, um eine Versorgung durch professionelle Pflege alleine sicherstellen zu können. Eine „neue Rolle“ von Pflegefachkräften im Rahmen von Case Management der Familien oder Fachberatung für informelle Pfleger und Haushaltshilfen (Qualitätssicherung der informellen Pflege) lässt sich derzeit jedoch auf der Basis unzureichend finanzierter Beratungsleistungen und ohne den Einsatz klar konturierter Steuerungsinstrumente nicht

durchführen. Hier fehlen Anreize und Möglichkeiten, einen Ausbau zu betreiben.

(4) Es fehlen Ansätze einer systematischen Einbindung der Betroffenenperspektive (und die der zukünftig Betroffenen) in die Versorgungsplanung. Eine konsequente Einbindung setzt dabei neben einem gemeinsamen Dialog auch die systematische Erschließung benötigter Einschätzungen, Bewertungen und Einstellungen der Betroffenen voraus. Dies kann ohne Befragungen und moderierte Datendiskussionen nicht gelingen. Bisherige Versorgungsveränderungen weisen in der Summe eher reaktive als proaktive Handlungscharakteristika auf und erfolgten nicht selten auf Druck durch Teile der Akteure. Eine zukunftsorientierte und systematische Bedarfsanalyse, aus der Handlungsoptionen abgeleitet werden könnten, lässt sich derzeit nicht ausmachen. So erfolgt die Steuerung und die politische Impulsgebung ohne die dazu notwendigen Daten

vielfach über die Familien und Haushalte hinweg, aber zu wenig mit ihnen gemeinsam. In diesem Zusammenhang kann ein generelles Problem fehlender Daten und einer fehlenden Stabilität der Daten festgestellt werden, sodass Planungen und prognostische Modellentwicklungen erschwert, wenn nicht verhindert werden. Bislang sind noch keine flächendeckenden kommunalen und wiederkehrenden Bedarfserhebungen zu beobachten. Die Studienlage, auf deren Basis das komplexe System der pflegerischen Versorgung gesteuert wird, zeigt sich entweder veraltet oder aber lückenhaft. Ein konsequentes Monitoring-system, mit dem Entwicklungen geplant und in der Umsetzung bewertet werden könnten, fehlt. Damit erhöht sich die Gefahr, dass auf der Basis von einzelnen Gutachten und älteren Wissensbeständen vorschnell langfristige Entwicklungen abgeleitet werden.

Literaturhinweise

- Afentakis, Anja; Böhm, Karin 2009: Beschäftigte im Gesundheitswesen, in: Robert Koch-Institut (Hrsg.): Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 46, Berlin.
- AOK 2012: Die Leistungen der Pflegeversicherung, <http://www.aok.de/nordost/gesundheits/pflegeleistungen-der-pflegeversicherung-159971.php> (26.11.2012).
- Augurzky, Boris; Krolop, Sebastian; Mennicken, Roman; Schmidt, Hartmut; Schmitz, Hendrik; Terkatz, Stefan 2011: Pflegeheim Rating Report 2011: Boom ohne Arbeitskräfte?, in: Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (Hrsg.): Executive Summary, Heft 68, Essen, http://www.rwi-essen.de/media/content/pages/publikationen/rwi-materialien/M_68_PRR-2011_ExecSum.pdf (12.7.2011).
- Augurzky, Boris; Felder, Stefan; Nieuwkoop, Renger van; Tinkhauser, Alois 2012: Soziale Gesundheitswirtschaft – Impulse für mehr Wohlstand, <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/08872.pdf> (20.8.2012).
- AWO, Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft ver.di 2012 (Hrsg.): Perspektiven für die Pflege älterer Menschen in Deutschland, Memorandum, <http://www.buendnis-fuer-gute-pflege.de> (5.8.2012).
- Bäcker, Gerhard 2003: Berufstätigkeit und Verpflichtungen in der familiären Pflege: Anforderungen an die Gestaltung der Arbeitswelt, in: Badura, Bernhard (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2003. Wettbewerbsfaktor Work-Life-Balance, Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft, Berlin, S. 131-145.
- Becher, Berthold; Hayer, Jens; Kunstmann, Frank; Sobottke, Markus 2010: Ambulant betreute Wohngemeinschaften: Konzepte, Rechtsgrundlagen und Finanzierungsaspekte, Bank für Sozialwirtschaft (Hrsg.), Köln.
- Bispinck, Reinhard; Dribbusch, Heiner; Öz, Fikret; Stoll, Evelyn 2012: Einkommens- und Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen: Eine Analyse auf Basis der WSI-Lohnspiegel-Datenbank, in: Arbeitspapier 07/2012, Hans-Böckler-Stiftung, http://www.boeckler.de/pdf/ta_lohnspiegel_pflegerberufe_2012.pdf (26.11.2012).
- Blaumeiser, Heinz; Blinkert, Baldo; Klie, Thomas 2001: Zwischen Heim und daheim: Die Munderkingen-Studie zum Wandel pflegekultureller Orientierungen, in: SWS-Rundschau, Heft 4/2001 S. 405-419, http://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/16572/ssoar-2001-4-blaumeiser_et_al-zwischen_heim_und_daheim.pdf?sequence=1 (26.11.2012).
- Borchart, Daniela; Dichter, Martin; Galatsch, Michael; Hasselhorn, Hans Martin Schmidt, Sascha G. 2011: Warum Pflegende ihre Einrichtung verlassen, <http://www.next.uni-wuppertal.de/download.php?f=d15ebb922cbacf5ba23abd9778dc0a60&target=0> (26.11.2012).
- Brach, Michael 2007: Fit für 100. Förderung der Mobilität und Selbstständigkeit für Hochaltrige: Praxisleitfaden zur Einrichtung von Bewegungsangeboten für alle Bereiche der Altenhilfe, Köln.

- Braun, Bernhard; Klinke, Sebastian; Müller, Rolf; Rosenbrock, Rolf 2011: Einfluss der DRGs auf Arbeitsbedingungen und Versorgungsqualität von Pflegekräften im Krankenhaus: Ergebnisse einer bundesweiten schriftlichen Befragung repräsentativer Stichproben von Pflegekräften an Akutkrankenhäusern in den Jahren 2003, 2006 und 2008, in: artec-paper Nr. 173, Artec Forschungszentrum Nachhaltigkeit, Universität Bremen, http://www.artec.uni-bremen.de/files/papers/paper_173a.pdf (26.11.2012).
- Bubolz-Lutz, Elisabeth; Kricheldorf, Cornelia 2006: Freiwilliges Engagement im Pflegemix. Neue Impulse, Freiburg.
- Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) 2011a: Arbeitsmarkt in Zahlen: Arbeitsmarktstatistik. Bestand an gemeldeten Arbeitslosen und Arbeitsstellen (in 1.000) Deutschland insgesamt im Oktober 2011, Nürnberg.
- Bundesagentur für Arbeit, Zentrale Auslands- und Fachvermittlung (ZAV) 2011b: Vermittlung von Haushaltshilfen in Haushalte mit Pflegebedürftigen nach Deutschland, <http://www.arbeitsagentur.de/zentraler-Content/Veroeffentlichungen/Merkblatt-Sammlung/Merkblatt-zur-Vermittlung-in-Haushalte-mit-Pflegebeduerftigen.pdf> (18.10.2012).
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) 2010: Migrationsbericht des Bundes, http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Migrationsberichte/migrationsbericht-2010.pdf?__blob=publicationFile (26.11.2012).
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) 2004a: Altenhilfestrukturen der Zukunft: Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung zum Bundesmodellprogramm, <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/abschlussbericht-altenhilfestrukturen-der-zukunft,property=pdf,bereich=,rwb=true.pdf> (26.11.2012).
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) 2004b: Freiwilliges Engagement in Deutschland 1999-2004: Ergebnisse der repräsentativen Trenderhebung zu Ehrenamt, Freiwilligenarbeit und bürgerschaftlichem Engagement. Unter Mitarbeit von TNS-Infratest-Sozialforschung, München.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) 2007: Nationaler Aktionsplan zur Umsetzung des Zweiten UN-Weltaltensplans und der UNECE-Regionalen Implementierungsstrategie, Berlin.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) 2008: Wohnen im Alter: Bewährte Wege – Neue Herausforderungen. Ein Handlungsleitfaden für Kommunen, Berlin.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) 2010: Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Altersbilder in der Gesellschaft, Berlin.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) 2010: Hauptbericht des Freiwilligensurveys 2009: Zivilgesellschaft, soziales Kapital und freiwilliges Engagement in Deutschland 1999-2004-2009, <http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Service/Publikationen/publikationen,did=165004.html> (29.2.2012)
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) 2011a: Starke Leistung für jedes Alter: Aktionsprogramm Mehrgenerationenhäuser, Berlin.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) 2011b: Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe. Abschlussbericht, Bielefeld/Köln.

- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) 2012a: Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung, <http://bmg.bund.de/pflege/zahlen-und-fakten-zur-pflegeversicherung.html> (17.2.2012).
- Bundesministerium für Gesundheit 2012b: Startschuss für den Expertenbeirat zur Ausgestaltung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, Pressemitteilung, http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Pressemitteilungen/2012/2012_01/120301_PM_Expertenbeirat_Ausgestaltung_Pflegebeduerftigkeitsbegriff.pdf (18.10.2012).
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) 2012c: Glossarbereich „Pflegegeld“, <http://www.bmg.bund.de/pflege/hilfen-fuer-angehoerige/pflegegeld.html> (26.11.2012).
- Bundesnetzwerk Bürgerschaftliches Engagement (BBE) (Hrsg.) 2006: Pflegepapier vom 13.3.2006, http://www.b-b-e.de/uploads/media/pflegepapier_13_03_06_form.pdf (29.2.2012).
- Bundesverband der Vermittlungsagenturen für Haushaltshilfen und Seniorenbetreuung in der 24-Stunden-Betreuung (BHSB): BHSB Startseite, <http://www.bhsb.de> (2.1.2009).
- Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (BPA) (Hrsg.) 2005: Positionen und Perspektiven in der häuslichen Versorgung von Pflegebedürftigen: Legale Beschäftigungsverhältnisse fördern – schärfere Sanktionen gegen Schwarzarbeit und Schleuserbanden, http://www.bpa.de/upload/public/doc/bpa-position_legale_beschaeftigung_foerdern.pdf (11.1.2008).
- Bundeszentrale für politische Bildung 2007: Arbeitsmigration, <http://www.bpb.de/gesellschaft/migration/dossier-migration/56542/arbeitsmigration> (26.11.2012).
- Cicholas, Ulrich; Ströker, Kerstin 2010: Auswirkungen des demografischen Wandels: Modellrechnungen zur Entwicklung der Krankenhausfälle und der Pflegebedürftigkeit. Statistische Analysen und Studien Nordrhein-Westfalen Ausgabe 66, Information und Technik NRW (Hrsg.), Düsseldorf.
- Dauderstädt, Michael 2012: Wachstum durch Ausbau sozialer Dienstleistungen, in: WISO direkt, <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/08887.pdf> (15.2.2012).
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe 2009: Wie sieht es im Pflegealltag wirklich aus? Fakten zum Pflegekollaps. Ausgewählte Ergebnisse der DBfK-Meinungsumfrage 2008/09, Berlin, http://www.dbfk.de/download/download/Abschlussbericht-Wie-sieht-es-im-Pflegealltag-wirklich-aus___pdf (28.8.2012).
- Deutsches Zentrum für Altersfragen 2006: Gesellschaftliches und familiäres Engagement älterer Menschen als Potenzial: Expertisen zum fünften Altenbericht der Bundesregierung Band 5, Berlin, <http://www.gbv.de/dms/bs/toc/513568662.pdf> (22.7.2012)
- Die ZEIT 2007: Pflege: Im Netz der Schwarzarbeit, Hamburg, <http://www.zeit.de/2007/48/Pflegekasten> (4.1.2009).
- Enquetekommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“ 2005: Situation und Zukunft der Pflege in NRW, Landtag Nordrhein-Westfalen (Hrsg.), Düsseldorf.
- Enste, Dominik; Pimpertz, Jochen 2008: Wertschöpfungs- und Beschäftigungspotenziale auf dem Pflegemarkt in Deutschland bis 2050. In: Trends 4/2008, Institut der deutschen Wirtschaft Köln.
- Figura, Robert; Schneider, Jo 2012: BBE: Bundesnetzwerk Bürgerschaftliches Engagement, <http://www.b-b-e.de> (29.2.2012).
- Europäische Union 2007: Strategischer Plan zur legalen Zuwanderung, http://europa.eu/legislation_summaries/justice_freedom_security/free_movement_of_persons_asylum_immigration/114507_de.htm (26.11.2012).

- Gensicke, Thomas 2001: Freiwilliges Engagement in Rheinland-Pfalz: Freiwilligenarbeit, Ehrenamt und bürgerschaftliches Engagement. Landesstudie im Auftrag des Ministeriums des Innern und für Sport Rheinland-Pfalz, Speyer.
- Gramke, Kai; Schüssler, Reinhard; Matuschke, Markus 2012: Soziales Wachstum durch produktive Kreisläufe, WISO direkt, <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/08886.pdf> (20.8.2012).
- Hämel, Kerstin 2010: Öffnung und Engagement: Altenpflegeheime zwischen staatlicher Regulierung, Wettbewerb und zivilgesellschaftlicher Einbettung, http://geb.uni-giessen.de/geb/volltexte/2010/7834/pdf/HaemelKerstin_2010_10_28.pdf (5.8.2012)
- Hastedt, Ingrid; Steiner, Barbara; Kruse, Andreas; Fronk, Eleonore 2007: Evaluationsstudie Wohngemeinschaften für ältere Menschen mit Pflegebedarf in Baden-Württemberg, Stuttgart, <http://wohlfahrtswerk.de/downloads/teil1.pdf> (26.11.2012).
- Heintze, Cornelia 2012: Auf der Highroad – der skandinavische Weg zu einem zeitgemäßen Pflegesystem. Ein Vergleich zwischen fünf nordischen Ländern und Deutschland, <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/09243-20120730.pdf> (22.8.2012).
- Institut für Demoskopie Allensbach (Hrsg.) 2009: Pflege in Deutschland: Ansichten der Bevölkerung über Pflegequalität und Pflegesituation, Allensbach.
- Isfort, Michael; Weidner, Frank 2010: Pflege-Thermometer 2009: Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus, Köln, http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/dip_Pflege-Thermometer_2009.pdf (26.11.2012).
- Isfort, Michael; Brühe, Roland; Weidner, Frank 2010: Landesberichterstattung Gesundheitsberufe Nordrhein-Westfalen 2010: Situation der Ausbildung und Beschäftigung in Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf.
- Isfort, Michael; Weidner, Frank; Messner, Thomas; Zinn, Winfried 2003: Pflege-Thermometer 2003. Frühjahrsbefragung zur Lage und Entwicklung des Personalwesens in der stationären Altenhilfe in Deutschland, Köln, Bermuthshain, <http://www.dip.de> (26.11.2012).
- Isfort, Michael; Weidner, Frank; Messner, Thomas; Zinn, Winfried 2004: Pflege-Thermometer 2004: Frühjahrsbefragung zur Personalsituation, zu Rahmenbedingungen und zum Leistungsspektrum der ambulanten Pflegedienste in Deutschland, Köln, Bermuthshain, <http://www.dip.de> (26.11.2012).
- Isfort, Michael; Laag, Urs; Weidner, Frank 2011: Entlastungsprogramm bei Demenz: EDe. Optimierung der Unterstützung für Demenzerkrankte und ihre Angehörigen im Kreis Minden-Lübbecke mit besonderer Berücksichtigung pflegepräventiver Ansätze, in: Pflegewissenschaft 13 (3), S. 133-138.
- Kaltenborn, Bruno; Knerr, Petra; Kurth-Laatsch, Syliva 2005: Familienunterstützende Dienstleistungen: Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren Frauen und Jugend, Berlin, www.wipol.de/download/beitrwipol029.pdf (26.11.2012).
- Kremer-Preiß, Ursula; Stolarz, Holger (Kuratorium Deutsche Altershilfe) 2008: Zukunft Quartier: Lebensräume zum Älterwerden, in: Netzwerk: Soziales neu gestalten (Hrsg.): Themenheft 3. Den neuen Herausforderungen begegnen. Mitarbeiter weiter qualifizieren, Gütersloh, http://www.bertelsmannstiftung.de/bst/de/media/xcms_bst_dms_26761_26762_2.pdf (26.11.2012).
- Kocher, Eva 2012: Hausarbeit als Erwerbsarbeit. Der Rechtsrahmen in Deutschland: Voraussetzungen einer Ratifikation der ILO-Domestic Workers Convention durch die Bundesrepublik Deutschland. Abschlussbericht, Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg.), www.boeckler.de/pdf_fof/S-2012-524-3-1.pdf (26.11.2012).

- Kuhn, Ulrich 2007: Alternative Konzeption und Finanzierung generationsübergreifender Wohn- und Quartierskonzepte am Beispiel der „Lebensräume für Jung und Alt“ der Stiftung Liebenau, http://www.stiftung-liebenau.de/uploads/media/Aufsatz_Alternative_Konzeption_und_Finanzierung_gemeinscha-205_01.pdf (26.11.2012).
- Lutz, Helma 2007: Vom Weltmarkt in den Privathaushalt: Die neuen Dienstmädchen im Zeitalter der Globalisierung, Opladen.
- Mattheis, Hilde 2012: Kurzfassung Orientierungspapier der SPD-Bundestagsfraktion zur Reform der Pflegeversicherung: Für eine umfassende Pflegereform: Pflege als gesamtgesellschaftliche Aufgabe stärken, <http://www.spdfraktion.de/sites/default/files/orientierungspapier-pflege-kurzfassung.pdf> (26.11.2012).
- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V. (Hrsg.) 2006: Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches, Essen.
- Meier, D.; Ermini-Fünfschilling, D.; Monsch, A. U.; Stähelin, H. B. 1999: Pflegende Familienangehörige von Demenzpatienten: Ihre Belastungen und ihre Bedürfnisse, in: Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie 12 (2), S. 85-96.
- Menning, Sonja; Nowossadeck, Enno; Maretzke, Steffen 2010: Regionale Aspekte der demografischen Alterung, in: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.): Report Altersdaten, Heft 1-2.
- Meyer, Martha 2006: Pflegende Angehörige in Deutschland: Ein Überblick über den derzeitigen Stand und zukünftige Entwicklungen, Hamburg.
- Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen des Landes Rheinland-Pfalz (Hrsg.) 2005: Abschlussbericht. Fachkräftesituation und Fachkräftebedarf in der Pflege in Rheinland-Pfalz (Berichte aus der Pflege, Nr. 2), <http://www.menschen-pflegen.de/files/2c2b1603a819da2373d45a62070b3cb9/516/Bericht.pdf> (26.11.2012).
- Momsen, Janet Henshall (Hrsg.) 1999: Gender, Migration and Domestic Service, London.
- Morokvasic, Mirjana 1994: Pendeln statt Auswandern: Das Beispiel der Polen, in: Morokvasic, Mirjana (Hrsg.): Wanderungsraum Europa: Menschen und Grenzen in Bewegung, Berlin, S. 166-187.
- Neuhaus, Andrea; Isfort, Michael; Weidner, Frank 2009: Situation und Bedarfe von Familien mit mittel- und osteuropäischen Haushaltshilfen (moH), Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (Hrsg.), Köln.
- Nowossadeck, Sonja; Nowossadeck, Enno 2011: Krankheitsspektrum und Sterblichkeit im Alter, in: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.): Report Altersdaten, Heft 1-2.
- Odierna, S. (2000): Die heimliche Rückkehr der Dienstmädchen: Bezahlte Arbeit im privaten Haushalt, Opladen, <http://www.gbv.de/dms/bs/toc/311048153.pdf> (26.11.2012).
- Olk, Thomas 2007: Bürgergesellschaft und Engagement älterer Menschen: Plädoyer für einen Welfare-Mix in der kommunalen Daseinsvorsorge, in: Informationsdienst Altersfragen 34 (2), S. 5-8.
- Ostwald, Dennis A.; Ehrhard, Tobias; Bruntsch, Friedrich; Schmidt, Harald; Friedl, Corinna 2011: Fachkräftemangel: Stationärer und ambulanter Bereich bis zum Jahr 2030, PriceWaterhouseCoopers (Hrsg.).
- Pfaff, Heiko 2012: Pflege heute und in Zukunft: Ergebnisse der Pflegestatistik, in: Pflege be(ob)achten, Fachtagung, Münster, https://www.fh-muenster.de/fb12/downloads/Pfaff_pflege_heute_zukunft.pdf (25.11.2012).

- Pohl, Carsten 2010: Der zukünftige Bedarf an Pflegearbeitskräften in Nordrhein-Westfalen: Modellrechnungen auf Kreisebene bis zum Jahr 2030, <http://www.iab.de/242/section.aspx/Publikation/k110217a03> (26.11.2012).
- Rothgang, Heinz; Iwansky, Stephanie; Müller, Rolf; Sauer, Sebastian; Unger, Rainer 2011: Pflegereport 2011, in: Barmer GEK (Hrsg.): Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse Band 11, <http://www.barmergek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Presseinformationen/Archiv/2011/111129-Pflegereport-2011/PDF-Pflegereport-2011,property=Data.pdf> (17.2.2012).
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2007: Kooperation und Verantwortung: Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung, Berlin.
- Schaich-Walch, Gudrun; David, Stefan 2012: Delegation – Substitution – Innovation: Neue medizinische Versorgungsformen für eine alternde Gesellschaft. Chancen für ein längeres Leben zu Hause, Positionspapier des Managerkreises der Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn.
- Schneekloth, Ulrich; Wahl, Werner Hans 2005: Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III): Repräsentativbefunde und Vertiefungsstudien zu häuslichen Pflegearrangements, Demenz und professionellen Versorgungsangeboten, integrierter Abschlussbericht, München.
- Schneekloth, Ulrich 2006: Entwicklungstrends und Perspektiven in der häuslichen Pflege: Zentrale Ergebnisse der Studie Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung (MuG III), in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Nr. 39 (6), S. 405-412.
- Schneekloth, Ulrich; Leven, Ingo 2003: Hilfe- und Pflegebedürftige in Privathaushalten in Deutschland 2002. Schnellbericht. Erste Ergebnisse der Repräsentativerhebung im Rahmen des Forschungsprojekts „Möglichkeiten und Grenzen einer selbständigen Lebensführung hilfe- und pflegebedürftiger Menschen in privaten Haushalten“ (MuG III), München.
- Schneider, Friedrich; Enste, Dominik 2000: Schattenwirtschaft und Schwarzarbeit: Umfang, Ursachen, Wirkungen und wirtschaftspolitische Empfehlungen, München/Wien, www.gbv.de/dms/hebis-darmstadt/toc/84029773.pdf (26.11.2012).
- Simon, Michael 2009: Personalabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser: Hintergründe Ursachen Perspektiven, in: Pflege & Gesellschaft 14 (2), S. 101-123.
- Simon, Michael 2011: Beschäftigungsstrukturen in Pflegeberufen: Eine Analyse der Entwicklungstrends im Zeitraum 1999 bis 2009/The Structure of Employment in Nursing Professions: An Analysis of Development Trends in the Period 1999 to 2009, in: Pflege & Gesellschaft 16 (4), S. 339-372.
- Sozioökonomisches Panel (SOEP): <http://www.diw.de/soep> (26.11.2012).
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (Hrsg.) 2011a: Pflegestatistik. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. 3. Bericht: Ländervergleich – ambulante Pflegedienste, Wiesbaden, https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/LaenderAmbulantePflegedienste5224101099004.pdf?__blob=publicationFile (26.11.2012).
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (Hrsg.) 2011b: Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse – 2009, Wiesbaden, https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001099004.pdf?__blob=publicationFile (26.11.2012).
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (Hrsg.) 2011c: Demografischer Wandel in Deutschland: Bevölkerungs- und Haushaltsentwicklung im Bund und in den Ländern, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt 2006: Bevölkerung Deutschlands bis 2050. 11. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressekonferenzen/2006/Bevoelkerungsentwicklung/bevoelkerungsprojektion2050.pdf?__blob=publicationFile (26.11.2012).

- Statistisches Bundesamt 2009: Bevölkerung Deutschlands bis 2060: 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, Wiesbaden, https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/VorausberechnungBevoelkerung/BevoelkerungDeutschland2060Presse5124204099004.pdf?__blob=publicationFile (26.11.2012).
- Stemmer, Renate 2008: Gutachten zu den zukünftigen Handlungsfeldern in der Krankenhauspflege, Sozialministerium Rheinland-Pfalz (Hrsg.), Mainz.
- Stiftung Warentest (Hrsg.) 2009: Pflege zu Hause. Vermittlungsagenturen im Test, 05/2009, Berlin.
- Ströbel, Anne; Weidner, Frank 2003: Ansätze zur Pflegeprävention: Rahmenbedingungen und Analyse von Modellprojekten zur Vorbeugung von Pflegebedürftigkeit. Zwischenbericht 2002, Hannover.
- Südwestfunk: Dossier. Pflege im Alter – der Überblick – Ratgeber, <http://www.swr.de/ratgeber/gesund/pflege/-/id=1798/nid=1798/did=2276550/mpdid=2318898/ky6au2/index.html> (14.1.2009).
- Tesch-Römer, Clemens; Engstler, Heribert; Wurm, Susanne (Hrsg.) 2006: Altwerden in Deutschland: Sozialer Wandel und individuelle Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte, Wiesbaden.
- Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft ver.di 2011: „Grauer Pflegemarkt“ und Beschäftigung ausländischer Pflegehilfskräfte. Eine Argumentationshilfe, <http://gesundheitspolitik.verdi.de/internationales/europa/arbeit-und-qualifikation/data/Argumentationshilfe-Grauer-Pflegemarkt.pdf> (5.8.2012).
- Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft ver.di 2012: Stellungnahme der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtungsgesetz – PNG), Berlin, <http://www.gesundheitspolitik.verdi.de/pflege/pflegeneuausrichtungsgesetz-2012/data/ver.di-Stellungnahme-zum-Pflege-Neuausrichtungsgesetz.pdf> (26.11.2012).
- Walter, Ulla; Fischer, Claudia; Flick, Uwe; Neuber, Anke; Schwartz, Friedrich-Wilhelm 2006: Alt und gesund? Altersbilder und Präventionskonzepte in der ärztlichen und pflegerischen Praxis, Wiesbaden.
- Weidner, Frank; Emme Ahe, Harmut von der; Laag, Ursula; Isfort, Michael; Meyer, Sinja H. 2010: Abschlussbericht Entlastungsprogramm bei Demenz – EDe: Optimierung der Unterstützung für Demenzerkrankte und ihre Angehörigen im Kreis Minden-Lübbecke mit besonderer Berücksichtigung pflegepräventiver Ansätze, Köln/Minden.
- Weidner, Frank; Gebert, Anne; Schmidt, Cordula: Pflegeoptimierung in Siegen-Wittgenstein (POP-SiWi): Entwicklung kommunaler Infrastrukturen mit pflegepräventiven Ansätzen zu Förderung der selbstständigen Lebensführung im Alter (2006-2010), http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/6-6_POP-Einf%C3%BChrungstext.pdf (26.11.2012).
- Weidner, Frank; Schulz-Nieswandt, Frank; Brandenburg, Hermann et. al 2008: Pflege und Betreuung im Wohnquartier: Vernetzung von Netzwerken, Köln.
- Weyerer, Siegfried; Schäufele, Martina; Hendlmeier, Ingrid; Kofahl, Christopher; Sattel, Heribert 2006: Demenzkranke Menschen in Pflegeeinrichtungen: Besondere und traditionelle Versorgung im Vergleich, Stuttgart.
- WG Qualität (Hrsg.) 2012: Qualitätssicherung in ambulant betreuten Wohngemeinschaften: Startseite, <http://www.wg-qualitaet.de/> (29.2.2012).
- Zank, Susanne; Schacke, Claudia 2007: Projekt Längsschnittstudie zur Belastung pflegender Angehöriger von demenziell Erkrankten (LEANDER). Abschlussbericht Phase 2, Bundesministerium für Familie, Senioren Frauen und Jugend (Hrsg.), Berlin.

Die Autorin und die Autoren

Prof. Dr. Michael Isfort

ist Mitglied des Vorstands am Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. und Professor für Pflegewissenschaft und Versorgungsforschung an der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen, Köln.

Prof. Dr. Markus Lungen

ist Professor für Volkswirtschaft und Gesundheitsökonomie in der Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften der Hochschule Osnabrück.

Andrea von der Malsburg (M.A.)

ist Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. und Coach.

Prof. Dr. Frank Weidner

ist Vorstandsvorsitzender des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung e.V. und Gründungsdekan der Pflegewissenschaftlichen Fakultät und Inhaber des Lehrstuhls für Pflegewissenschaft der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar.



Neuere Veröffentlichungen der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik

Wirtschaftspolitik

Deutschlands Industrie: Wachstumsmotor oder Wachstumsmythos?

WISO direkt

Wirtschaftspolitik

Ziele und Zielkonflikte der Wirtschaftspolitik und Ansätze für einen neuen sozial-ökologischen Regulierungsrahmen

WISO Diskurs

Wirtschaftspolitik

Die EU-Fiskalpolitik braucht gesamtwirtschaftlichen Fokus und höhere Einnahmen

WISO direkt

Wirtschaftspolitik

Wer wird Millionär? Erklärungsansätze steigender Top-Managergehälter

WISO direkt

Außenwirtschaft

Eurokrise: Die Ungleichheit wächst wieder in Europa

WISO direkt

Nachhaltige Strukturpolitik

Vom „Blauen Himmel“ zur Blue Economy Fünf Jahrzehnte ökologische Strukturpolitik

WISO Diskurs

Europäische Wirtschafts- und Sozialpolitik

Staatsgläubigerpanik ist keine Eurokrise!

WISO direkt

Steuerpolitik

Progressive Sozialversicherungsbeiträge – Entlastung der Beschäftigten oder Verfestigung des Niedriglohnsektors?

WISO Diskurs

Arbeitskreis Mittelstand

Wirtschaftliche Nachhaltigkeit statt Shareholder Value – Das genossenschaftliche Geschäftsmodell

WISO direkt

Gesprächskreis Verbraucherpolitik

Honorarberatung als Weg aus dem Provisionsdilemma?

WISO direkt

Arbeitskreis Innovative Verkehrspolitik

Frühzeitige Bürgerbeteiligung für eine effizientere Verkehrsinfrastrukturplanung

WISO Diskurs

Arbeitskreis Stadtentwicklung, Bau und Wohnen

Das Programm Soziale Stadt – Kluge Städtebauförderung für die Zukunft der Städte

WISO Diskurs

Gesprächskreis Sozialpolitik

Soziale Gesundheitswirtschaft – Impulse für mehr Wohlstand

WISO Diskurs

Gesprächskreis Arbeit und Qualifizierung

Reformperspektiven der beruflichen Bildung Erkenntnisse aus dem internationalen Vergleich

WISO Diskurs

Gesprächskreis Arbeit und Qualifizierung

Wirkungen der Mindestlohnregelungen in acht Branchen

WISO Diskurs

Arbeitskreis Arbeit-Betrieb-Politik

Soziale Indikatoren in Nachhaltigkeitsberichten Freiwillig, verlässlich, gut?

WISO Diskurs

Arbeitskreis Dienstleistungen

Gesellschaftlich notwendige Dienstleistungen – soziale Innovationen denken lernen

WISO Diskurs

Gesprächskreis Migration und Integration

Muslimbilder in Deutschland Wahrnehmungen und Ausgrenzungen in der Integrationsdebatte

WISO Diskurs

Gesprächskreis Migration und Integration

Interkulturelle Öffnung in Kommunen und Verbänden

WISO Diskurs

Volltexte dieser Veröffentlichungen finden Sie bei uns im Internet unter

www.fes.de/wiso