

Baldo Blinkert

Bedarf und Chancen.

Die Versorgungssituation pflegebedürftiger Menschen im Prozess des demografischen und sozialen Wandels¹

Need and Chances. The situation of supply for people who are in need of long-term-care in the process of demographic and social change

An adequate supply for people who are in need of long-term-care depends strongly upon three factors: upon the degree of need, upon risks and chances which are produced by the social environment and upon institutionalized regulations. This basic idea is explicated and supported by results of several researches of our institute. 1. It can be demonstrated that need and chances of supply are strongly influenced by the demographic and socio-cultural changes. 2. The probability for homecare varies noticeably with the membership to social milieus. This probability is highest in those milieus which have increasingly lost importance in the past social and cultural change. 3. Arrangements for homecare can be described as the time contributions of several sectors of care providers. These time contributions vary not only with the degree of need but also with conditions of the social setting. Regarding the supply for aged care needing people one can observe the trend of a reversal of social privileges. Altogether it must be realized that our system of supply for long-term-care is confronted with heavy challenges which only are manageable by far reaching reforms.

Keywords

long-term-care; homecare; demographic change; social change; social milieus; networks of support

Die Versorgungssituation pflegebedürftiger Menschen hängt im Wesentlichen von drei Faktoren ab: Vom ihrem Bedarf nach Versorgung, von den durch das soziale Umfeld konstituierten Risiken und Chancen und von institutionellen Regelungen. Diese Grundidee wird erläutert und durch die Ergebnisse verschiedener Untersuchungen unseres Instituts belegt. 1. Es lässt sich zeigen, dass der demografische und soziale Wandel von großer Bedeutung sowohl für Bedarf wie auch für Versorgungschancen ist. 2. Die Wahrscheinlichkeit für eine häusliche Versorgung variiert in starkem Maße mit der Zugehörigkeit zu sozialen Milieus. Sie ist am größten in den Milieus, die im Verlauf des sozialen und kulturellen Wandels zunehmend an Bedeutung verloren haben. 3. Pflegearrangements von häuslich versorgten

invited paper

¹ Der Aufsatz beruht auf einem leicht abgeänderten Vortrag, den ich auf dem Kongreß „Reform der Pflegeversicherung“ in Berlin am 10.11.2006 gehalten habe. Der Vortrag wird in seiner ursprünglichen Form im Tagungsband erscheinen. Gegenüber dem Vortrag haben sich bezüglich der berichteten Ergebnisse aus der Begleitforschung zum Pflegebudget leichte Änderungen ergeben, die darauf beruhen, dass die Auswertungen mittlerweile auf einer breiteren Datenbasis durchgeführt werden konnten. An der Richtung und Dimensionalität der Ergebnisse hat sich jedoch nichts geändert.

Pflegebedürftigen lassen sich unter dem Gesichtspunkt des Zeitbeitrags verschiedener Sektoren beschreiben. Diese Zeitbeiträge variieren nicht nur mit dem Grad der Pflegebedürftigkeit, sondern auch mit Bedingungen des sozialen Umfeldes. Für die Versorgung älterer pflegebedürftiger Menschen lässt sich dabei der Trend beobachten, dass es zu einer Umkehr von sozialer Privilegierung kommt. Insgesamt kann festgestellt werden, dass unser Versorgungssystem für pflegebedürftige Menschen vor großen Herausforderungen steht, die sich nur durch grundlegende Reformen bewältigen lassen.

Schlüsselwörter

Pflege, Pflegebedürftigkeit, demographischer Wandel, sozialer Wandel, Netzwerke

1. Einführung

Wenn man danach fragt, wovon die Versorgungssituation pflegebedürftiger Menschen abhängt, gibt es zwei Perspektiven. Die eine – nennen wir sie die „naive Perspektive“ – geht davon aus, dass die Versorgungssituation vom Bedarf bestimmt ist. Eine andere Sichtweise könnte man vielleicht als „subversive Perspektive“ bezeichnen. Ihr zufolge wird die Versorgungssituation durch ganz andere Bedingungen beeinflusst, also nicht vom Bedarf, sondern von Bedingungen, die etwas mit der Verteilung gesellschaftlicher Chancen, mit dem Fehlen oder Vorhandensein von Ressourcen zu tun haben. Ich bin der Meinung, dass beide Sichtweisen zutreffend sind und werde das in diesem Aufsatz begründen und auch durch die Ergebnisse eigener Forschungen belegen.²

2. Versorgungssituation pflegebedürftiger Menschen: Pflegearrangements

Versorgungssituationen ergeben sich aus den gewählten oder auferlegten Pflegearrangements. Eine erste und sehr grundlegende Unterscheidung bezieht sich auf den Ort der Pflege: ob die Versorgung in einem Heim durchgeführt wird oder ob es sich um eine häusliche Versorgung handelt. Zurzeit beruht die Versorgung pflegebedürftiger Menschen noch immer ganz wesentlich darauf, dass nahe Angehörige – vor allem Ehe-/Lebenspartner und Kinder – bereit sind, entsprechende Verpflichtungen zu übernehmen. Der Anteil der zu Hause Versorgten liegt bei rund 70% und von den helfenden Familienangehörigen nehmen auch nur rund zwei Drittel professionelle Hilfen in Anspruch. Und wenn wir die Menschen fragen, dann wird deutlich, dass die häusliche Versorgung auch immer noch als Idealform der Versorgung betrachtet wird. Demgegenüber wird die Versorgung durch ein Pflegeheim eher negativ beurteilt und gilt als Ersatzlösung. Häusliche Versorgung und stationäre Versorgung sind die Extreme – dazwischen liegen verschiedene Formen der teilstationären und temporär-stationären

² Die Forschungen wurden im Zeitraum von 1998 bis 2007 im Kontext des „Freiburger Forschungsverbunds soziale Sicherheit im Alter“ durchgeführt. An diesem Forschungsverbund beteiligt sind das Institut für Soziologie an der Universität Freiburg, Prof. Dr. Thomas Klie und der Arbeitskreis Gerontologie und Pflege an der evangelischen Fachhochschule (AGP) und das Freiburger Institut für angewandte Sozialwissenschaft (FIFAS).

Versorgung wie z.B. die Kurzzeitpflege und die Tagespflege, die jedoch noch immer keinen großen Zuspruch finden. Bei der häuslichen Pflege lässt sich dann noch unterscheiden, wie und in welchem Umfang verschiedene Akteure und Sektoren beteiligt sind: informeller Sektor 1 (Angehörige), informeller Sektor 2 (Nachbarn, Bekannte, Freunde, Ehrenamtliche), formeller Sektor 1 (Pflegefachkräfte und -dienste), formeller Sektor 2 (sonstige berufliche bzw. kommerzielle Anbieter von Leistungen), s. Tabelle 1. Diese Sektoren und Akteure bringen jeweils ihre eigene Qualität in die Gestaltung des Pflegearrangements ein: Professionelle mit ihrem Fachwissen und ihrer handwerklichen aber auch hermeneutischen Kompetenz, sonstige berufliche bzw. kommerzielle Anbieter die zur Bewältigung von Alltagsproblemen erforderlichen Dienste, die Angehörigen mit ihrer spezifischen Kenntnis und Nähe zum Pflegebedürftigen und der lebensweltlichen Vertrautheit, Nachbarn und Ehrenamtliche mit ihrem Interesse an der Person des Pflegebedürftigen und in der von ihnen herzustellenden sozialen Teilhabe des Pflegebedürftigen in soziale Kontexte der Gesellschaft.

stationäre Versorgung	häusliche Versorgung		
	<i>Beteiligte Sektoren und Akteure</i>		
	<i>Sektoren</i>	<i>Typische Akteure</i>	<i>Beispiele</i>
	Informeller Sektor 1	Angehörige, Familie	Tochter, Sohn Ehefrau, Schwieger tochter, Schwiegersohn, Neffe, Nichte, Vater...
	Informeller Sektor 2	Freunde, Bekannte, Nachbarn, Ehrenamtliche	Eine gute Freundin, der Nachbar Herr X, Hand in Hand e.V....
	Formeller Sektor 1	Professionelle Pflegekräfte, -dienste, sonstige prof. Anbieter	Pflegefachkraft, Krankenschwester Physiotherapeut...
	Formeller Sektor 2	Sonstige berufliche und/oder kommerzielle Anbieter	Ich-AG, polnische Haushaltshilfe, Putzfrau, Frisör, Menüdienst...

Tabelle 1: Pflegearrangements

Wie sind nun Pflegearrangements erklärbar? Wovon hängt es ab, welches Arrangement gewählt wurde bzw. sich ergeben hat?

3. Unterscheidung zwischen Mikro- und Makro-Ebene

Um die Frage nach Erklärungen zu beantworten, ist es zunächst sinnvoll, zwischen einer Makro- und einer Mikro-Ebene zu unterscheiden. Wenn wir die Makro-Ebene im Blick haben, berücksichtigen wir zur Erklärung Strukturen, und das Explanandum sind Quoten oder Häufigkeiten von verschiedenen Pflegearrangements – z.B. der Anteil oder die Anzahl der in Heimen Versorgten. Wenn es uns um die Mikro-Ebene geht, interessieren wir uns für Entscheidungen von Individuen oder Haushalten und für ihre Praktiken. Wir wollen dann wissen, wie und unter welchen Bedingungen sich Pflege-

bedürftige, bzw. deren Angehörige für die eine oder andere Form der Versorgung entscheiden und wie die konkrete Praxis der Versorgung aussieht.³

Es lässt sich zeigen, dass man für beide Ebenen zu brauchbaren Erklärungen kommt, wenn drei Faktoren bzw. „Faktorbündel“ berücksichtigt werden:

1. der Bedarf,
2. Chancen oder Opportunitätsstrukturen und
3. die institutionellen, im Wesentlichen die sozialgesetzlichen Rahmenbedingungen.

4. Makroebene: Bedarf und Chancen im Prozess des gesellschaftlichen und demographischen Wandels

Ich befasse mich zunächst mit der Makro-Ebene: Wie lassen sich Quoten für bestimmte Arrangement-Typen erklären, z.B. die Heimquote, d.h. der Anteil der stationär versorgten Pflegebedürftigen? Mit welchen Entwicklungen ist für die nächsten Jahre zu rechnen? Dazu konnten wir ein Simulationsmodell entwickeln⁴. Das Modell zeigt, wie sich unter den Bedingungen des demographischen und sozialen Wandels und bei konstanten institutionellen Bedingungen Bedarf und Chancen (also Opportunitätsstrukturen) und damit auch der Anteil von Arrangementstypen verändern könnten.

Der Bedarf ergibt sich aus der erwartbaren Zahl von Pflegebedürftigen. Die voraussichtliche Entwicklung ist allgemein bekannt: Aufgrund demographischer Veränderungen können wir erwarten, dass die Zahl der pflegebedürftigen Menschen bis 2050 ungefähr um den Faktor 2 zunehmen wird – von jetzt rund 2 Mio. auf dann ca. 4 Mio.

Wie sich die Chancen entwickeln könnten ist etwas schwieriger abzuschätzen – wir gehen von der folgenden Annahme aus:⁵

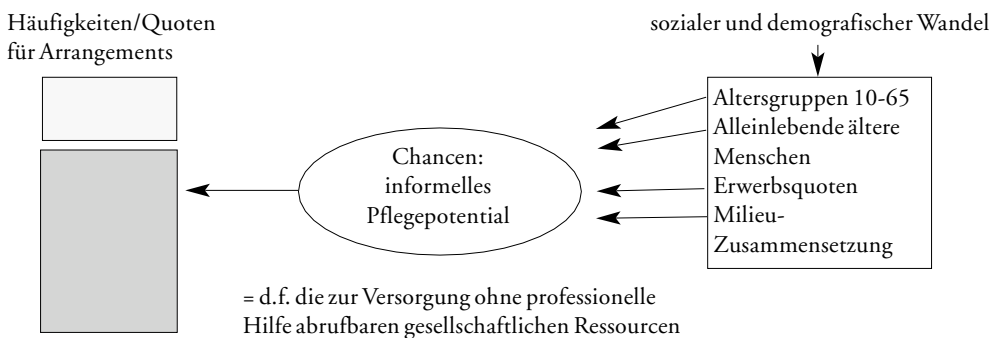


Abb. 1: Makro-Ebene: Strukturen und Institutionen

³ Natürlich hängen Makro- und Mikro-Ebene zusammen. Strukturen schaffen Restriktionen und eröffnen Chancen auf der Handlungs- bzw. Entscheidungsebene und durch Handlungen/Entscheidungen bzw. durch die Kumulation von Handlungen und durch die Entscheidungen von Akteuren mit „datensetzender Macht“ entstehen Strukturen. Für eine grundlegende Diskussion des Zusammenhangs von Makro- und Mikro-Ebene vgl. A. Giddens: The Consti-

Die Chancen für eine häusliche Versorgung ergeben sich aus dem in der Gesellschaft vorhandenen „informellem Pflegepotential“: das sind die zur Versorgung ohne professionelle Hilfe abrufbaren gesellschaftlichen Ressourcen. Diese Ressourcen verändern sich durch den sich ändernden Altersaufbau, durch eine sich verändernde (sicher zunehmende) Zahl von älteren Menschen, die allein leben, durch steigende Erwerbsquoten vor allem von Frauen und durch eine Abnahme der quantitativen Bedeutung von sozialen Milieus, die eine starke Präferenz für die häusliche Pflege haben (dazu später mehr).

Wenn diese Faktoren berücksichtigt werden, ist mit der folgenden Entwicklung zu rechnen (Abb. 2):

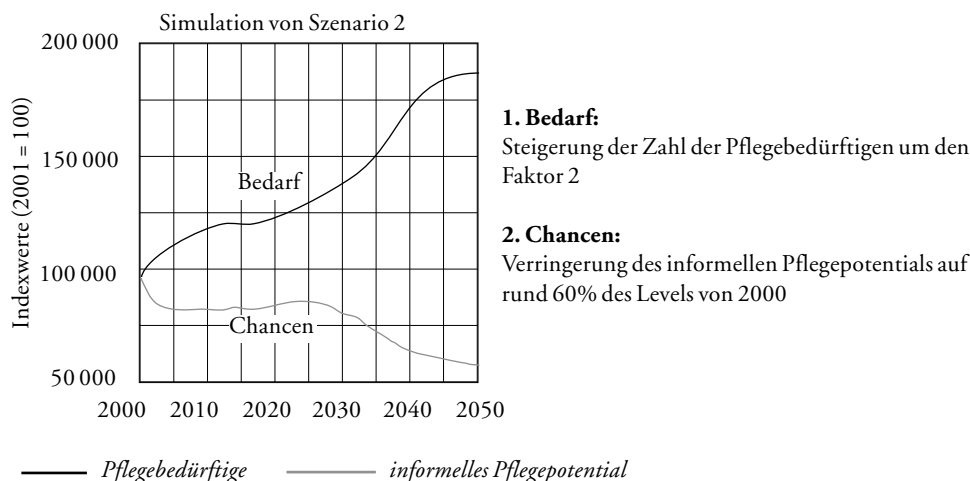


Abb. 2: „Informelles Pflegepotential“ und Zahl der Pflegebedürftigen 2000 - 2050

Während die Zahl der Pflegebedürftigen – also der auf der Makro-Ebene beschreibbare Bedarf – um den Faktor 2 steigen könnte, würde sich das „informelle Pflegepotential“ – also die Chancen – auf rund 60% des Niveaus von 2000 reduzieren. Erwartbar ist also, dass sich die Schere öffnet.

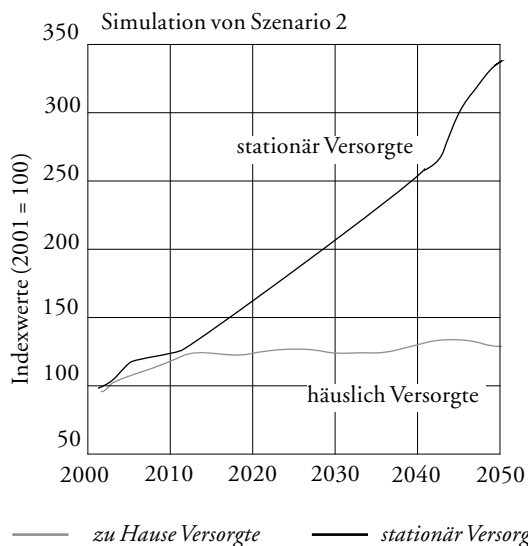
Auf die Quote verschiedener Pflegearrangements könnte das die folgenden Auswirkungen haben, s. Abbildung 3:

Die Anzahl der in Heimen Versorgten könnte gegenüber dem Jahr 2000 um den Faktor 3.5 bis 4 zunehmen. Natürlich gilt das „ceteris paribus“, d.h. wenn die Rahmenbedingungen sich nicht ändern: wenn es nicht zu einer Änderung der Pflegeversiche-

tution of Society, Cambridge 1984. Zum Konzept der „datensetzenden Macht“ vgl. H.Popitz: Phänomene der Macht, Tübingen 1992

4 Vgl. dazu Blinkert, B., Klie, T.: Zukünftige Entwicklung des Verhältnisses von professioneller und häuslicher Pflege bei differierenden Arrangements und privaten Ressourcen bis zum Jahr 2050. Expertise im Auftrag der Enquete-Kommission Demographischer Wandel des Deutschen Bundestages, hektogr. Man. Berlin/Freiburg, 2001

5 Vgl. dazu B.Blinkert, T. Klie: Solidarität in Gefahr? Hannover 2004



ceteris paribus:

Die Anzahl der stationär Versorgten können um einen Faktor 3,5-4 zunehmen.

ceteris paribus:

- keine Änderung der Pflegeversicherung
- Bedarfsdeckung wie bisher
- keine neuen Leistungs- und Versorgungsformen

keine neuen Regelungen, die eine bessere Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflegen ermöglichen

Abb. 3: Stationär und häuslich Versorgte 2000-2050

zung kommt, wenn die Bedarfsdeckung so erfolgt wie bisher, wenn es keine neuen Leistungsformen gibt, wenn es nicht zu einer verbesserten Vereinbarkeit von Beruf und Pflegen kommt ... usw.

4. Mikro-Ebene des Entscheidens: stationäre oder häusliche Versorgung – „Pflegekulturelle Orientierungen“ und soziale Milieus

Betrachten wir nun die Mikro-Ebene: Wie sind Präferenzen für Pflegearrangements und damit auch Entscheidungen verteilt? Wovon hängen solche Präferenzen ab? Dazu haben wir verschiedene Untersuchungen durchgeführt – im ländlichen Raum, in einer Großstadt, in den alten und neuen Bundesländern.⁶ Es ging dabei immer um die Frage nach den „pflegekulturellen Orientierungen“ in der für dieses Thema besonders wichtigen und sensiblen Altersgruppe der 40- bis 65jährigen. Dabei hat uns u.a. interessiert, wie man einen nahen Angehörigen versorgen würde, der plötzlich pflegebedürftig wird. Wir haben die folgenden Präferenztypen unterschieden:

1. häusliche Versorgung ohne professionelle Hilfe
2. häusliche Versorgung mit professioneller Unterstützung
3. eher stationäre Versorgung
4. definitiv stationäre Versorgung

⁶ B.Blinkert, T. Klie: Pflegekulturelle Orientierungen und soziale Milieus, in: Sozialer Fortschritt Jg. 49 (2000), S. 237-245; dies.: Solidarität in Gefahr? Hannover 2004; dies.: Pflegekulturelle Orientierungen. Die Annaberg-Unna-Studie, hekt. Man. 2006

Ein Ergebnis aus diesen Forschungen ist für die Erklärung von Versorgungspräferenzen besonders wichtig: die erstaunliche und sehr deutliche Verankerung von Präferenzen in sozialen Milieus:⁷

Die Untersuchungen in allen Regionen kommen immer wieder zu dem gleichen Ergebnis: Die geringste Bereitschaft zum Selberpflegen lässt sich im „liberal-bürgerlichen Milieu“ beobachten: also bei der Kombination eines relativ hohen sozialen Status mit einem modernen Lebensentwurf. Die größte Bereitschaft zum Selberpflegen besteht dagegen in den „Unterschicht-Milieus“: Fast 50 Prozent würden dieser Versorgungsform den Vorzug geben.⁸

Betrachtet man die uns bis jetzt bekannte Richtung des sozialen Wandels, so lässt sich Folgendes feststellen: Die Präferenz für eine häusliche Versorgung ohne Inanspruchnahme professioneller Hilfen ist in den Milieus am stärksten ausgeprägt, die in der Vergangenheit am stärksten an Bedeutung verloren haben und die als die „Verlierer“ von Modernisierungsprozessen gelten können.

Für diese milieuspezifische Verteilung von Pflegepräferenzen gibt es natürlich Gründe. Der entscheidende Punkt ist, dass aus unseren Untersuchungen hervorgeht, dass moralische Erwägungen bei der Wahl eines Arrangements durchweg eine sehr viel geringere Bedeutung haben als Kostenerwägungen. In den statushöheren Milieus haben besonders „Opportunitätskosten“ eine große Bedeutung: das sind die Kosten, die entstehen, wenn man durch die Übernahme von Pflegeverpflichtungen auf attraktive berufliche und soziale Möglichkeiten verzichten muss.⁹

5. Mikro-Ebene der Praktiken – Beteiligung von Sektoren und Akteuren am Pflegearrangement

Unsere Begleitforschung zur Einführung eines persönlichen Pflegebudgets¹⁰ hat weitere Erkenntnisse über Pflegearrangements und über ihre Abhängigkeit von Bedarf und Chancen erbracht. Vor allem konnten wir im Rahmen dieser Forschung Informationen

7 Soziale Milieus wurden durch die Achsen „sozialer Status“ und „Lebensentwurf“ klassifiziert. Der soziale Status wurde über die Indikatoren Einkommen, Schulbildung und Berufsausbildung gemessen. Der Lebensentwurf wurde auf dem Kontinuum „vormodern ... modern“ eingestuft. Dazu wurden statements über die Definition der Frauenrolle berücksichtigt, in denen auf der einen Seite ein auf Familie, Haushalt und Kinderbetreuung ausgerichtetes Frauenbild zum Ausdruck gebracht wurde und auf der anderen Seite eine Vorstellung von der Frauenrolle, die deutlich auf Selbständigkeit und Beruf ausgerichtet ist. Die Indices bzw. Skalen basieren auf Indikatoren, die auch in den repräsentativen ALLBUS-Studien verwendet werden. Auf diese Weise waren Vergleiche mit den Verhältnissen in einer repräsentativen Stichprobe möglich und auch Untersuchungen über die Veränderung des Anteils verschiedener Milieus im Zeitverlauf.

Genauere Erläuterungen dazu finden sich in Blinkert/Klie, *Solidarität in Gefahr?* aaO

Zum Milieu-Konzept allgemein vgl. S. Hradil: *Soziale Milieus - eine praxisorientierte Forschungsperspektive*, in: *Aus Politik und Zeitgeschichte*, 44-45 (2006), S. 3-10

8 Das berichtete Ergebnis bezieht sich auf die 2006 durchgeführten Annaberg-Unna-Studien mit einer Stichprobe von 1004 Personen im Alter von 40 bis 65 Jahre.

9 Vgl. dazu Blinkert/Klie, *Solidarität in Gefahr?* aaO

10 Das Modellprojekt zur Einführung eines persönlichen Pflegebudgets mit integriertem Case Management in sieben Regionen von Deutschland und die dazu durchgeführte Begleitforschung werden von den Spitzenverbänden der Pflegekassen gefördert.

über die Praktiken gewinnen, d.h. über die tatsächlich realisierten Pflegearrangements – und nicht nur über Präferenzen.

Wir haben gefragt, ob und wie die eingangs unterschiedenen vier Sektoren an den Pflegearrangements häuslich versorgter pflegebedürftiger Menschen beteiligt sind. Um Arrangements der häuslichen Versorgung zu beschreiben, ist es zwar vereinfachend, aber doch sinnvoll, sich auf die zur Versorgung investierte Zeit dieser Sektoren zu konzentrieren und auf die Geldzuwendungen, die an diese Sektoren fließen.¹¹

Pflegearrangements wurden von uns also als die je spezifischen Kombinationen der vier Sektoren unter Zeit- und Geldgesichtspunkten untersucht. Ein „durchschnittliches Pflegearrangement“ lässt sich durch die folgenden Zeit- und Geld-Werte beschreiben¹²:

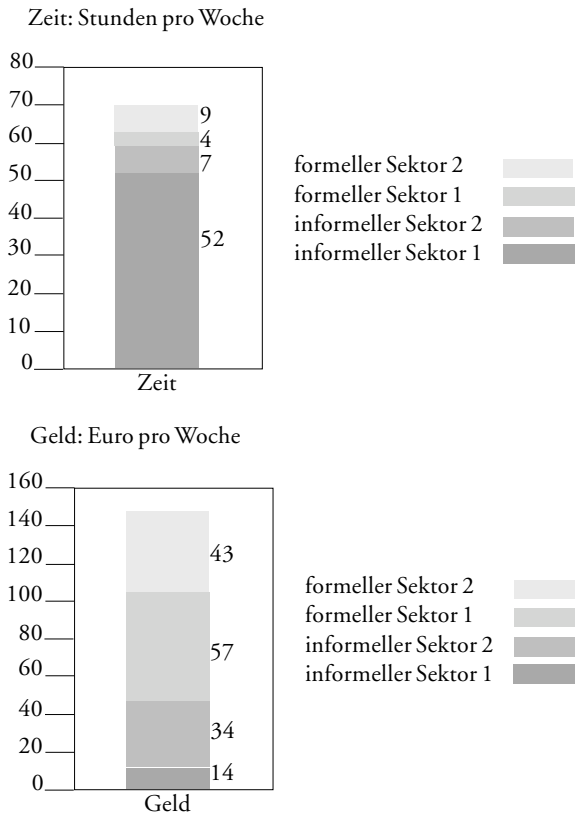


Abb. 4: Bei häuslicher Versorgung: Beteiligung von Sektoren an der Pflege – „durchschnittliches Pflegearrangement“

11 B.Blinkert, T. Klie: Die Zeiten der Pflege, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 39 (2006), S. 202-210
 12 Die Daten beruhen auf der persönlich-mündlich Befragung von 510 pflegebedürftigen Personen und deren Angehörigen, die im Rahmen der Begleitforschung zur Einführung eines persönlichen Pflegebudgets durchgeführt wurden. Für die Auswertung wurde eine gewichtete Stichprobe berücksichtigt. Die Gewichte wurden so gewählt, dass die Verteilung der Leistungsarten Geld-, Sach- und Kombileistungen der Verteilung in der

Von diesen Durchschnittswerten gibt es nun ganz erhebliche Abweichungen. Und die interessante Frage ist natürlich, wie sich Unterschiede zwischen Pflegearrangements erklären lassen. Wovon hängt der in die Versorgung investierte Zeitaufwand ab? Wovon hängt es ab, welchen Zeitbeitrag die Sektoren leisten? Wovon hängen die Geldzahlungen insgesamt und an die Sektoren ab?

Um diese Fragen zu beantworten, haben wir ein allgemeines Erklärmodell vorgeschlagen, s. Abb. 5:

Ein allgemeines Erklärungsmodell:

$$\text{Zeit} = f(\text{Bedarf}, \text{Chancen}) \quad \text{Geld} = f(\text{Bedarf}, \text{Chancen}, \text{Zeit})$$

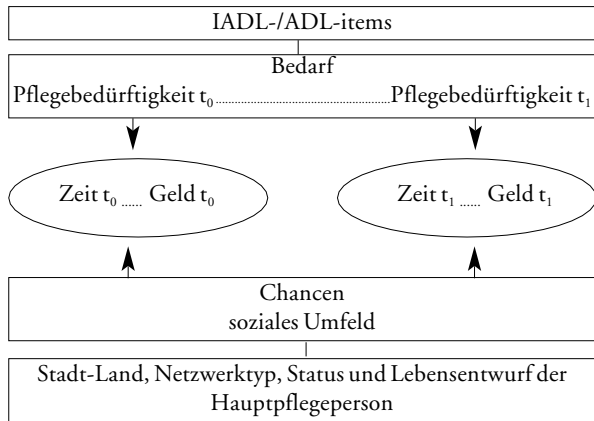


Abb. 5: Erklärungsmodell

Zu erklären sind „Pflegearrangements“, also typische Kombinationen der Leistungen und Beiträge von Sektoren und Akteuren im Versorgungsprozess, was sich letztlich (zum Teil zumindest) im Zeitvolumen, in den Zeitbeiträgen der Sektoren und in den Geldzahlungen manifestiert.

Die erklärenden Bedingungen sind einerseits der Bedarf – gemessen über den Grad der Pflegebedürftigkeit – und andererseits die durch das soziale Umfeld bestimmten Chancen für eine häusliche Versorgung – gemessen über einen Index, der die Merkmale Netzwerkstabilität, Stadt-Land, Status und Lebensentwurf der Hauptpflegeperson zusammenfasst.

In das Modell gehen die folgenden Annahmen ein:

- Die für die Versorgung an einen Sektor getätigten Geldzahlungen hängen im Wesentlichen vom zeitlichen Versorgungsaufwand ab.

Grundgesamtheit der häuslich Versorgten in Deutschland entspricht. Aufgrund des Forschungsdesigns sind in der Ausgangsstichprobe Geldleistungsempfänger unterrepräsentiert und Sachleistungsempfänger überrepräsentiert. Hinsichtlich anderer relevanter Merkmale wie Pflegestufe und Alter gab es keine Unterschiede zur Grundgesamtheit. Die hier berichteten Zahlen weichen von anderen Veröffentlichungen aus der Begleitforschung ab, weil für diese Veröffentlichungen ungewichtete Stichproben berücksichtigt wurden.

- Der zeitliche Versorgungsaufwand wird vom Bedarf (vom Grad der Pflegebedürftigkeit) bestimmt – aber ebenso
- von den im sozialen Umfeld vorhandenen oder fehlenden Chancen für die Durchführung einer häuslichen Versorgung.
- Diese Chancen variieren mit dem Regionstyp, mit der Netzwerkstabilität und mit dem sozialen Milieu der Hauptpflegeperson (Status und Lebensentwurf).
- Das zu einem Zeitpunkt t_0 realisierte Pflegearrangement reproduziert sich für künftige Zeitpunkte t_1 , t_2 , usw., in dem Maße, in dem die konstitutiven Bedingungen – Bedarf und Chancen – unverändert bleiben und sich die gesetzlichen Rahmenbedingungen für Leistungen der Pflegeversicherung nicht verändern.

Das Modell wurde überprüft und hat sich recht gut bewährt. Für die von Angehörigen (informeller Sektor 1) und von Pflegefachkräften/-diensten (formeller Sektor 1) in die Versorgung investierte Zeit ergeben sich die folgenden Ergebnisse:¹³

Ergebnis einer multivariaten Analyse: Abhängigkeit der von Angehörigen (informeller Sektor 1) und von professionellen Anbietern (formeller Sektor 1) in die Versorgung investierte Zeit vom Bedarf (Grad der Pflegebedürftigkeit) und von den Chancen (soziales Umfeld)

– signifikante Beta-Koeffizienten und multiple Korrelationen –

Prädiktoren	Kriterien: Zeitbeiträge	
	vom informellen Sektor 1 (von Angehörigen) investierte Zeit	vom formellen Sektor 1 (von professionellen Anbietern) investierte Zeit
Bedarf (Grad der Pflegebedürftigkeit, Skala)	0,38	0,40
Chancen (soziales Umfeld, Index)	0,42	-0,17
multiple Korrelation (R)	0,67	0,40

Die Ergebnisse zeigen, dass Bedarf und Chancen¹⁴ für das von Angehörigen investierte Zeitvolumen eine erhebliche Bedeutung haben und ihre Effekte ungefähr in der gleichen Größenordnung liegen, wobei die Chancen etwas mehr zur Erklärung des

¹³ Die Analysen beruhen auf der aus Programm- und Vergleichsgruppe zusammengefassten gewichteten Stichprobe von 510 Pflegebedürftigen und 383 Hauptpflegepersonen aus der Ersterhebung. Es werden nur die Resultate für den informellen Sektor 1 und für den formellen Sektor 1 berichtet. Die beiden anderen Sektoren besitzen in der gewichteten Stichprobe eine relativ geringe Bedeutung. Ihr Beitrag am Pflegearrangement ist weniger gut erklärbar als der Beitrag der genannten Sektoren.

¹⁴ Die erklärenden Variablen „Bedarf“ und „Chancen“ wurden in der folgenden Weise gemessen: Der Bedarf wurde über eine auf der Grundlage von IADL/ADL-items entwickelten Skala eingestuft. Die Chancen wurden durch einen Index klassifiziert, in den die Merkmale Stadt-Land, Netzwerkstabilität, sozialer Status und Lebensentwurf eingegangen sind. Die einzelnen Merkmale korrelieren so hoch, dass eine Zusammenfassung sinnvoll war und auch notwendig, um das Problem der Multikollinearität bei den Prädiktoren zu vermeiden.

Zeit der Angehörigen – Pflegebedürftigkeit und soziales Umfeld

(Index aus Raumtyp, Netzwerk, soziales Milieu)

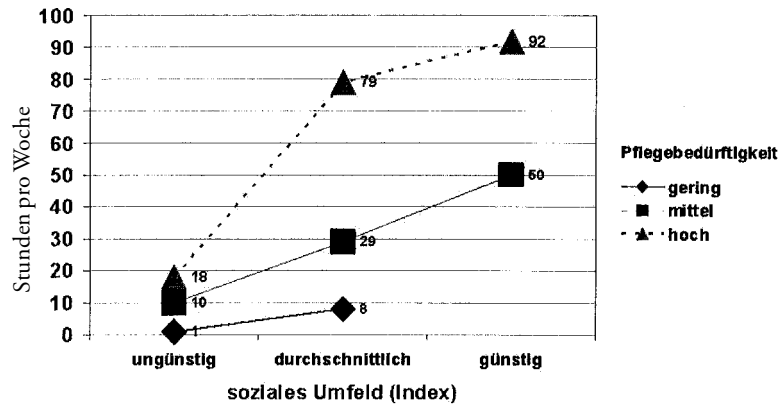


Abb. 6: Zeit der Angehörigen – Pflegebedürftigkeit und soziales Umfeld

Zeitbeitrags leisten als der Bedarf.¹⁵ Die Abhängigkeit der vom informellen Sektor 1 geleisteten Zeit von Bedarf und Chancen zeigt auch eine etwas anschaulichere Ergebnisdarstellung:

Die pro Woche von der Familie investierte Zeit steigt mit steigendem Bedarf – d.h. mit steigender Pflegebedürftigkeit. Und bei jedem Grad der Pflegebedürftigkeit wird unter „günstigen Umfeld-Bedingungen“ – also bei günstigen Chancen – deutlich mehr Zeit investiert als unter „ungünstigen Bedingungen“. „Günstige Bedingungen“ liegen dann vor, wenn jemand in einer ländlichen Region lebt, wenn er über ein stabiles Unterstützungsnetzwerk verfügt, wenn die Hauptpflegeperson einen niedrigen Sozialstatus und einen eher vormodernen Lebensentwurf hat. Die Ergebnisse zeigen natürlich, wie relativ die Bedeutung von Begriffen wie „günstig“ und „ungünstig“ ist. „Günstig“ unter dem Gesichtspunkt der häuslichen Versorgung einer pflegebedürftigen Person sind eher solche Bedingungen, die unter dem Gesichtspunkt von sozialer Anerkennung und Anpasstheit an moderne Lebensbedingungen „ungünstig“ sind.

Eine interessante Frage ist natürlich, ob die durch das soziale Umfeld hervorgerufenen Benachteiligungen im Zeitaufwand für die Versorgung in irgendeiner Weise durch den professionellen Sektor – den formellen Sektor 1 – kompensiert werden. Die Frage muss eher mit „nein“ beantwortet werden. Das ergibt sich aus der Regressionsanalyse: Die Effektgröße (beta) für die Abhängigkeit der Zeit des formellen Sektor 1 vom sozialen Umfeld ist zwar negativ und signifikant, hat aber nur eine relativ geringe Größe. Bei Kontrolle der Pflegebedürftigkeit variiert die vom professionellen Sektor in die Versorgung eingebrachte Zeit kaum mit dem sozialen Umfeld.

¹⁵ Die „Effektgrößen“ sind beta-Koeffizienten von kategorialen Regressionen. Ein beta-Koeffizient beschreibt die relative Bedeutung eines Prädiktors, wenn die übrigen Prädiktoren „konstant gehalten“ werden. R ist die multiple Korrelation und gibt an, wie gut sich eine Kriteriumsvariable auf der Basis der berücksichtigten Prädiktoren schätzen lässt.

6. Abschließende Bemerkungen

Meine Vorschläge zur Beschreibung und Erklärung von Pflegearrangements und die dargelegten Ergebnisse empirischer Forschungen möchte ich abschließend wie folgt kommentieren:

1. Bedarfsorientierte Erklärungen von Pflegearrangements sind durchaus zutreffend – aber sie greifen zu kurz. Ebenso wichtig sind gesellschaftliche Strukturen, die sich im Laufe von Modernisierungsprozessen verändern und von denen es abhängt, ob und in welchem Umfang das von den meisten Menschen präferierte Arrangement einer häuslichen Versorgung realisierbar ist. Die in sozialen Strukturen verankerten Chancen und Restriktionen gehen auch in die Entscheidungen der pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen ein, und die Effekte sozialer Strukturen lassen sich auch in den ganz konkreten Versorgungsarrangements pflegebedürftiger Menschen nachweisen.

2. Dabei deutet vieles darauf hin, dass sich für ältere pflegebedürftige Menschen ein Trend zur Umkehr gesellschaftlicher Privilegierungen abzeichnet. Günstige Bedingungen für eine häusliche Versorgung sind am ehesten in den sozialen Milieus zu erwarten, die eher zu den Verlierern von Modernisierungsprozessen zählen: bei einem niedrigen Sozialstatus und einem vormodernen Lebensentwurf. Mit eher ungünstigen Bedingungen müssen dagegen diejenigen rechnen, die aufgrund ihrer sozialen Lage zu den Gewinnern gehören.

3. Die Makro- und Mikro-Analysen machen deutlich, dass dann, wenn die institutionellen Bedingungen unverändert bleiben bereits mittelfristig, mit Sicherheit aber langfristig, mit einer Entwicklung zu rechnen ist, die alle Beteiligten überfordert und auch für die Qualität der Pflege nur das Schlimmste erwarten lässt. Das gilt auch für die Finanzierbarkeit der Absicherung von Pflegebedürftigkeit.

4. Wenn wir die demographischen und sozialen Veränderungen betrachten, wird aber auch deutlich, dass diese Entwicklungen ein unterschiedliches Tempo haben. Bis ungefähr 2010 ist eher mit einer im Grunde noch überschaubaren und moderaten Veränderung der Verhältnisse zu rechnen: die Zahl der Pflegebedürftigen steigt zwar, bleibt aber in einer noch einigermaßen „vertrauten“ Dimension. Das „informelle Pflegepotential“ sinkt zwar, aber der Bedarf nach einer stationären Versorgung steigt nur relativ langsam und auch die Nachfrage nach beruflichen Hilfen durch ambulant Versorgte nimmt in einer noch durchaus überschaubaren Weise zu. Erst ab 2015/2020 wird deutlich, dass sich die Verhältnisse grundlegend und dramatisch ändern. Dieser Verlauf der Entwicklung ist mit Chancen und Gefahren verbunden. Die Chancen bestehen darin, dass es ausreichend Zeit für eine „geordnete Anpassung“ geben wird, die Gefahren sehe ich darin, dass die noch einigermaßen erträglichen mittelfristigen Veränderungen zu Illusionen Anlass geben und zu der Einschätzung, dass die im Grunde genommen erforderlichen grundlegenden Anpassungen an zu erwartende Veränderungen nicht erforderlich sind. Auf keinen Fall darf man sich also der Illusion hingeben, dass alles doch nicht so schlimm kommen wird.

5. Unsere Modellberechnungen und empirischen Studien zeigen aber, dass die Situation keineswegs hoffnungslos ist, wenn alle relevanten Akteure diese Entwicklungen rechtzeitig erkennen und ihre Ressourcen und Phantasie einsetzen, um in einer geeigneten Weise gegenzusteuern. Den sozialen und demografischen Wandel wird man nicht verhindern können. Aber man kann Strukturen schaffen, die auch unter veränderten Bedingungen eine qualitativ hochwertige und humane Versorgung von Pflegebedürftigen ermöglichen. Dazu gehört u.a. eine verbesserte Vereinbarkeit von Beruf und Pflegen und der Ausbau bzw. die Neuerfindung von Infrastrukturen, die das unterstützen und gemischte Pflegearrangements fördern. Von der Einführung eines persönlichen Pflegebudgets, das derzeit in sieben Modellregionen in einem Sozialexperiment erprobt wird, kann man sich nicht die Lösung aller Probleme versprechen. Die bis jetzt erkennbaren Wirkungen zeigen aber, dass diese Innovation ein Schritt in die richtige Richtung ist.

Literatur

- Blinkert, B., Klie, T. (2006): Die Zeiten der Pflege, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 39: 202-210
- Blinkert, B., Klie, T. (2000): Pflegekulturelle Orientierungen und soziale Milieus, in: Sozialer Fortschritt, Jg. 49
- Blinkert, B., Klie, T. (2006): Pflegekulturelle Orientierungen. Die Annaberg-Unna-Studie, hekt. Man.
- Blinkert, B., Klie, T. (2004): Solidarität in Gefahr? Hannover
- Blinkert, B., Klie, T. (2001): Zukünftige Entwicklung des Verhältnisses von professioneller und häuslicher Pflege bei differierenden Arrangements und privaten Ressourcen bis zum Jahr 2050. Expertise im Auftrag der Enquête-Kommission Demographischer Wandel des Deutschen Bundestages, hekt.Man., Berlin/Freiburg
- Giddens, A. (1984): The Constitution of Society, Cambridge
- Hradil, S. (2006): Soziale Milieus – eine praxisorientierte Forschungsperspektive, in: Aus Politik und Zeitgeschichte, 44-45: 3-10
- Klie, T., Spermann, A. (Hrsg.) (2004): Persönliche Budgets – Aufbruch oder Irrweg? Hannover
- Popitz, H. (1992): Phänomene der Macht, Tübingen

Prof. Dr. Baldo Blinkert

Institut für Soziologie der Universität Freiburg

Rempartstr. 15, 79085 Freiburg, baldo.blinkert@soziologie.uni-freiburg.de