

Einführung

Freiwilligenarbeit und somit das Freiwillige Engagement gewinnt mit der Diskussion um die zukünftige Gestaltung und Neuorientierung des Sozial- und Gesundheitssystems an Bedeutung. Aus sehr unterschiedlichen Blickwinkeln wird die Gemeinschaft auf ihre Solidarstrukturen hin geprüft und hinterfragt, inwieweit sie in Zukunft den Herausforderungen des demografischen und sozialen Wandels gewachsen sein wird. Dabei erhält die Frage nach der Versorgungssicherheit alter, pflegebedürftiger wie auch behinderter Menschen in diesem System höchste Priorität.

Die Bereitstellung notwendiger Ressourcen zur Sicherung der Pflege und Betreuung wird daher eine der wichtigsten und anspruchsvollsten Zukunftsaufgaben darstellen.

Es ist zu erwarten, dass die Zahl Pflegebedürftiger in den kommenden Jahren und Jahrzehnten demografisch bedingt erheblich zunehmen wird. Obwohl die Pflegeversicherung weiterhin auf die familiäre Unterstützung pflegebedürftiger Menschen setzt, wird schon heute klar, dass diese Aufgabe zukünftig nur schwer in dem derzeitigen Ausmaß allein von Familienangehörigen zu bewältigen sein wird. Verschiedene Einflussfaktoren begrenzen die häuslichen Pflegeressourcen.

Zuvorderst ist die Pflegebereitschaft innerhalb der Familien und Partnerschaften zu nennen. Wie wird sich die Versorgung Pflegebedürftiger, auch im Hinblick auf die Vereinbarkeit von Erwerbsarbeit und Pflege, gestalten? Werden weiterhin genügend häusliche Ressourcen verfügbar sein?

Anforderungen an das Versorgungssystem

Die Pflege- und Betreuungsleistungen für schwer- und schwerstpflegebedürftige Menschen stellen hohe fachliche Anforderungen und erfordern einen erheblichen zeitlichen Pflegeeinsatz. Insbesondere Pflegebedürftige mit einer demenziellen Erkrankung führen die Hauptpflegeperson bald an die Grenzen ihrer Kräfte.

Welche formellen und insbesondere informellen Unterstützungssysteme sind entwickelbar und in der Lage verlässlich Versorgungsaufgaben zu sichern?

Eine weitere Anforderung an das soziale und gesundheitliche Versorgungssystem resultiert aus dem wachsenden Anteil alleinstehender pflegebedürftiger Personen, die in großstädtischen Ballungsgebieten und deren Randlagen bereits zwei von drei Personen in der Altersgruppe der über 80-Jährigen ausmachen. Bei ihnen ist eine Versorgung über grundpflegerische Leistungen hinaus erforderlich. Bisher sind Hilfestrukturen oder -kulturen nicht erkennbar, die den Personenkreis Alleinstehender mit Hilfebedarf ausreichend absichern.

Nicht nur der häusliche Pflegebereich, sondern auch die institutionelle Pflege ist auf die Solidarität externer Helfer angewiesen. Die Mitwirkung von Angehörigen, Laienhelfern und Ehrenamtlichen wird zunehmend gesucht werden müssen, zumal die bisherige Ausrichtung der Pflege auf verrichtungsbezogene Tätigkeiten eine Lücke in der psychosozialen und emotionalen Betreuung hinterlässt, die vom professionellen Pflegepersonal nur schwer geschlossen werden kann.

Schon heute werden im Zuge des konzeptionellen Wandels mit der Einführung kleiner Wohneinheiten, personenzentrierter Versorgungsstrukturen und der Betonung des

„Wohncharakters“ externe Betreuungskräfte auf ehrenamtlicher Basis eingebunden. Die Mithilfe freiwillig Engagierter soll eine neue Verantwortungskultur eröffnen. Hierin ist auch eine höhere Bewertung der Laienhilfe zu erkennen. Damit ist nicht ein Rückzug aus der professionellen Pflegearbeit gemeint, sondern die notwendige Ergänzung verrichtungsbezogener Pflegeleistungen, da zwar psychosoziale Betreuung propagiert wird, aber in den Leistungskatalogen ambulanter Vergütungskriterien bisher nicht enthalten ist. Nicht zuletzt wird mit dem Einsatz unbezahlter Kräfte in der Betreuung ein wirtschaftlicher Nutzen erzielt, ohne den häufig keine ausreichende kostendeckende Versorgung möglich wäre.

Mit dem demografischen Wandel kommen somit Gestaltungsaufgaben auf das Gemeinwesen zu, die als Ziel die Stärkung der privaten Hilfenetzwerke, insbesondere durch eine kommunale Alterssozialpolitik, haben. Gestaltungsaufgaben erwachsen jedoch nicht allein aus den individuellen Anforderungen in bestimmten Lebenslagen, zusätzlich sind Anpassungsprozesse auf nahezu allen gesellschaftlichen Bereichen zu vollziehen. Die Ausdifferenzierung der Lebensphasen bezieht auch die Lebensphase des höheren Erwachsenenalters und somit thematisch immer neue Bevölkerungsgruppen ein. Damit werden nicht Ressourcenmängel, sondern auch Ressourcenüberschüsse in der Zielgruppe Alter thematisiert.

Der demografische Wandel fördert gewissermaßen zwei Seiten ein und derselben Medaille. Er fordert nicht nur neue Formen der Fürsorge, sondern bringt zugleich die Kräfte hervor, die diesen Wandel mit gestalten sollen. Letztere bilden den Kern aktiven gestalterischen Mitwirkens in Form Freiwilligen Engagements, um den es in diesem Band vorrangig gehen soll.

Freiwilligenarbeit/Freiwilliges Engagement

Das Freiwillige Engagement wird als gesellschaftliche Ressource angesehen, um die Betreuung hilfe- und pflegebedürftiger Menschen zu stärken. Freiwilliges Engagement in Form von Ehrenamt und Selbsthilfe kann helfen, Ausgrenzungen und soziale Isolation pflegebedürftiger Menschen zu vermeiden. Es ist in ein Konzept sozialer Interaktion und Kommunikation eingebunden. Mit dem sich aufbauenden Kommunikationssystem wird die Welt des Bekannten und Vertrauten erhalten und Wissen verbreitet, das wiederum handlungsleitend sein kann. Der Einsatz von Laienhelfern kann somit auch als Lernmodell angesehen werden, in dem die eine oder auch beide Seiten im Kommunikationsprozess durch „Empowerment-Erfahrung“ gestärkt werden kann.

Unter dem Aspekt des Netzwerk-Ansatzes wird mit der Verfügbarkeit ehrenamtlicher Helfer das persönliche Netzwerk des Pflegebedürftigen wie auch das des Helfers erweitert. Gerade bei hochaltrigen wie auch bei behinderten Menschen im Alter können die sich verringernenden sozialen Beziehungen kompensiert werden.

Eine weitere Frage stellt sich bezüglich der zukünftig benötigten Helfer: Werden genügend Personen verfügbar und auch motiviert sein, Pflege und Betreuung zu übernehmen, auch für Personen außerhalb ihres persönlichen Netzwerkes? Zukünftig muss von einem erheblichen Fachkräftemangel ausgegangen werden.

Die Darstellung in diesem Band geht von einem Modell des Freiwilligen Engagements als Interaktionssystem aus, das zur Sicherung der Kommunikation und des Alltagslebens bei eingeschränkter Selbstständigkeit (Pflegebedürftigkeit) beiträgt. Die Einschätzung des Bedarfs, der Bereitschaft und der Förderung sozialen Freiwilligen Engagements wird im Hinblick auf seine Einordnung in ein Gesamtsystem helfen, Qualität, Grenzen und Risiken der Freiwilligenarbeit in Form von Laienhilfe im Pflegebereich zu erkennen.

In einen erweiterten Bezugsrahmen der Betrachtung des Freiwilligen Engagements als Bestandteil des sozialen Sicherungssystems sollen folgende Aspekte einbezogen werden:

- Das Freiwillige Engagement im Pflegebereich kann das soziale Netzwerk der Hilfebedürftigen wie auch das eigene soziale Netz der Helfer erweitern.
- Freiwilliges Engagement stellt ein Lernfeld dar. Es ist handlungsbezogen und insofern lebensweltorientiert. In der Interaktion wird erfahren, dass sich Hilfesuchende und Helfer als Teil eines gemeinsamen Prozesses anerkennen, in dem die Rollen als Helfer und als Hilfesuchender weitgehend aufgehoben werden.
- Freiwilliges Engagement stärkt die Verantwortungskultur innerhalb der Gesellschaft. Es gründet auf Solidarität.
- Freiwilliges Engagement vermittelt Kompetenz durch Interaktion.
- Mit Freiwilligem Engagement wird das System der Subsidiarität gestärkt. Es stützt den Vorrang der selbstbestimmten Lebensgestaltung vor überformenden Eingriffen durch Institutionen.
- Das Freiwillige Engagement erweitert den durch das SGB XI auf verrichtungsbezogene Tätigkeiten eingegrenzten Pflegebegriff auf kommunikative, emotionale und sozialpsychische Handlungsebenen. Es leistet einen Vorgriff auf den zu erwartenden veränderten Pflegebegriff.
- Freiwilliges Engagement im stationären wie auch im ambulanten Versorgungsbereich schafft neue Formen gemeinschaftlichen Miteinanders. Diese Formen brauchen jeweils eine eigene Struktur und eine gemeinsame Kultur.

Vornehmlich sind Menschen im höheren Alter von Pflegebedürftigkeit betroffen, denn Hochaltrigkeit gilt als gesundheitliches Risiko. Die Altersgruppe der über 80-Jährigen stellt etwa die Hälfte aller pflegebedürftigen Personen. Freiwilligenarbeit in der Pflege spricht jedoch nicht nur die Hilfebedürftigen selbst, sondern auch deren Angehörige an, soweit sie als Hauptpflegepersonen einbezogen sind. In nicht wenigen Fällen bilden sie eine eigene Gruppe mit Hilfebedarf.

Eine weitere Personengruppe mit Unterstützungsbedarf sind Menschen mit einer spezifischen Behinderung, psychisch Kranke und Demenzkranke, deren Zahl zukünftig erheblich steigen wird.

Alleinstehende Menschen im Alter, Pflegebedürftige wie auch behinderte Menschen laufen Gefahr, ausgegrenzt zu werden. Dies gilt es zu vermeiden und ihre Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu fördern, mit dem Ziel, die Lebensqualität der Betroffenen zu verbessern und ihre Würde zu bewahren.

Von der Sicherung der Leistungen pflegender Angehöriger sowie ergänzend hierzu der Gewinnung von externen freiwillig ehrenamtlichen wie auch professionellen Hilfen wird es abhängen, ob zukünftig eine ausreichende wie auch qualitätsvolle Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Menschen gegeben werden kann.

In Kapitel 1 werden zunächst einige Grundprobleme in der aktuellen wie auch der zukünftigen pflege- und betreuenden Versorgung dargestellt. Die Pflegepotenziale, die zukünftigen Veränderungen in der Familie und deren mögliche Auswirkungen auf die Pflege und die Hauptpflegepersonen sind Gegenstand des Kapitels 2.

In Kapitel 3 wird gefragt, welche Unterstützung pflegende Personen bekommen und wie freiwillige Helfer gewonnen werden. Sind freiwillig Engagierte bereit, prekäre soziale Netzwerke pflegebedürftiger Menschen zu stärken und zu erweitern?

Freiwillig Engagierte, ihre Motivation, Tätigkeit und Qualifikation, stehen im Mittelpunkt von Kapitel 4. Als Bestandteil von Pflegemix-Strukturen wird das Freiwillige Engagement gegenüber professionellen Dienstleistungen abgegrenzt.

Selbstgesteuertes Lernen stellt eines der zentralen Merkmale Freiwilligen Engagements dar. In Kapitel 5 wird vor dem Hintergrund eines handlungsbezogenen Lernmodells der Ansatz der Bildung von Empowerment verfolgt.

Kapitel 6 beschreibt die Entstehung von Netzwerkstrukturen zwischen freiwillig Engagierten im häuslichen oder auch im stationären Umfeld und den von ihnen betreuten Menschen. Diesem Ansatz wird auf übergeordneter Ebene, dem Gemeinwesen, in Kapitel 7 nachgegangen; in Kapitel 8 werden in verschiedenen Zusammenhängen und Beispielen fördernde Strukturen aufgezeigt. Schließlich werden in Kapitel 9 und Kapitel 10 zusammenfassend Perspektiven des Freiwilligen Engagements diskutiert und schließlich resümiert, inwieweit unser Pflege- und Gesundheitssystem ohne Freiwilligenarbeit heute noch denkbar ist.

Die Darstellungen basieren im Wesentlichen auf den Ergebnissen des Freiwilligen surveys 1999–2009, dem Soziökonomischen Panel sowie weiterer kleinerer Studien. Sie wurde angeregt durch die Expertise „Freiwilliges Engagement in der Pflege und Solidarpotenziale innerhalb der Familie“, die von Dettbarn-Reggentin & Reggentin für die Enquetekommission Pflege des Landtages in Nordrhein-Westfalen erstellt und auf die sich in Teilen gestützt werden konnte.

1 Grundfragen in der Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Menschen

Das Leben mit einer gesundheitlichen, körperlichen oder geistigen Einschränkung erfordert nicht nur in alltäglichen Verrichtungen, sondern häufig auch begleitend psychischen und emotionalen Beistand, wenn auch individuell in unterschiedlichem Ausmaß.

Hilfe- und Pflegebedürftigkeit verbreitet sich unter dem Einfluss demografischer Entwicklungen, die aufgrund gravierender Umwälzungen in der Bevölkerungsstruktur auch als demografischer Wandel bezeichnet werden. Der Umfang und die Anforderung an die Qualität der Unterstützung unterliegen stetigen Veränderungen. Die Versorgungsarrangements werden hierdurch in ihrer Struktur beeinflusst.

Um die Auswirkungen des Wandels im Hinblick auf die Hilfe- und Pflegebedürftigkeit zu ermitteln, werden gemeinhin Vorhandensein und erwartbare Entwicklungen von Pflegebedürftigkeit anhand von Bevölkerungszahlen ermittelt und auf dieser Basis Prognosen erstellt. Den Anhaltspunkt für zukünftige Prävalenzen bilden altersspezifische Pflegebedürftigkeitsquoten sowie die altersbezogene Verbreitung von Behinderungen und psychischen Erkrankungen. Solche Prävalenzraten sind weitgehend bekannt und zur Orientierung in Bezug auf den zukünftigen Bedarf an Versorgungsleistungen geeignet.

Auf der Grundlage der ermittelten Daten lassen sich nun Ausmaß und Verbreitung des Hilfebedarfs schätzen. Eine zweite ebenso wichtige Komponente stellt der Trend zur Wahl der Lebensform dar. Er bildet die Grundlage zur Bereitstellung von Hilfenetzwerken. So liefert etwa die steigende Zahl der Einpersonenhaushalte von Menschen höheren Alters Anhaltspunkte für die Gestaltung der Umwelt, aber auch bei zu erwartendem höheren Unterstützungsbedarf im Alter ein Signal zur Stabilisierung sozialer Beziehungen, wie sie beispielsweise durch Erweiterung sozialer Netzwerke mit Hilfe freiwillig Engagierter geleistet werden kann.

Zusammenlebensformen auf der Basis sozialer Gemeinschaften stehen daher auch im Zentrum von kommunalen oder wohnungswirtschaftlichen Gestaltungsaufgaben. Diese Ausrichtung rührt nicht zuletzt aus der Erkenntnis, dass eine abnehmende Verfügbarkeit informeller Unterstützungsnetzwerke durch Verkleinerung der Haushalte kompensiert werden muss, wenn weitergehende, aufwendige und somit kostenwirksamere Unterstützungsleistungen vermieden werden sollen.

In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, wie lange Angehörige bereit und in der Lage sein werden, ihre hilfebedürftigen Verwandten zu unterstützen. Pflegende haben eigene Familien, die ihre Zuwendung und Aufmerksamkeit brauchen, und auch die Pflegepersonen selbst altern. Diese Situation tritt in naher Zukunft insbesondere im Versorgungsbereich behinderter Menschen auf. Hinzu kommt, dass erstmals in Deutschland nach der nahezu völligen Vernichtung Behinderter im „Dritten Reich“ eine Nachkriegsgeneration behinderter Menschen das Rentenalter erreicht. Sie müssen erleben, dass die eigenen Eltern pflegebedürftig werden oder sie selbst zusätzlichen Hilfebedarf aufweisen und von den alten Eltern nicht mehr angemessen versorgt werden können.

Mit dem demografischen und sozialen Wandel scheint auch eine Veränderung in der Einstellung zur Pflege von Angehörigen einzusetzen. Die Pflegebereitschaft von Angehörigen ist eine Voraussetzung für die Versorgung von Pflegebedürftigen in häuslicher

Umgebung. Überwiegend besteht innerhalb der Familie derzeit noch Solidarität. Doch ist davon auch zukünftig auszugehen? Zumindest die Option, selbst zu pflegen, steht in einigen sozialen Milieus gegenüber der Entscheidung für eine institutionelle Versorgung in Frage. Die Alternative besteht darin, mit Pflegeleistungen aus den Mitteln der sozialen Pflegeversicherung bzw. aus der Sozialhilfe die ambulante oder stationäre Pflege abzuschern. Mit dieser Alternative verhält es sich ähnlich wie mit der familiären Perspektive: Die Mittel sind begrenzt bei einer zukünftig unsicheren Verfügbarkeit professionellen Pflegepersonals.

Der Intention dieses Buchs entsprechend wird die Aufmerksamkeit auf die noch nicht ausgeschöpfte Ressource „Freiwilligen Engagements“ gelenkt. Wenn nicht genügend Mittel, nicht ausreichend vorhandenes Personal und abnehmende private Pflegepotenziale und -bereitschaften zu erwarten sind, steht die Frage an, ob sich die bereits heute abzusehenden Versorgungsprobleme nur mit Unterstützung von informellem Freiwilligem Engagement und Humankapital bewältigen lassen. Es wird davon ausgegangen, dass die vorhandenen Ressourcen häuslicher Solidarität, freiwillig Engagierter und professioneller Hilfen nur mit Pflegearrangements verlässliche Bündnisse bilden, mit denen die Gestaltung zukünftiger Anforderungen in der Pflege bewältigt werden können.

1.1 Demografischer Wandel und Entwicklung der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit

Im Wesentlichen werden zur Einschätzung des Auftretens von Hilfe- und Pflegebedarf zwei Merkmale benannt, die den demografischen Wandel bestimmen: erstens der seit Jahrzehnten anhaltende Geburtenrückgang. Es werden weniger Kinder geboren als zur Erhaltung des Bestandes der Bevölkerung notwendig sind. Der abnehmenden Zahl Jüngerer steht zweitens eine Zunahme der Lebenserwartung gegenüber. Das bedeutet, die Anzahl älterer Menschen nimmt nicht nur absolut zu, sondern steigt auch im Verhältnis zu den Jüngeren an (siehe Tabelle 1.1). Parallel hierzu verändern sich mit den Familien- und Haushaltsformen auch die Formen des Zusammenlebens, die bisher als Garant für die Unterstützung hilfe- und pflegebedürftiger Menschen angesehen wurden. In Tab. 1.1 wird die gesellschaftliche Gesamtdimension der Altersgruppenverschiebung bis 2030 dargestellt.

Betrachtet man zunächst die demografischen Trends seit 2010 für die kommenden zehn Jahre, so wird schnell erkennbar, dass einer steigenden Zahl Hochaltriger (über 80 Jahre) eine sinkende Zahl junger Menschen unter 20 Jahren gegenüberstehen wird.

Während die Gesamtbevölkerung bis zum Jahr 2020 bereits erkennbar abnehmen wird, sind relativ erhebliche Zuwächse vor allem bei den über 80-Jährigen zu erwarten. Gemessen an der absoluten Zahl werden bereits in etwa zehn Jahren ca. 1,75 Millionen Personen mehr dieser Altersgruppe in Deutschland angehören. Die junge Bevölkerung unter 20 Jahren wird dagegen um rund 780.000 Personen abnehmen.

Noch stärker wird die Abnahme unter den jungen bis mittelalten Erwachsenen mit annähernd einer Million Menschen sein. Diese Altersgruppe stellt die Enkelgeneration und ist zwischen 20 und 40 Jahre alt.

Die relevante Altersgruppe für die häusliche pflegerische Versorgung ist jedoch die Kindergeneration der pflegebedürftigen Personen. Im Alter zwischen 40 und 65 Jahren werden die häufigsten pflegerischen Leistungen erbracht (siehe Abb. 1.1).

Tab. 1.1: Bevölkerungsentwicklung und -prognose in der Bundesrepublik Deutschland von 2010 bis 2030 (in 1.000)¹ (nach Statistisches Bundesamt 2009, eigene Berechnungen)

Von ... bis unter	2010	2015	2020	2025	2030
Alle Veränderungen	81.545	80.772	79.914	78.790	77.350 -5,13 %
unter 20	15.017	14.239	13.641	13.291	12.926 -13,9 %
20–40	19.659	19.134	18.663	17.649	16.290 -17,1 %
40–65	30.069	29.860	28.973	27.670	25.858 -14,0 %
65–80	12.541	12.724	12.646	13.954	15.858 +26,4 %
80+	4.261	4.814	6.007	6.225	6.417 +50,6 %
65+	16.802	17.538	18.653	20.179	22.275 +32,6 %

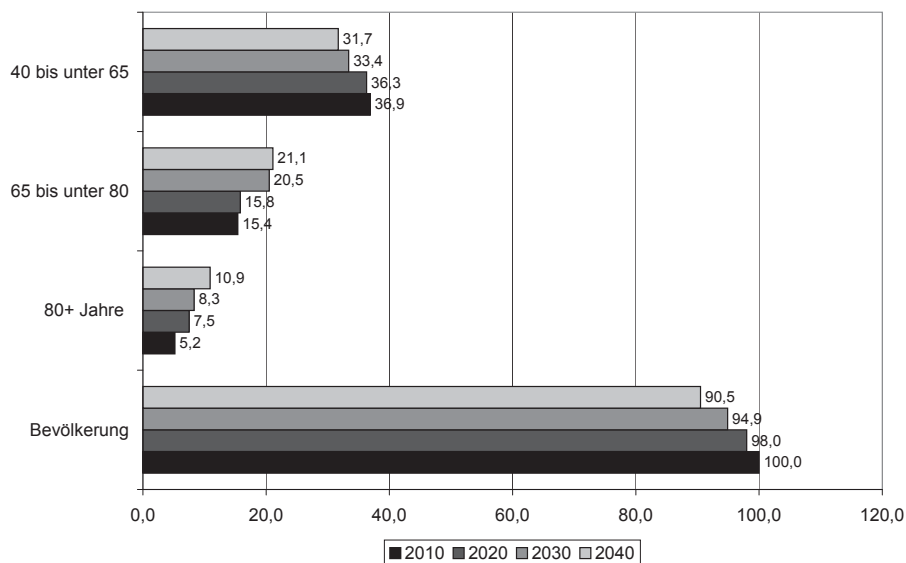


Abb. 1.1: Trend der Bevölkerungsentwicklung nach Altersgruppen ab 40 Jahre in %, Bevölkerung 2010 = 100 % (nach Statistisches Bundesamt 2009, eigene Berechnungen)

¹ Zugrunde liegt die Untergrenze mittlere Bevölkerungsannahme Variante 1 – W1AG: 1,4 Kinder je Frau, Lebenserwartung Basisannahme, Wanderungssaldo 100.000 ab 2014.

Die zahlenmäßige Abnahme dieser Altersgruppe bewirkt einen herben Einschnitt in die Pflegesicherheit innerhalb der Familie. Zwischen 2010 und 2020 ist von einem Rückgang der Personenzahl um ca. 1,1 Millionen auszugehen. Bedeutsam ist der Rückgang dieser Altersgruppe aber auch für die Gewinnung von ehrenamtlichen Helfern. Sie erbringen nach dem Freiwilligensurvey 2009 die höchsten Engagement-Raten. Bezogen auf die Dekade zwischen 2010 und 2020 müsste mit einer Verringerung der freiwillig Engagierten allein in dieser Altersgruppe um ca. eine halbe Million Menschen gerechnet werden.

Zusammenfassend:

- Die Geburtenzahlen werden sich den Prognosen entsprechend auf niedrigem Niveau bei statistisch 1,4 Kindern je Frau halten und somit eine weitere Abnahme der Bevölkerungszahlen bewirken.
- Die Lebenserwartung wird weiter steigen, die der neugeborenen Jungen im Jahr 2060 auf 85,0 Jahre und die der neugeborenen Mädchen im Jahr 2060 auf 89,2 Jahre (Basisannahme), wodurch die Zahl der über 80-Jährigen weiter steigt.

Zudem:

- Bezogen auf das Jahr 2010 werden bis zum Jahr 2020 ca. 1,75 Millionen mehr Personen über 80 Jahre alt sein und etwa 2,1 Millionen Personen weniger im erwerbsfähigen Alter zwischen 20 und 65 Jahren in der Bundesrepublik leben.
- Bezogen auf die Personen, die vorrangig den hilfebedürftigen und hilfegebenden Jahrgängen entstammen, wird die Schere zwischen Pflegepotenzial aus Angehörigen wie auch aus freiwilligen Helfern gegenüber steigenden Hilfebedarfen weiter auseinander gehen.

1.1.1 Bedarf an Leistungen – Leistungsempfänger der Pflegeversicherung

In der Literatur wird Pflegebedürftigkeit in der Regel mit einem Leistungsbezug nach dem SGB XI gleichgesetzt. Soweit ein Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung besteht, werden diese Leistungen nach Art und Anzahl statistisch erfasst. Alle Personen, die in einer gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung versichert sind, werden somit bei Inanspruchnahme von Pflegeleistungen in die Statistik einbezogen, womit jedoch noch nicht alle pflegebedürftigen Personen erfasst sind. Die Einschätzung der Pflegebedürftigkeit erfolgt bisher nach verrichtungsbezogenen Tätigkeiten. Personen mit psychischen Erkrankungen, Demenzkranke ohne oder mit geringen somatischen Beschwerden wurden bisher nicht erfasst. Ebenso sind behinderte Menschen einzubeziehen, zumindest soweit sie nicht zugleich als Pflegebedürftige nach dem Sozialgesetzbuch XI – Soziale Pflegeversicherung – Pflegeleistungen in Anspruch nehmen.

Mit etwa zwei Dritteln (2009 67 %) stellen Frauen den überwiegenden Anteil der Pflegebedürftigen dar. Ein weiterer Zusammenhang besteht zwischen Alter und Pflegebedürftigkeit, denn 83 % aller pflegebedürftigen Personen waren älter als 65 Jahre, etwa ein Drittel älter als 80 Jahre (35 %).

In Deutschland erhielten Ende 2009 etwa 2,34 Millionen Personen Leistungen aus der Pflegeversicherung, von denen ca. 69 % (rd. 1,623 Millionen Personen) in Privathaushalten (zu Hause) versorgt wurden. In Heimen waren zu diesem Zeitpunkt ca. 0,717 Millionen pflegebedürftige Personen untergebracht (ca. 31 %).

1,07 Millionen Pflegebedürftige (45,7 %) erhielten ausschließlich Pflegegeld zur Sicherung der eigenen Pflege. Weitere 22 % (rund 0,555 Millionen Personen) der Pflege-

bedürftigen wurden in häuslicher Umgebung mit Hilfe von ambulanten Diensten ganz oder teilweise versorgt (siehe Tab. 1.2).

Tab. 1.2: Leistungsempfänger der Pflegeversicherung nach Versorgungsart in Deutschland (Quelle: Statistisches Bundesamt Deutschland 2011. In der Spalte „stationär“ sind bis 2007 auch teilstationäre Fälle enthalten, die ab 2009 dem ambulanten Bereich zugeordnet werden. Die Differenz beträgt ca. 1 %, eigene Darstellung)

Ende des Jahres	Gesamtanzahl Personen	Privathaushalte	davon mit ambulanten Diensten	davon mit Pflegegeld (Angehörige)	stationär
Deutschland					
2001	2.039.780	1.435.415 (70,4 %)	434.679 (21,3 %)	1.000.736 (49,1 %)	604.365 (29,6 %)
2003	2.076.935	1.436.646 (69,2 %)	450.126 (21,7 %)	986.520 (47,5 %)	640.289 (30,8 %)
2005	2.128.550	1.451.968 (68,2 %)	471.543 (22,2 %)	980.425 (46,1 %)	676.582 (31,8 %)
2007	2.246.829	1.537.518 (68,4 %)	504.232 (22,4 %)	1.033.286 (46,0 %)	709.311 (31,6 %)
2009	2.338.252	1.620.762 (69,3 %)	555.198 (23,7 %)	1.065.564 (45,6 %)	717.490 (30,7 %)
Veränderung gegenüber 2001	+14,6 %	+12,9 %	+27,7 %	+6,5 %	+18,7 %

Die innerfamiliäre Unterstützung der Pflegebedürftigen durch Angehörige stellt die zentrale Hilfe auf diesem Sektor in Deutschland dar. Der Anteil der pflegebedürftigen Personen, die private Unterstützung in der Pflege und Betreuung außerhalb vollstationärer Einrichtungen erhalten, macht 92 % aus (Schneekloth 2006).

Zwischen 2001 und 2009 war in Deutschland zwar absolut eine leichte Zunahme bei der Inanspruchnahme des Pflegegelds um ca. 70.000 Personen zu verzeichnen, der Anteil an Pflegegeldempfängern an der Verteilung der Gesamtleistungen ging jedoch zurück, sodass von einer relativen Abnahme dieser Leistung gesprochen werden kann. Gestiegen ist nicht nur absolut, sondern auch relativ die Leistung durch ambulante Dienste. Die Veränderungen bewegen sich jedoch auf einem verhältnismäßig geringen Niveau. Insgesamt ist eine leichte Verschiebung von stationär in Richtung ambulant zu verzeichnen.

Dieser kurze Überblick verdeutlicht bereits den weiterhin bestehenden Vorrang der ambulanten Versorgung vor der stationären Unterbringung. Die Zahlen zeigen einen leicht steigenden Trend, wobei einzelne Bundesländer bzw. Regionen uneinheitliche Entwicklungen aufweisen.

Wenn auch in den kommenden 20 Jahren die Zahl der über 65-jährigen Personen um ca. ein Drittel und die Zahl der über 80-Jährigen um die Hälfte ansteigen wird, so kann hieraus nicht linear eine Pflegequote errechnet werden. Zu viele Einflussfaktoren erschweren eine genauere Vorhersage. Neben dem medizinischen Fortschritt beeinflusst auch eigenes Verhalten zur Gesundheitsvorsorge späteres Eintreten von Erkrankungen.

1.1.2 Behinderte Menschen mit Unterstützungsbedarf

Demografische Verschiebungen, die eine Alterung der Bevölkerung zur Folge haben, schließen auch Menschen mit Behinderung ein. Behinderung im Alter ist in Deutschland eine relativ neue Erfahrung. Zwischen 1933 und 1945 in der Zeit des Faschismus in Deutschland wurden Behinderte systematisch verfolgt und ermordet. Mehr als 200.000 Menschen mussten in Konzentrationslagern ihr Leben lassen. Nach dem Krieg ist nunmehr die erste Generation behinderter Menschen in das Rentenalter gekommen. Sie erleben Alterserscheinungen und gesundheitliche Einschränkungen ebenso wie Nichtbehinderte. Bei einigen Krankheitsbildern erleben die Betroffenen den Alterungsprozess bereits in früheren Jahren.

Der Gesamtanteil von Menschen mit einer Behinderung liegt bei etwa 10,5 % der Bevölkerung und betrug im Jahr 2005 etwa 8,64 Millionen Menschen. Hierin sind Personen einbezogen, die in einer amtlichen Statistik als „behindert“ erfasst sind und nach dem Sozialgesetzbuch IX (§ 2) in ihrer körperlichen Funktion, geistigen Leistungsfähigkeit oder seelischen Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate einen für ihr Lebensalter abweichenden Zustand aufweisen. Ihre Teilnahme am Leben in der Gesellschaft ist durch die Behinderung beeinträchtigt.

Das Ausmaß wird im Grad der Behinderung angegeben. Danach gelten Personen als schwerbehindert, wenn sie auf einer Abstufungsskala von 20 bis 100 einen Grad von 50 und mehr aufweisen.

Die Erhebung des Mikrozensus (Pfaff 2006) mit Daten zur Lebenslage behinderter Menschen aus dem Jahr 2005 hatte gegenüber 2003 eine Steigerung der betroffenen Personenzahl um 2,7 % (231.000 Personen) auf 8,640 Millionen amtlich anerkannte behinderte Menschen in der Bundesrepublik Deutschland zu verzeichnen. Davon gelten etwa 6,7 Millionen Menschen als schwerbehindert. Ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung liegt bei ca. 8,2 %.

Die Quote der Behinderten, also ihr Anteil an der jeweiligen Altersgruppe in der Bevölkerung, steigt bei den über 45-Jährigen deutlich an und erreicht bei den über 80-Jährigen mit 33,6 % den höchsten Anteil.

Die oben angeführten Zahlen beziehen sich auf formal anerkannte Schwerbehinderte, die in einem beantragten Verfahren als solche einen Bedarf an Unterstützung (Nachteilsausgleich) zuerkannt bekommen haben. Die so erfassten Personen machen jedoch nur einen Teil der schwerbehinderten Menschen aus. In verschiedenen repräsentativen Erhebungen auf der Basis von Selbstauskünften wird deutlich, dass sich wesentlich mehr Personen „behindert“ fühlen oder Hilfen zur Lebensführung benötigen, als die amtlichen Zahlen anführen.

In der Altersgruppe der unter 65-Jährigen gibt es einen deutlich größeren Anteil an Personen mit einer leichten Behinderung als Schwerbehinderte. Auch sind die höheren Altersgruppen nicht stärker betroffen als Personen im erwerbstätigen Alter. Die Zahlen verringern sich sogar und liegen in der Altersgruppe der über 80-Jährigen etwa auf dem Gesamtdurchschnitt der Bevölkerung mit 2,3 %.

Nach dem Stand von 2005 ist mit geringen Zuwächsen im Schwerbehindertenbereich und höheren Zuwächsen von Personen mit leichter Behinderung zu rechnen (Pfaff 2006).

1.1.3 Welche besonderen Behinderungen/Handicaps sind verbreitet?

In einer zusammenfassenden Gliederung lassen sich vier Arten der Behinderung unterscheiden:

- körperliche Behinderungen mit zusammengekommen 54 % aller Behinderungen (ca. 4,67 Millionen),
- geistige Behinderungen einschließlich seelischer Behinderung mit einem Anteil von 18 % (1,56 Millionen),
- Behinderungen der Sinnesorgane, wie Taubheit, Schwerhörigkeit, Sprach- und Sprechstörung, Blindheit und Sehbehinderung, mit 9 % (ca. 0,78 Millionen Personen) Anteil.
- Sonstige Behinderungen, die nicht eindeutig zuzuordnen sind, machen 16 % (etwa 1,38 Millionen Personen) aus (Pfaff 2006, nach Mikrozensus 2005).

1.1.4 Pflege und Betreuung Behinderter

Die zunehmende Alterung behinderter Menschen schafft neue Probleme hinsichtlich ihrer Versorgungssituation. Der Eintritt von Pflegebedürftigkeit wird begleitet von ungewisser Zukunft. Die bisher betreuenden Eltern oder Geschwister erreichen selbst ein Alter, in dem sie möglicherweise auf Fremdhilfe angewiesen sind. Eigene Kinder sind in der Regel nicht vorhanden und weitere soziale Netzwerke, die zumeist mit dem Arbeitsleben verbunden sind – soweit dies in Werkstätten möglich war –, kaum existent. Dies trifft insbesondere Menschen mit einer angeborenen Behinderung. Unterstützungsleistungen werden im Unterschied zur Altenhilfe vorrangig durch Eltern und Geschwister gegeben; in der Altenhilfe sind es dagegen in erster Linie die Ehepartner und Kinder und zunehmend auch die Enkel, also die nachfolgenden Generationen. Mit dem Wegbrechen der Unterstützungsleistungen der Familie müssen andere Personen einbezogen werden.

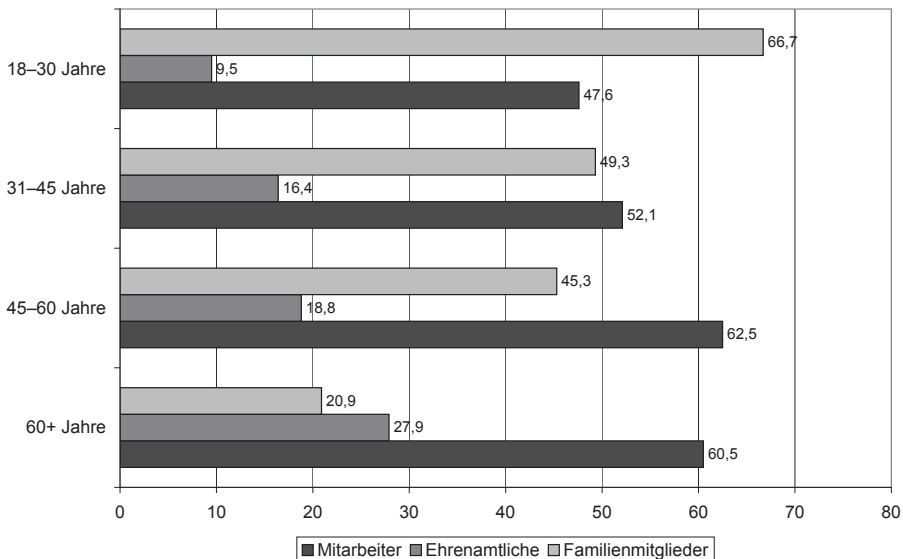


Abb. 1.2: Hilfeleistungen für Personen mit Behinderungen, nach INA-Studie (in Anlehnung an Driller et al. 2008, S. 111, eigene Darstellung)