

Zukunft der Pflege

Morbiditätsentwicklung und Familienstrukturen als Anforderungen für die zukünftige Gestaltung der Pflege

ROLAND SCHMIDT

Prof. Dr. Roland Schmidt hat die Professur für Gerontologie und Versorgungsstrukturen an der Fachhochschule Erfurt inne.
www.fh-erfurt.de

Die Zukunft der Pflege wird im wesentlichen von fünf Faktoren bestimmt, die teilweise durchaus beeinflussbar sind. Doch auch das Pflegestärkungsgesetz II versäumt es bei allen erfreulichen Ansätzen, die Systembrüche zwischen Gesundheitswesen (SGB V) und Pflege (SGB XI) zu überwinden.

Entscheidend für die zukünftige Nachfrage nach pflegerischen Dienstleistungen ist der Zusammenhang von Mortalität und Morbidität, der für die Prävalenz und Inzidenz von Pflegebedürftigkeit bestimmend ist, sowie die Entwicklung von Familienstrukturen, die die privaten Versorgungsarrangements zentral beeinflussen.

Hinzu kommen als weitere Einflussfaktoren, die hier nur summarisch genannt sein sollen, die »Versorgungspräferenzen« von Pflegehaushalten und Pflegebedürftigen, die »Rationalisierung der Versorgungssysteme« durch sektoren- und systemübergreifende Abstimmung gesundheitlicher und pflegerischer Hilfen sowie die »Flexibilisierung der Pflege« durch Überwindung der klassischen Dichotomie ambulant vs. stationär in Varianten des Wohnens mit Dienstleistungsbezug, wie sie durch das Pflegestärkungsgesetz (PSG) I und II – neben der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs – nochmals angestoßen und erweitert ermöglicht wurden.

Die nachfolgenden Ausführungen würdigen die Novellierungen des SGB XI vor dem Hintergrund (a) der relativen Beeinflussbarkeit der Verbreitung von Pflegebedürftigkeit und (b) des Familienstrukturwandels, der die Differenzierung von Pflegearrangements nach sich zieht.

Zusammenhang von Mortalität und Morbidität

Unstrittig ist, dass sich auch in Zukunft die Sterblichkeit im fortgeschrittenen Alter weiter hinauszögert. Der Lebensver-

längerungsprozess schreitet fort. Strittig ist, wie stark die Mortalität gerade in den Gruppen der Älteren und Hochbetagten zukünftig abnehmen wird.

Das Statistische Bundesamt geht seit der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung aus dem Jahre 2009 von einem weiteren, nun aber moderaten Rückgang der Sterblichkeit aus. Begründet wurde dies durch den Hinweis, dass der Tod im mittleren und fortgeschrittenen Erwachsenenalter bereits heute selten auftritt.

Ein weiterer Rückgang der »frühen Mortalität« wirkt sich daher nicht mehr in dem Maße auf die durchschnittliche Lebenserwartung aus, wie das zuvor zu verzeichnen war (Statistisches Bundesamt 2009: 30 f.). Das Max-Planck-Institut für Demographie hingegen betont, dass im Falle raumgreifender gesünderer Lebensführung, die mit dem steigenden Bildungsstand korreliert, nicht zu erwarten ist, dass eine Abflachung des Sterblichkeitsrückgangs im hohen Alter eintritt (Vaupe/v. Kistowski 2008).

Für die Entwicklung der Pflegebedürftigkeit zentral ist der Zusammenhang von Mortalität und Morbidität. Dieser Zusammenhang entscheidet, in welchem Ausmaß die gewonnenen Jahre auch »Jahre bei relativer Gesundheit« oder »Jahre mit Beeinträchtigungen« sein werden.

Kontrovers diskutiert wird somit, ob die heute Prävalenzrate von chronischer Krankheit und Behinderung, die sozialrechtlich Pflegebedürftigkeit nach sich ziehen, in definierten Alterskohorten eher konstant bleiben oder sich noch

weiter ins höhere Lebensalter hinauschieben und in der Dauer des Auftretens reduzieren wird (Bi-Modalität vs. Kompression der Morbidität).

Im demographischen Wandel steigt die Zahl der pflegebedürftigen Menschen, jedoch nicht zwingend proportional zur Alterung. Die Verminderung des Sterblichkeitsrisikos im Alter ab 60 Jahren ist durch den medizinischen Fortschritt vor allem bei der Behandlung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen nach 1980 erreicht worden. Dieser Trend könnte andauern, sollte es beispielsweise gelingen, lebensverkürzende Effekte, die allein durch Übergewichtigkeit entstehen, zu beeinflussen.

Nach Erkenntnissen des Max-Planck-Instituts sinkt das Risiko, im Alter pflegebedürftig zu werden (Vaupe/ v. Kistowski 2008). Eine »Kompression der Morbidität« mit mehr Lebensjahren ohne schädigungsbedingte Beeinträchtigungen deutet sich danach an. Da das Risiko, pflegebedürftig zu werden, bei höherer Bildung sinkt, wird angesichts der Bildungsexpansion seit den 1960er Jahren auch zukünftig ein Rückgang des Pflegerisikos vermutet. Der GEK-Pflegerreport 2009 beziffert den Rückgang des Pflegerisikos schon in den Jahren 2000 bis 2008 bei Männern um ein Prozent pro Jahr (insgesamt: 8 Prozent) und bei Frauen um 3,4 Prozent pro Jahr (ins-

Fünf Faktoren entscheiden über die Zukunft der Pflege

Entscheidend für die künftige Nachfrage nach pflegerischen Dienstleistungen sind fünf Faktoren:

1. Zusammenhang von Mortalität und Morbidität
2. Entwicklung von Familienstrukturen
3. Versorgungspräferenzen von Pflegehaushalten und Pflegebedürftigen
4. Rationalisierung der Versorgungssysteme durch sektoren- und systemübergreifende Abstimmung gesundheitlicher und pflegerischer Hilfen
5. Flexibilisierung der Pflege durch Überwindung der klassischen Zweiteilung ambulant und stationär in Varianten des Wohnens mit Dienstleistungsbezug

Roland Schmidt

sche und therapeutische Verfahren sowie durch individuelle, gesellschaftliche und professionelle Kontextbedingungen beeinflussbar. Das heißt der Wandel des Krankheitspanoramas kann modifiziert werden. Man geht bei physiologischen Alterungsprozessen von einer hohen Plastizität aus (Schwartz/Walter 1998). Diese eröffnet die Chance, Degenerationserscheinungen durch entsprechende Verhaltens- und Lebensweisen hinauszuschieben. Es ist somit prinzipiell möglich den Anstieg von Pflegebedürftigkeit in einer alternden Gesellschaft zu dämpfen – nicht aber: zu verhindern. Ob das gelingt, entscheidet sich im Vorfeld von Pflegebedürftigkeit und somit in dem

zialversicherungszweig niederschlägt, im Kassenwettbewerb nicht ausweiten.

Pluralisierung der familialen Sorge

Demographischer Wandel und Mobilitätsanforderung der modernen Arbeitswelt bewirken zusammen genommen veränderte Familienstrukturen, die auf die Möglichkeiten gelebter Solidarität in der Familie ausstrahlen.

Mit Blick auf die Demographie ist von Bedeutung, dass der Geburtenrückgang in erster Linie dadurch zustande kommt, dass immer mehr Paare zeitlebens kinderlos bleiben. Bei den 1965 geborenen Frauen ist beispielsweise davon auszugehen, dass knapp ein Drittel keine Kinder geboren haben wird. Die Generationenfolge reißt ab. Dieser Trend ist bei höherem Bildungsabschluss ausgeprägter als bei formal niedrigerer Bildung.

Der Generationenabstand in den jüngeren Altersstufen wächst. Steigender Generationenabstand in Verbindung mit längeren Erwerbszeiten legen nahe, dass die Vereinbarkeit von Erwerbsbeteiligung und Pflege zusehends zur Herausforderung für die Generation der »Caregiver« wird. In der ältesten Generation überleben künftig mehr Personen längere Zeitspannen, während die jüngste Generation in Folge des Fertilitätsrückgangs in der Breite schwächer besetzt ist. Dies bewirkt zusammengenommen, dass Familien über die Generationen hinweg ähnlich breit oder schmal besetzt sein werden, was das Bild von der »Bohnenstangen-Verwandtschaft« illustriert.

Somit bleibt festzuhalten, dass sich die Möglichkeiten von Familien, Sorge ohne Dienstleistungsbezug privat her-

»Die Verhinderung von Pflegebedürftigkeit entscheidet sich in dem der Pflege vorgelagerten System, nämlich dem Gesundheitswesen«

gesamt: 25 Prozent): »In den höheren Altersklassen ist der Anteil der »population at risk« daher zunehmend kleiner.« (Rothgang et al. 2009: 17)

Pflegebedürftigkeit resultiert aus chronischer Krankheit und/oder Behinderung. Chronische Erkrankungen aber sind grundsätzlich beeinflussbar durch ein Gesundheitswesen, dessen Versorgungsstrukturen dem Wandel des Krankheitspanoramas (mehr chronische, weniger akute Erkrankungen) besser entsprechen als das derzeit der Fall ist.

Auftreten und Verläufe von Krankheiten im Alter sind durch diagnosti-

der Pflege vorgelagerten System, dem Gesundheitswesen.

Eine solche systemübergreifende Perspektive zur Weiterentwicklung der Pflege mit Gewichtung der Abstimmung von SGB V und SGB XI wird durch PSG I und II nicht systematisch verfolgt. Impulse – der Medizinische Dienst wird zur Anwendung eines bundesweit einheitlichen, strukturierten Verfahrens für die Rehabilitationsempfehlungen verpflichtet –, die im PSG II gesetzt werden, können nicht verhindern, dass Krankenkassen die Leistungen, deren Effekt sich jedoch in einem anderen So-

zustellen, zukünftig deutlich heterogen ausfallen werden. Dies stellt kein vorübergehendes Phänomen dar. Es gibt parallel Entwicklungen im Hinblick auf Familienstrukturen, die familiäre Sorgearbeit durch die Kindergeneration verunmöglichen oder zumindest erschweren, und es gibt Konstanten, die nicht zwingend zur Schwächung bei der Sorge in der Familie führen. Es ist davon auszugehen, dass ein Prozess der Differenzierung eingeleitet ist, der die pflegerische Versorgung wachsend prägen wird (Schmidt 2009).

In diesem Zusammenhang bewirken die Mobilitätsanforderungen des Ar-

Individualisierung der Pflege als Konsequenz

Man kann bei der Würdigung der leistungsrechtlichen Impulse von PSG I und II zwei Stränge unterscheiden, die beide Novellierungen des SGB XI durchziehen: mehr Flexibilität innerhalb der Leistungsarten, die einen Pflegehaushalt in die Lage versetzen, fall- und situationsbezogen wählen und Leistungsarten kombinieren zu können sowie das Setzen auch ökonomischer Impulse zur Stärkung der wirtschaftlichen Rationalität, ambulante/teilstationäre Settings gegenüber dem stationären zu präferieren.

»Fragil ist die Paarbeziehung, nicht das Generationengefüge«

beitslebens, dass sich die Möglichkeiten zur familiären Sorge auch im Falle des Vorhandenseins einer Kindergeneration wandeln. Familien leben zusehends seltener an einem Ort oder im Nahraum beieinander. In der multilokalen Familie transformiert sich die Sorge von der »praktischen Unterstützung im Alltag« hin zu einem »Management der Versorgung über erhebliche räumliche Distanz hinweg bei vorwiegend emotionaler Unterstützung«.

Diese Entwicklung korreliert wiederum mit dem Bildungsstand und mit branchenspezifischen Anforderungen. Es gibt jedoch keinen Hinweis darauf, dass sich im Verhältnis der Generationen innerhalb der Familie Konflikte mehren. Gleichwohl passen sich die Formen ausgeübter Solidarität veränderten Umständen an (Motel-Klingebiel et al. 2010). Fragil ist die Paarbeziehung, nicht das Generationengefüge.

(Ehe-) Paare werden zukünftig, darauf machte die Enquete-Kommission Demographischer Wandel des Deutschen Bundestags bereits im Jahre 2002 aufmerksam, auch im hohen Alter eine gewisse Zeitspanne länger zusammen leben, ehe – beim üblichem Altersabstand in dieser Generation – die Frau den Mann überlebt. Offen ist, wo später die Grenzen gegenseitiger Unterstützung hoch betagter Paare liegen werden. Mutmaßlich stehen Unterstützungsressourcen selbst hoch betagter Partner nicht unlimitiert und risikolos zur Verfügung.

Mit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs werden die Leistungsarten, die als Sachleistung durch Versicherte in Anspruch genommen werden können, neu definiert. Das Leistungsspektrum wird im PSG II wie folgt bestimmt: Häusliche Pflegehilfe (§ 36 SGB XI n. F.) umfasst körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung. In der amtlichen Begründung zu § 36 SGB XI (n. F.), in der der Gesetzgeber seine Intentionen darlegt, wird u.a. ausgeführt, dass alle drei genannten Leistungstypen gleichwertig sind und der Versicherte aus ihnen seine Hilfe frei auswählen kann.

Pflegerische Betreuungsmaßnahmen umfassen zudem ein breites Spektrum möglicher Hilfen. Dies fördert nochmals die Individualisierung der Pflege, die der Gesetzgeber bereits mit dem PSG I in § 45a SGB XI angestoßen hat. Auch bleiben die Kombinationsmöglichkeiten (z. B. Kurzzeitpflege und Verhinderungspflege) bestehen. Leistungskombinationen führten seit PSG I dazu, dass ambulante Hilfe die stationäre in der Höhe der Versicherungsleistung überschreiten kann.

Mehr Optionalität in der Ausgestaltung häuslicher Pflege und mehr Kombinationsfähigkeit bestimmter Sachleistungsbudgets erhöhen die Komplexität, das ambulante Setting den individuellen Erfordernissen und Möglichkeiten anzupassen. Soll eine entsprechende Indi-

vidualisierung der Pflege, die angesichts der skizzierten demographischen und sozialen Prozesse indiziert ist, eingeleitet werden, ist es nahezu zwingend, die Pflegeberatung gemäß § 7a SGB XI n. F. weiter zu profilieren. Dies gilt auch für die Beratung der Leistungserbringer zu Pflegearrangements.

Fazit

Durch PSG I und II wird erneut verabsäumt, die Schnittstellen von SGB V und SGB XI so zu gestalten, dass Prävention und Rehabilitation bei Pflegebedürftigkeit ausgebaut werden können. Beide Novellierungen setzen demgegenüber zentrale Impulse zur Individualisierung der Pflege mit der Folge, dass sich Pflegedienstleistungen ausdifferenzieren. ■

Literatur



Motel-Klingebiel, Andreas et al. (2010): Wandel von Lebensqualität und Ungleichheit in der zweiten Lebenshälfte. In: Motel-Klingebiel, Andreas; Wurm, Susanne; Tesch-Römer, Clemens (Hg.), Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS). Stuttgart, S. 15-33.

Rothgang, Heinz et al. (2009): GEK Pflegereport 2009. Schwäbisch Gmünd.

Schmidt, Roland (2009): Veränderungen von Pflegearrangements: Neue Pflege- und spezielle Wohnformen. In: Drähter, Hendrik; Jacobs, Klaus; Rothgang, Heinz (Hg.): Fokus Pflegeversicherung. Nach der Reform ist vor der Reform. Berlin, S. 301-329.

Schwartz, Friedrich Wilhelm; Walter, Ulla (1998): Altsein – Kranksein? In: Schwartz, Friedrich Wilhelm (Hg.): Das Public Health Buch. München/Wien/Baltimore, S. 124-140.

Statistisches Bundesamt (Hg.) (2009): Bevölkerung Deutschlands bis 2060. 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden.

Vaupel, James W.; v. Kistowski, Kristin G. (2008): Die neue Demografie und ihre Implikationen für Gesellschaft und Politik. In: Werz, Nikolaus (Hg.): Demographischer Wandel. Baden-Baden, S. 33-49.