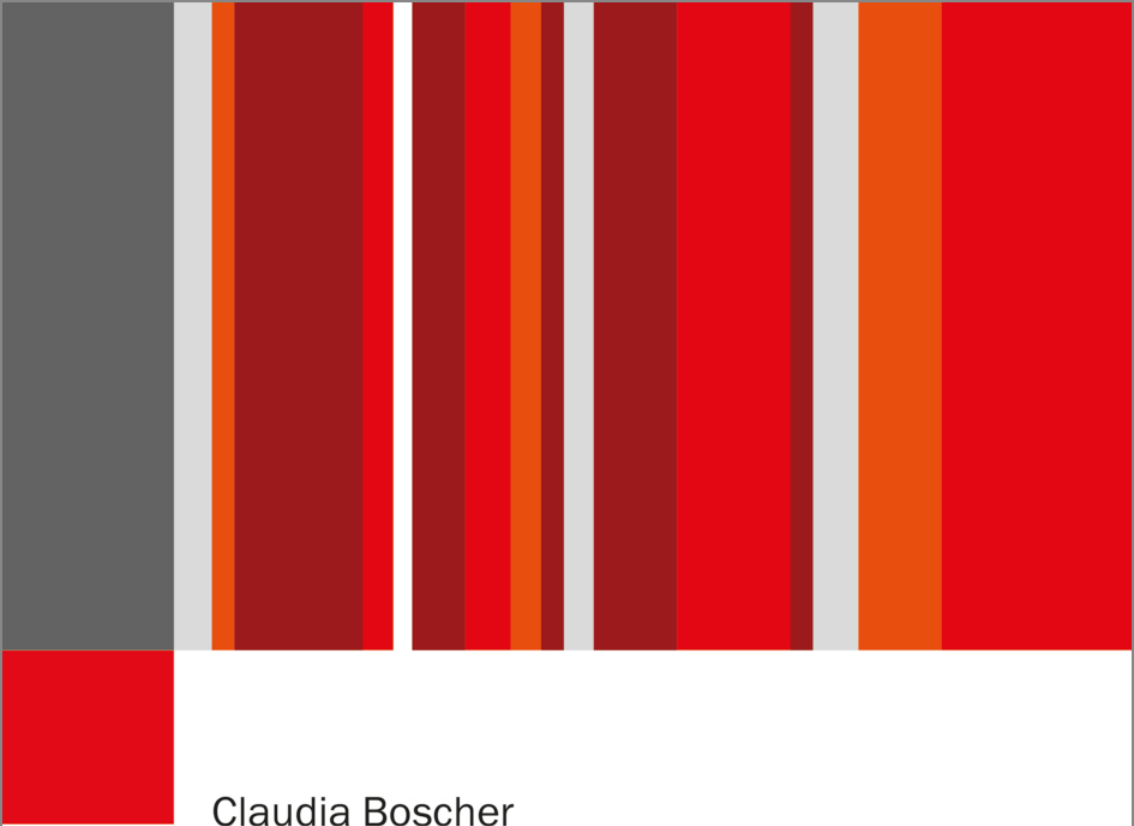




Claudia Boscher

Pflege im Alter: Pflegepräferenzen und familiäre Solidarität

BELTZ JUVENTA

Die Autorin

Claudia Boscher, ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Gerontologische Versorgungs- und Pflegeforschung (IGVP) der Hochschule Ravensburg-Weingarten (RWU). Ihre Arbeitsschwerpunkte sind Versorgungsforschung und Arbeitsforschung im Feld Sozial- und Gesundheitswesen.

Für die Dissertation wurden Daten genutzt, die im Rahmen des „Zentrums für angewandte Forschung an Hochschulen für Angewandte Wissenschaften (ZAFH) care4care“ erhoben wurden. Der Projektverbund ZAFH care4care wurde durch das Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst Baden-Württemberg mit Einbindung von EFRE-Strukturfondsmitteln gefördert (Förderkennzeichen FEIH_ZAFH_295924).

Dissertation der Universität Konstanz
Tag der mündlichen Prüfung: 28.11.2024
Referent: Prof. Dr. Thomas Hinz
Referent: Prof. Dr. Andreas Lange

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Der Text dieser Publikation wird unter der Lizenz **Creative Commons Namensnennung – Nicht kommerziell – Keine Bearbeitungen 4.0 International (CC BY-NC-ND 4.0)** veröffentlicht. Den vollständigen Lizenztext finden Sie unter: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode.de>

Verwertung, die den Rahmen der **CC BY-NC-ND 4.0 Lizenz** überschreitet, ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für die Bearbeitung und Übersetzungen des Werkes. Die in diesem Werk enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Quellenangabe / Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.



Dieses Buch ist erhältlich als:
ISBN 978-3-7799-9173-1 Print
ISBN 978-3-7799-9174-8 E-Book (PDF)
DOI 10.3262/978-3-7799-9174-8

1. Auflage 2025

© 2025 Beltz Juventa
Verlagsgruppe Beltz
Werderstraße 10, 69469 Weinheim
service@beltz.de
Einige Rechte vorbehalten
Satz: Datagrafix, Berlin
Druck und Bindung: Beltz Grafische Betriebe, Bad Langensalza
Beltz Grafische Betriebe ist ein Unternehmen mit finanziellem Klimabeitrag (ID 15985-2104-1001)
Printed in Germany

Weitere Informationen zu unseren Autor:innen und Titeln finden Sie unter: www.beltz.de

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	9
1.1	Ausgangslage und Ziel der Untersuchung	9
1.2	Methodik und Aufbau der Untersuchung	11
2	Pflege und Pflegebedürftigkeit	13
2.1	Bedeutung von Pflegebedürftigkeit	13
2.2	Prävalenz und Entwicklung von Pflegebedürftigkeit in der Bevölkerung	16
2.2.1	Aktuelle Anzahl Pflegebedürftiger	17
2.2.2	Prognostizierte Entwicklung	17
2.3	Versorgungsformen – Verbreitung, Zugang und Entwicklungstrends	18
2.3.1	Aktuelle Versorgungsformen Pflegebedürftiger	18
2.3.2	Zugang zu pflegerischen Versorgungsangeboten	19
2.3.3	Neuere Entwicklungen in der pflegerischen Versorgungslandschaft	22
2.3.4	Zwischen formeller und informeller Pflege: Live-In-Arrangements	23
2.4	Professionell Pflegende	24
3	Informelle Pflege im Spiegel gesellschaftlicher Entwicklungen und familialer Solidarität	25
3.1	Intergenerationelle familiäre Solidarität	25
3.2	Veränderungen der familialen Lebensformen	28
3.3	Bereitschaft zur Pflegeübernahme	32
3.4	Soziodemografische Kontextfaktoren informeller Pflege	33
3.4.1	Demografisch bedingte Veränderungen	34
3.4.2	Pflege ist weiblich	34
3.4.3	Pflegeaufgaben und (weibliche) Erwerbstätigkeit	36
3.5	Rahmenbedingungen und Ressourcen informeller Pflege am Beispiel Wohnen	37
3.6	Erfahrungen mit Pflege	39
3.7	Derzeitige Pflegepräferenzen in der Bevölkerung	41

4	Mixed Methods Studie „Zukunft der Pflege in der Region Bodensee-Oberschwaben“	43
4.1	Studiendesign und Methodik des quantitativen Untersuchungsteils	44
4.1.1	Fragebogenentwicklung & Operationalisierung	45
4.1.2	Stichprobenplanung	51
4.1.3	Durchführung der schriftlichen Befragung	54
4.2	Ergebnisse des quantitativen Studienteils	54
4.2.1	Rücklauf und Samplebeschreibung	55
4.2.2	Bivariate Analysen	58
4.2.3	Multivariate Analyse	73
4.3	Studiendesign und Methodik des qualitativen Untersuchungsteils	80
4.3.1	Samplingverfahren der qualitativen Studie	81
4.3.2	Leitfadenentwicklung	82
4.3.3	Durchführung der leitfadengestützten Interviews	83
4.3.4	Analysestrategie des qualitativen Untersuchungsteils	83
4.4	Ergebnisse des qualitativen Studienteils	87
4.4.1	Deskriptive Auswertung der Kategorie „Präferenz/Ablehnung pflegerische Versorgungssettings“	96
4.4.2	Deskriptive Auswertung der Kategorie „Begründung der Pflegepräferenzen“	100
4.4.3	Deskriptive Auswertung der Kategorie „Pflegebezogene Vorstellungen und Erwartungen“	102
4.4.4	Deskriptive Auswertung der Kategorie „Soziale und familiäre Aspekte“	104
4.4.5	Deskriptive Auswertung der Kategorie „Erfahrungen mit Pflege“	105
4.4.6	Deskriptive Auswertung der Kategorie „Informationen zur pflegerischen Versorgung“	107
4.4.7	Deskriptive Auswertung der Kategorie „Finanzielle Aspekte“	108
4.4.8	Deskriptive Auswertung der Kategorie „Wahrscheinlichkeit einer eigenen Pflegebedürftigkeit“	108
4.5	Integrierte Ergebnisse	109
4.5.1	Einflussfaktoren auf die Präferenz für häusliche Pflege mit Einbezug Angehöriger	109
4.5.2	Einflussfaktoren auf die Präferenz für häusliche Pflege durch professionelle Pflegepersonen	114
4.5.3	Einflussfaktoren auf die Präferenz für Pflege in gemeinschaftlichen Wohnformen	120

4.5.4 Einflussfaktoren auf die Präferenz für Pflege in einem Pflegeheim	123
5 Diskussion	126
5.1 Präferenzen pflegerischer Versorgungssettings in der 65- bis 75-jährigen Bevölkerung in Bodensee-Oberschwaben	127
5.2 Gruppierung der Pflegepräferenzen	129
5.3 Einflussgrößen und Begründungen der Pflegepräferenzen	130
5.3.1 Wer präferiert mit welcher Begründung häusliche Pflege mit Einbezug Angehöriger?	131
5.3.2 Wer präferiert mit welcher Begründung häusliche Pflege durch professionelle Pflegepersonen?	137
5.3.3 Wer präferiert mit welcher Begründung gemeinschaftliche Wohnformen?	143
5.3.4 Wer präferiert mit welcher Begründung Pflege im Pflegeheim?	146
5.4 Limitationen	148
Fazit & Ausblick	151
Abbildungsverzeichnis	155
Tabellenverzeichnis	156
Abkürzungsverzeichnis	158
Literaturverzeichnis	159
Anhang	174

1 Einleitung

„Pflege jetzt zukunftsfest machen“ – so formuliert die Bevollmächtigte der Bundesregierung für Pflege, Claudia Moll, in ihrer „Bilanz – Sachstand zum Thema Pflege in der 20. Legislaturperiode“ ihren Anspruch (Moll, 2024). Fokussiert werden in dieser Bilanz vor allem Gesetzesgestaltungen im Kontext der professionellen Pflege und der Leistungen der Pflegeversicherung. Eher randständig findet sich darin auch der formulierte Anspruch „Pflege konsequent an den Wünschen und Bedarfen der Menschen mit Pflegebedarf und ihrer Angehörigen auszurichten...“ (ebenda, S. 2) und infolgedessen ein Verweis auf den Ausbau von Beteiligungsformaten. Ein vermehrter Einbezug von Interessensvertretungen stellt eine Möglichkeit dar, um die Ausgestaltung pflegerischer Versorgungsformen an den Wünschen und Bedarfen Pflegebedürftiger auszurichten. Eine andere Möglichkeit ist, durch Erhebungen direkte Informationen von den (zukünftig potenziell) Betroffenen zu diesen zentralen Fragen ihrer zukünftigen Versorgung zu gewinnen. Dies ist der Ansatz der hier vorliegenden Arbeit. Die gewonnenen Erkenntnisse sind für Akteure der pflegerischen Versorgung nutzbar und tragen dadurch zu einer stärkeren personenzentrierten Ausgestaltung pflegerischer Versorgungsangebote bei.

1.1 Ausgangslage und Ziel der Untersuchung

Der Wunsch nach Unabhängigkeit und Selbstständigkeit hat bei der Mehrheit der Menschen in unserer spätmodernen Gesellschaft der Singularität altersunabhängig Priorität (Reckwitz, 2019). Dieser Wunsch bleibt auch mit zunehmendem Alter bestehen: 81 % der 65- bis 85-Jährigen hoffen, nicht pflegebedürftig und damit von der Unterstützung anderer Personen abhängig zu werden. Mehr als die Hälfte verdrängen die Vorstellung einer möglichen Pflegebedürftigkeit sogar (Generali Zukunftsfonds & Institut für Demoskopie Allensbach, 2013), obwohl es bei fast fünf Millionen Pflegebedürftigen in Deutschland und einer Pflegequote von 54 % in der Altersgruppe der 85- bis unter 90-Jährigen (Statistisches Bundesamt [Destatis], 2022b) erkennbar sein müsste, dass eine eigene Pflegebedürftigkeit eintreten könnte. Angesichts eines drohenden Verlustes der Selbstständigkeit, vielfach bestehender negativer Altersbilder (z. B. A. Kruse, 2017; A. Kruse & Schmitt, 2006; Wurm & Huxhold, 2010), schlechtem Image stationärer Pflegeeinrichtungen (z. B. Dittmann, 2008) sowie der Komplexität der pflegerischen Versorgung inkl. Sorgen vor (finanzieller) Überforderung der Angehörigen (Jacobs et al., 2020) wird das eigene Altern und die eigene potenzielle Pflegebedürftigkeit gern verdrängt.

Aktuell orientieren sich Leistungserbringer stark an Abrechnungslogiken, was nicht selten zu einer Einschränkung des professionellen Handlungsspielraums führt und einer Pflege, die eher verrichtungs- als bedarfsorientiert geleistet wird (Büscher & Krebs, 2018; Heusinger et al., 2017). Diese mangelnde Bedürfnis- und Bedarfsorientierung schlägt sich unter anderem in einer starken Ablehnung von Pflegeheimen nieder, und dem Wunsch, so lange wie möglich in der eigenen Häuslichkeit zu verbleiben. Dieser Wunsch, auch im Falle von Pflegebedürftigkeit zu Hause zu bleiben, bedarf aller Voraussicht nach, schon allein aus demografischen Gründen, neuen Formen gegenseitiger (familiärer) Unterstützung (Klie, 2024).

Bereits heute ist jede fünfte Person älter als 66 Jahre und die Alterung der Bevölkerung in Deutschland wird weiter voranschreiten (Destatis, 2019, 2022d), weshalb die Anzahl multimorbider und infolgedessen pflegebedürftiger Menschen in Zukunft stark zunehmen wird (Destatis, 2023). Es gilt nicht nur die Zunahme in der Anzahl der Pflegebedürftigen zu bewältigen, sondern auch die zunehmende Diversität im Hinblick auf eine pflegerische Versorgung zu berücksichtigen (Tezcan-Güntekin, 2020; Tezcan-Güntekin et al., 2015). Zudem stellen sich Familienformen und familiäre Lebensführung sehr viel pluraler dar als in früheren Jahrzehnten (Peuckert, 2019). Auf individueller Ebene kommen selbst erlebte Dilemmata zwischen modernisierungsbedingten Anforderungen an die eigene Lebensführung (z. B. eigenständige soziale Sicherung und Erwerbsarbeit) und familialen Solidaritätsleistungen (vgl. Backes, 1998, S. 25), wie Pflege von Angehörigen, hinzu.

Es ist anzunehmen, dass die skizzierten gesellschaftlichen Entwicklungen in Kombination mit individuellen Erfahrungen im Kontext von Reproduktionsarbeit individuelle Versorgungsvorstellung hinsichtlich einer eigenen potenziellen Pflegebedürftigkeit beeinflussen.

Ziel dieser Dissertation ist es daher, zu untersuchen, welche Faktoren die Präferenz für spezifische pflegerische Versorgungssettings mit Blick auf die eigene spätere Versorgungssituation mitbestimmen und mit welchen Vorstellungen und Erwartungen diese Präferenzen begründet werden. Als zentrale Einflussgrößen werden dabei neben soziodemografischen Merkmalen soziale und familiäre Aspekte sowie bisherige Erfahrungen mit Pflege untersucht. Untersucht wird dies mittels einer Stichprobe aus der Region Bodensee-Oberschwaben für die Altersgruppe der 65- bis 75-Jährigen, da es sich bei dieser Altersgruppe um diejenigen Personen handelt, die zukünftig potenziell Pflegebedarf haben.

Folgende Forschungsfragen leiten sich daraus ab:

1. Welche pflegerischen Versorgungssettings werden von der 65- bis 75-jährigen Bevölkerung in der Region Bodensee-Oberschwaben präferiert?
2. In welche Gruppen lassen sich die Präferenzen pflegerischer Versorgungssettings zusammenfassen?

3. Welche Einflussgrößen lassen sich für die jeweiligen Präferenzen pflegerischer Versorgungssettings identifizieren?
 - a. Mit welchen Vorstellungen von und Erwartungen an Pflege werden diese Präferenzen begründet?
 - b. Mit welchen sozialen und familialen Aspekten sind diese Präferenzen verbunden?
 - c. Welche Rolle spielen dabei bisherige Erfahrungen mit Pflege?

Diese Forschungsfragen werden mit einer explanativ-sequenziellen Mixed Methods Studie beantwortet.

1.2 Methodik und Aufbau der Untersuchung

Durchgeführt wurde die Datenerhebung im Rahmen des interdisziplinären Verbundprojekts „ZAFH care4care – Fachkräftebedarf in der Pflege im Zeichen von Alterung, Vielfalt und Zufriedenheit“. Aus verschiedenen Perspektiven wurde in diesem Verbundprojekt an den drei Standorten Esslingen, Ravensburg-Weingarten und Tübingen vorrangig die Fachkräftesituation in der Pflege analysiert. Es wurden Ideen zur strategischen Fachkräftesicherung entwickelt mit dem Ziel, themenbezogene Handreichungen zu erarbeiten, die die Fachkräftesicherung in der Pflegebranche unterstützen¹. Neben den Perspektiven der Pflegenden und der Pflegeunternehmen, welche die Pflegeleistungen erbringen, wurde auch die Perspektive der Menschen ermittelt, die zukünftig Leistungsempfänger sein werden. In diesem Kontext wurde die Studie „Zukunft der Pflege in der Region Bodensee-Oberschwaben“ initiiert, um die Vorstellungen von guter Pflege und die Erwartungen, die mit einer potenziellen pflegerischen Versorgungssituation einhergehen, zu erheben. Mit den Daten aus dieser explanativ-sequenziellen Mixed Methods Studie wurden die Forschungsfragen der hier vorliegenden Dissertationsschrift beantwortet. Aufgrund qualitativer und quantitativer Aspekte der Forschungsfragen bietet sich dieses Forschungsdesign an, denn damit kann die Perspektive der potenziellen Pflegebedürftigen sowohl in ihrem quantitativen Ausmaß als auch in ihrer qualitativen Bedeutung erfasst werden. In der Studie wurde basierend auf einer Stichprobe aus der Einwohnermeldeamtsstatistik zunächst eine schriftlich-postalische Befragung durchgeführt. Mit dem zweiten Studienteil, einer Interviewstudie, konnten die zuvor gewonnen Ergebnisse ergänzt, erklärt und besser in Zusammenhänge eingeordnet werden.

Die vorliegende Arbeit ist so aufgebaut, dass zunächst in Kapitel 2 die Vielschichtigkeit der Bedeutung von Pflegebedürftigkeit für das Individuum umrissen wird. Hierbei wird insbesondere auf die Konstruktionen des Alterns und der

1 www.zafh-care4care.de

Pflegebedürftigkeit eingegangen. Des Weiteren werden demografische Kennzahlen und deren Entwicklung im Kontext von Pflegebedürftigkeit beschrieben. Es geht darum, wie viele Menschen von Pflegebedürftigkeit betroffen sind, wer wen wo pflegt und wie sich die Situation auf Bevölkerungsebene entwickelt. Zudem werden soziale Ungleichheiten beim Zugang zur pflegerischen Versorgung sowie Herausforderungen (vorrangig im Kontext formeller Pflege) und Entwicklungstrends bzgl. des pflegerischen Versorgungsangebotes aufgezeigt.

Kapitel 3 widmet sich der informellen Pflege vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Entwicklungen. Beginnend mit Kennzahlen zur informellen Pflege wird im Folgenden auf Theorien intergenerationaler familialer Solidarität eingegangen. Ebenso wird der Wandel der familialen Lebensformen in Bezug zu familialem Sorgeverhalten und der Bereitschaft zur Pflegeübernahme aus vorliegender Empirie erörtert. Als soziodemografische Kontextfaktoren informeller Pflege werden demografisch bedingte Veränderungen und der Faktor Geschlecht im Hinblick auf familiales Pflegepotenzial aufgezeigt. Anhand verschiedener Aspekte des Wohnens sowie damit einhergehender sozioökonomischer Zusammenhänge werden der Einfluss von Rahmenbedingungen und individuelle Ressourcen auf die Wahl möglicher Pflegesettings beschrieben. Zudem werden die vorliegenden Erfahrungen in der Bevölkerung mit Pflege und der derzeitige Kenntnisstand zu Pflegepräferenzen in der Bevölkerung dargelegt.

In Kapitel 4 wird die Mixed Methods Studie in Gänze beschrieben. Zunächst wird die Konzeption der gesamten Studie erläutert. Danach folgt das erste Unterkapitel, das sich ausführlich der Beschreibung des Studiendesigns und der Methodik der quantitativen Teilstudie widmet. Es folgen im zweiten Unterkapitel die Ergebnisse des quantitativen Studienteils. Diese sind als Zwischenergebnisse zu betrachten. Das dritte Unterkapitel beschreibt die Entwicklung und Durchführung des qualitativen Studienteils, worauf im vierten Unterkapitel diese Teilergebnisse folgen. Die zunächst deskriptiv ausgewerteten Kategorien werden als Zwischenergebnisse dargestellt. Das fünfte Unterkapitel enthält die durch die integrative Analyse zusammengeführten Ergebnisse.

Die Ergebnisse werden in Kapitel 5 interpretiert und diskutiert. Das Kapitel beginnt mit der Einordnung der deskriptiven Studienergebnisse in den aktuellen Forschungsstand. Darauf folgt die Diskussion zur Gruppierung der Pflegepräferenzen. Im dritten Unterkapitel wird erörtert, wer mit welcher Begründung welches pflegerische Versorgungssetting präferiert. Zur Illustration der Pflegepräferenzen ist jeweils ein Fallbeispiel beigefügt, das die zuvor diskutierten Aspekte abbildet. Zudem werden Limitationen der Studie erläutert.

Es folgt ein Fazit in Kapitel 6, das die wichtigsten Erkenntnisse der Arbeit zusammenfasst und weiterführende Forschungsfragen ableitet. Die Arbeit schließt mit dem Literaturverzeichnis und dem Anhang.

2 Pflege und Pflegebedürftigkeit

Spricht man von Pflege sind damit oft umfassende Bereiche gemeint, wie die Pflegebranche, Pflegearrangements, der Pflegeprozess, die Profession etc. Mit „Pflegeleistungen“ sind einem übergreifenden Verständnis zufolge, hauptsächlich die Handlungen gemeint, die teilweise oder vollständig von anderen Personen übernommen werden und zum Genesen, zum individuellen Wohlbefinden und zum Lebenserhalt einer pflegebedürftigen Person beitragen. Während für einen möglichen sozialrechtlichen Leistungsanspruch das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit relevant ist, steht für den zu Pflegenden und dessen Angehörige die Tatsache im Fokus, auf Hilfe angewiesen zu sein bzw. diese zu leisten. Wird die Hilfe von ausgebildeten Personen geleistet, die dafür entlohnt werden, spricht man von professioneller oder (jüngst vermehrt) von formeller Pflege; wird die Pflege von Angehörigen, Freunden oder Ehrenamtlichen geleistet, wird dies als informelle Pflege oder häusliche Pflege bezeichnet (Büscher, 2020, S. 56; vgl. Gräßel & Behrndt, 2016, S. 169). Darüber hinaus existiert eine Vielzahl weiterer Begrifflichkeiten für dieses heterogene Aufgabenfeld, die weder eindeutig noch trennscharf sind, sondern lediglich einen Fokus andeuten, z. B. familiäre Pflege, Betreuung, Fürsorge, Sorgearbeit, Elder Care, Laienpflege usw. (vgl. Adam & Mühling, 2014). In dieser Arbeit stehen die Vorstellungen der Menschen von ihrem Leben im hohen Alter bei möglichem Pflegebedarf im Mittelpunkt, weshalb zunächst die Bedeutung von Pflegebedürftigkeit in seiner Vielschichtigkeit für das Individuum erörtert wird. Anschließend wird die Relevanz für die Gesellschaft anhand statistischer Kennzahlen aufgezeigt und aktuell vorherrschende Versorgungsformen sowie damit einhergehende Entwicklungstrends und Herausforderungen dargestellt.

2.1 Bedeutung von Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftigkeit ist ein komplexes Phänomen, das aus verschiedenen Perspektiven analysiert werden kann. Aufgrund seiner Komplexität kann das Phänomen Pflegebedürftigkeit lediglich skizziert werden und im Sinne eines „sensitizing concepts“ (Blumer, 1954) wird es im folgenden Abschnitt in einer offenen, heuristischen Form umrissen.

Der formale Blick auf Pflegebedürftigkeit fokussiert auf Kriterien, die Leistungsbezug rechtfertigen und bleibt in der Anwendung dennoch komplex. Aus sozialrechtlicher Perspektive benötigt Pflege, wer pflegebedürftig im Sinne von § 14 SGB XI (Sozialgesetzbuch – Elftes Buch – Soziale Pflegeversicherung) ist. Der Pflegebedürftigkeitsbegriff ist inzwischen so definiert, dass auch kognitiv und psychisch beeinträchtigte Personengruppen (und dadurch auch demenziell

Erkrankte) strukturell erfasst werden (vgl. Auth, 2019; Krupp & Hielscher, 2019).² Pflegebedürftigkeit aus formeller, sozialrechtlicher Perspektive ist vor allem mit möglichem Leistungsbezug verknüpft, einer auf den ersten Blick ökonomischen Dimension. Dadurch ergibt sich die soziale bzw. gesellschaftliche Dimension von Pflegebedürftigkeit.

Der wissenschaftliche Blick auf Pflegebedürftigkeit macht die Komplexität deutlich, u. a. weil das Phänomen stark disziplinspezifisch erforscht wird. Mager (1999) zeigt in seinem Beitrag die Komplexität und Vielschichtigkeit von Pflegebedürftigkeit aus sozialwissenschaftlicher Sicht auf und macht neben der Multidimensionalität auch auf die Prozesshaftigkeit des Phänomens Pflegebedürftigkeit aufmerksam. Aufgezeigt werden „Elemente typologischer Umschreibungen von Pflegebedürftigkeit“ wie bspw. für die Soziologie „Stigmatisierung“ und „Gesellschaftliche Deklassierung“ oder für die Sozialpsychologie „Kontinuitätsstörungen in sozialen Netzen“ (S.31). Trotz des Versuchs, ein möglichst umfassendes Bild zu generieren, stehen „Funktionsverluste“ im Zentrum der Definition (S.32). Der gesundheits- und sozialwissenschaftliche Beitrag von Döhner und Rothgang (2006) beschreibt Pflegebedürftigkeit als „einen Zustand [...], in dem die Betroffenen nicht mehr in der Lage sind, ohne fremde Hilfe die basalen alltäglichen Aktivitäten zu verrichten.“ (S.583). Pflegebedürftigkeit sei als „eine Folge von Krankheit oder Behinderung anzusehen“ (a. a. O.) und von Dauer, grundsätzlich jedoch rehabilitierbar. Auch Schroeter (2016) erläutert in seinem Vorschlag zur Konturierung einer Soziologie der Pflege die Multidimensionalität von Pflege und legt die Schwierigkeit einer binären Codierung von pflegebedürftig/nicht pflegebedürftig dar. Damit wird an eine Vielzahl an pflegewissenschaftliche Theorien (Henderson, 1963; King, 1981; Roper et al., 1983; einen Überblick gibt Schaeffer et al., 2008) angeschlossen, die den Paradigmenwechsel von der Defizitorientierung zu Gesundheitsförderung und -erhaltung im professionellen Pflegehandeln eingeleitet haben³ und den Blick auf das Individuum lenken.

Auch der individuelle, subjektive Blick auf Pflegebedürftigkeit ist oftmals defizitorientiert und von Ängsten geprägt, auch aufgrund der Komplexität. Die

2 Dies ist erst seit der Pflegereform 2017 (Pflegestärkungsgesetz II) der Fall. Bei der Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 war der Pflegebedürftigkeitsbegriff stark „verrichtungsbezogen“ und zielte auf den mind. sechsmonatigen Hilfebedarf bei den Verrichtungen des täglichen Lebens wie Körperpflege, Ernährung, Mobilität und hauswirtschaftliche Versorgung (vgl. § 14 SGB XI a. F. vom 26.05.1994) also rein auf die somatisch begründeten Hilfstätigkeiten. Dies stellte insbesondere für Menschen mit kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen ein Problem dar, denn deren Hilfebedarfe ließen sich in dieser Definition nicht abbilden, wodurch sie keine Leistungen der Pflegeversicherung erhalten konnten.

3 Dieser Paradigmenwechsel kommt durch den „neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff“ (PSG II) zur Anwendung, der Selbstständigkeit und die Fähigkeiten der Pflegebedürftigen als zentrale Kriterien zur Beurteilung von Pflegebedürftigkeit und nicht mehr Funktionsverluste fokussiert (vgl. Hoffer, 2017).

o.g. Konzepte und Ansätze des Pflegehandelns zielen auf die Förderung und den Erhalt von Selbstbestimmtheit, Selbstständigkeit, Fähigkeiten, Wohlbefinden und Teilhabe: Wie eine Klammer umfasst das Konzept „Lebensqualität“ diese Prinzipien (Bartholomeyczik, 2022, S. 267), deren Verlust den individuellen Blick auf Pflegebedürftigkeit negativ prägen. Einerseits zeigt sich auf professioneller Ebene der Zusammenhang zwischen Lebensqualität und Pflegequalität (eine „bestmögliche Lebensqualität [...] zu erreichen, gilt als Kern professioneller Pflegeziele (Spichiger et al., 2006, S. 45)) und andererseits bietet das Konzept der Lebensqualität mit seinen verschiedenen Dimensionen Anschluss für die Betrachtung von Rahmenbedingungen und subjektiven Anschauungen. Im Sinne eines subjektiven Bewertungskriteriums wird eine gute Lebensqualität „heute als eines der zentralen individuellen Ziele angesehen“ (Oppikofer & Mayorova, 2016, S. 101). Dementsprechend ist der Verlust von Lebensqualität eine der dominierenden Sorgen, die mit der Vorstellung von Pflegebedürftigkeit einhergeht, obwohl bspw. gezeigt werden konnte, dass diese durch Inanspruchnahme professioneller Pflege wieder steigt (Winkler, 2020). Und obwohl die Lebensqualität älterer Menschen über den Zeitverlauf der letzten Dekaden gestiegen ist, empfinden diese das eigene Altern aufgrund der Sorge vor Autonomieverlust und Krankheit weiterhin eher negativ (Wahl et al., 2022). Ein hohes Lebensalter gilt als Risikofaktor für Pflegebedürftigkeit (A. Kruse, 2017, S. 19). Dabei berichtet fast die Hälfte (48,8 %) der 70- bis 85-Jährigen noch über eine gute funktionale Gesundheit, welche es erlaubt, ihre Alltagstätigkeiten ohne Einschränkungen zu verrichten. Diese individuell eher negativen Altersbilder könnten gespeist sein durch gesellschaftlich-soziale Herausforderungen, die der Altersstrukturwandel mit sich bringt, da Herausforderungen wie der zunehmende Pflegebedarf und diesbezügliche Finanzierungsfragen stark gesellschaftlich thematisiert werden: Beispielsweise bringt eine Google-Suche von „Überalterung der Gesellschaft“ am 09.12.2022 mehr als 176 000 Treffer und auch wissenschaftliche Institutionen titeln „Alterung der Gesellschaft führt zu hohen Wohlstandseinbußen in Deutschland“ (Bertelsmann Stiftung, 2022). Nichtsdestotrotz werden die Bilder über Pflege nicht nur durch die Medien geschaffen, denn ca. 40 % der deutschen Bevölkerung zwischen 16 und 70 Jahren haben Erfahrungen mit Pflege (Haumann, 2022). Ein Großteil von pflegenden Angehörigen fühlt sich mehrfach durch Übernahme von Pflegeaufgaben belastet (Bestmann et al., 2014; Gräbel & Behrndt, 2016; Wetzstein et al., 2015), wodurch anzunehmen ist, dass dies ebenfalls auf gesellschaftliche Bilder von Pflegebedürftigkeit wirkt.

Einiges deutet darauf hin, dass für Ältere die negativen Aspekte des Alterns mehr im Vordergrund stehen als für jüngere Menschen. Wurm und Huxhold (2010) konnten zeigen, dass der Aspekt „körperliche Verluste“ mit zunehmendem Alter (ab 65 Jahren) immer mehr in den Fokus rückt, wenngleich diese altersbedingte Negativ-Wahrnehmung im Kohortenvergleich sich in den letzten Jahrzehnten abschwächt hat, was auf eine grundsätzlich positive Entwicklung der

Altersbilder hindeutet. Dieser Wandel zu grundsätzlich positiveren Altersbildern hat sich auch in neueren Untersuchungen bestätigt (Beyer et al., 2017). Die Vorstellungen vom Alter(n) stehen in Zusammenhang mit Konstruktionen von Pflegebedürftigkeit und einer eigenen potenziellen Pflegebedürftigkeit.

Pflegebedürftigkeit wird häufig ausschließlich negativ wahrgenommen und mit schwierigen und belastenden Situationen für sich selbst und für die Angehörigen assoziiert. Dies zeigt bspw. auch der (heute nur noch selten genutzte) Begriff „Pflegefall“, der „eine sprachliche Manifestation negativer Altersbilder“ sei, wie im sechsten Altersbericht der Bundesregierung konstatiert wurde (Deutscher Bundestag, 2010, S. 181). Zudem wird der Verlust von körperlichen und kognitiven Fähigkeiten und somit der Verlust von Selbstständigkeit häufig mit einem Verlust von Selbstbestimmung gleichgesetzt, welche auch bei Pflegebedürftigkeit aufrechterhalten werden kann (Zander, 2018). Diese negativen Bilder von Pflegebedürftigkeit spiegeln sich bspw. auch in den Ergebnissen der Befragung von Zok (2015) wider, wonach sich mehr als jeder Zweite Sorgen um die eigene Pflegebedürftigkeit macht. Scheinbar stehen diese Sorgen im Widerspruch zur späteren tatsächlichen Wahrnehmung, denn gerade in der zweiten Lebenshälfte steigt häufig die Lebenszufriedenheit, was angesichts der Zunahme von körperlichen Beschwerden im Alter als „Zufriedenheitsparadoxon“ bezeichnet wird (Baltes & Carstensen, 1996; Esch, 2022; Staudinger, 2000; Weidekamp-Maicher, 2022) – wenngleich longitudinale Studien diese altersbedingte Zunahme von Lebenszufriedenheit relativieren (Schilling, 2006).

Zusammengefasst lässt sich festhalten, dass aus sozialrechtlicher und wissenschaftlicher Perspektive der graduelle Prozess von Pflegebedürftigkeit im Fokus steht, während aus individueller, subjektiver Perspektive Pflegebedürftigkeit eine Lebensphase am Ende des Lebens darstellt, die stark von defizitorientierten Altersbildern geprägt ist. Die dargelegten Perspektiven greifen einige Aspekte wie Verlust von Unabhängigkeit, Veränderungen der Lebensqualität, negative Altersbilder auf, können jedoch kein umfassendes Bild von der Wahrnehmung von Pflegebedürftigkeit bieten. Aspekte wie Sorgen vor sozialer Isolation, eigene emotionale Belastung ebenso wie der Angehörigen oder durch Pflegebedürftigkeit entstehende finanzielle Sorgen sind nur ein paar Beispiele, die das Thema ergänzen und die genannte Komplexität unterstreichen.

2.2 Prävalenz und Entwicklung von Pflegebedürftigkeit in der Bevölkerung

Aufgrund des demografischen Wandels, welcher u. a. gekennzeichnet ist durch eine Zunahme der Anzahl älterer und hochaltriger Menschen (Destatis, 2019), wird Pflegebedürftigkeit ein immer wichtigeres Thema. Die Erfassung der Pflegebedürftigen in Deutschland wird von den Statistischen Ämtern des Bundes und

der Länder durchgeführt. In der Pflegestatistik werden jedoch nur Personen erfasst, die Leistungen nach dem SGB XI erhalten (Destatis, 2020c). Das heißt, Personen, die keine Leistungen beziehen und trotzdem pflegebedürftig sind, werden von der amtlichen Statistik nicht identifiziert. Dies können z. B. Personen sein, die (noch) keine Pflegeleistungen beantragt haben oder Personen, deren Pflegebedarf unterhalb der für einen Leistungsbezug erforderlichen Ausmaßes liegt und die trotzdem pflegebedürftig sind⁴.

2.2.1 Aktuelle Anzahl Pflegebedürftiger

In Deutschland leben ca. 5 Millionen Pflegebedürftige (Stichtag 15.12.2021), davon sind mehr als die Hälfte Frauen (62,1 %). Die Tendenz ist steigend: Im Vergleich der Jahre 2017 und 2019 sind das 20,9 % mehr Pflegebedürftige und zwischen 2019 und 2021 sind erneut 20,2 % mehr Pflegebedürftige in der Pflegestatistik des Bundes erfasst (Destatis, 2022b). In der Zielgruppe der hier vorliegenden Arbeit (65- bis 75-Jährige) sind bereits 5,9 %⁵ der Bevölkerung pflegebedürftig. In Baden-Württemberg sind zum Jahresende 2019 ca. 472 000 Menschen der ca. 11,1 Mio. Einwohnern insgesamt pflegebedürftig gewesen (Destatis, 2020b) und zum Jahresende 2021 waren es bereits 540 401 Pflegebedürftige (Destatis, 2022c). Dies bedeutet auch landesweit eine starke Zunahme der Anzahl Pflegebedürftiger: 2019 sind das 18,4 % mehr Pflegebedürftige als im Jahr 2017⁶ und im Jahr 2021 nochmal weitere 14,5 % mehr Pflegebedürftige. Eine Analyse von Isfort, Gessenich und dem Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung (2019) geht von 22 130 Pflegebedürftigen in der Region Bodensee-Oberschwaben im Jahr 2017 aus (4573 ambulant versorgte Pflegebedürftige, 4799 stationär versorgte Pflegebedürftige, 12 758 Pflegegeldempfänger).

2.2.2 Prognostizierte Entwicklung

Im Hinblick auf die prospektive Ausrichtung der dieser Arbeit zugrunde liegenden Studie sind darüber hinaus diesbezügliche Entwicklungstrends relevant. Aufgrund der steigenden Lebenserwartung und der Altersstruktur der Bevölkerung ist davon auszugehen, dass die Anzahl Hochbetagter (85-Jährige und Ältere)

4 In diesem Zusammenhang weist auch die Pflegestatistik darauf hin, dass für das Jahr 2019 geschätzt 191 000 Pflegebedürftige des Pflegegrads 1 keine Leistungen abrufen (Statistisches Bundesamt [Destatis], 2020c, S. 4–5).

5 Eigene Berechnung auf Grundlage der Daten der Pflegestatistik 2019 (Destatis, 2020a).

6 Eigene Berechnung auf Grundlage der Daten der Pflegestatistik 2019 (Destatis, 2020b) und Gölz und Weber (2019).

und somit potenziell Pflegebedürftiger weiter steigen wird. Prognosen für Baden-Württemberg rechnen bis zum Jahr 2040 mit 500 000 Hochbetagten und bis zum Jahr 2060 mit 805 000 Hochbetagten (Gölz & Weber, 2019). Für die Region Bodensee-Oberschwaben liegen Prognosen vom Statistischen Landesamt für das Jahr 2035 vor (Statistisches Landesamt Baden-Württemberg [StaLa BW], 2019): Diese gehen von einem Bevölkerungszuwachs im Vergleich zum Jahr 2017 von 37,9 % in der Altersgruppe 65 und älter aus und von einem Zuwachs von 61,8 % in der Altersgruppe der Hochbetagten. Rein rechnerisch gehören die in dieser Studie befragte Altersgruppe der 65- bis 75-Jährigen im Jahr 2035 zu der Gruppe der Hochbetagten und ihr Risiko, pflegebedürftig zu werden, ist demzufolge hoch. Entsprechend stark werden die Pflegebedarfe steigen.

2.3 Versorgungsformen – Verbreitung, Zugang und Entwicklungstrends

Pflegerische Versorgungsformen im Alter lassen sich durch eine Vielzahl an Kriterien unterscheiden. Der Logik der Pflegestatistik folgend werden in den folgenden Kapiteln Aspekte zur langzeitstationären Pflege, ambulanten Pflege und häuslichen Versorgung durch Angehörige unterschieden und beschrieben. Des Weiteren werden neue Versorgungsformen betrachtet, unter dem Vorbehalt, dass es in diesem Bereich aktuell eine Vielzahl an Entwicklungen gibt, die nicht alle abgebildet und diskutiert werden können.

2.3.1 Aktuelle Versorgungsformen Pflegebedürftiger

Im Jahr 2019 wurden bundesweit von den o.g. 5 Mio. Pflegebedürftigen 84 % zu Hause versorgt und 16 % wurden in Heimen versorgt. Von diesen 4,17 Mio. zu Hause versorgten Pflegebedürftigen, wurden ca. 2,55 Mio. alleine durch Angehörige gepflegt. Bei etwas mehr als 1 Mio. leisteten ambulante Pflege- oder Betreuungsdienste Unterstützung. Weitere 565 000 Pflegebedürftige erhielten mit dem Pflegegrad 1 ausschließlich landesrechtliche Leistungen und wurden größtenteils von Angehörigen versorgt. Sowohl die allein durch Angehörigen versorgte Anzahl Pflegebedürftiger stieg zwischen den Jahren 2019 und 2021 um 20,7 % als auch die Anzahl Pflegebedürftiger, die durch ambulante Dienste versorgt wurden, stieg um 6,5 %. Berücksichtigt man auch Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1, so ergibt sich sogar ein Anstieg von 25,9 % für die Pflege zu Hause. Im Bereich der Pflegeheime ging die Anzahl der Pflegebedürftigen um ca. 3 % zurück (Destatis, 2022b).

Im Land Baden-Württemberg weicht die Versorgungsstruktur hinsichtlich der Verteilung der Anzahl an Pflegebedürftigen kaum vom Bund ab. So

wurden von den o. g. 540 401 Pflegebedürftigen 17,0 % vollstationär in Heimen und 83,0 % zu Hause versorgt. Während der Anteil an Pflegebedürftigen, welche *allein* durch Angehörige zu Hause versorgt wurden, bundesweit bei 51,5 % liegt, sind dies landesweit sogar 53,9 %. Entsprechend geringer ist landesweit der Anteil an Pflegebedürftigen, welche mit Unterstützung bzw. durch ambulante Pflegedienste versorgt wurden. Im Vergleich zum Jahr 2019 sind auch landesweit starke Zuwächse zu verzeichnen, besonders im Bereich der Anzahl an Pflegebedürftigen, welche zu Hause versorgt werden: Gegenüber 2019 erhielten 18,7 % mehr Menschen zu Hause Pflege. In Baden-Württemberg sank die Zahl der Menschen, die in Heimen versorgt wurden um 2,4 % (Destatis, 2022c).

Für die Region Bodensee-Oberschwaben zeigt eine Auswertung aus dem Jahr 2016 ein unterschiedliches Bild zwischen den Landkreisen hinsichtlich der Versorgungssettings: Im Landkreis Sigmaringen wird (verglichen mit der deutschen Versorgungsstruktur insgesamt) überproportional häufig informell gepflegt, während im Bodenseekreis ambulante Pflege überproportional häufig vertreten ist. Für den Landkreis Ravensburg gibt es nur geringe Abweichungen von den prognostizierten Werten (Hackmann et al., 2016).

2.3.2 Zugang zu pflegerischen Versorgungsangeboten

Der steigende Anteil an älteren und hochaltrigen Menschen führt zu erhöhten Versorgungsbedarfen, die aktuell hauptsächlich durch Pflege in häuslicher Umgebung – vorrangig durch Angehörige – gedeckt werden. Trotz des wachsenden Bedarfs aufgrund der Zunahme an Pflegebedürftigen ist die Zahl der verfügbaren Plätze im Pflegeheim weitaus weniger stark gestiegen. Zwischen 2017 und 2021 stieg die Anzahl Pflegebedürftiger um mehr als 1,5 Mio. (inkl. Pflegegrad 1), während der Zuwachs an verfügbaren Pflegeplätzen im Pflegeheim im selben Zeitraum lediglich um 32 321 anstieg⁷. Die Gründe für diesen relativ geringen Ausbau von Pflegeheimplätzen sind vielfältig und komplex. Neben der Finanzierungs- und Kostenthematik wird vor allem auf den bestehenden Fachkräftemangel in der Pflege verwiesen (zur Entwicklung der Langzeitpflege siehe z. B. Ehrentraut et al. (2019), Jacobs et al. (2019), Jacobs et al. (2021) darin insbesondere der Beitrag von Heger). Diese Entwicklungen führen dazu, dass die Langzeitpflege ihre Kapazitätsgrenzen längst überschritten hat und Pflegebedürftige im Bedarfsfall abgelehnt werden müssen. Laut einer Studie von Isfort et al. (2018) haben mehr als 70 % der Einrichtungen Wartelisten und in 83 % der Einrichtungen wurden Anfragen abgelehnt.

7 Eigene Berechnungen auf Grundlage der Daten der Pflegestatistik 2021 (Destatis, 2022b).

Exkurs: Fachkräftebedarf in der professionellen Pflege

Bereits seit Jahren ist die Pflegebranche von einem anhaltenden Mangel an Fachkräften gekennzeichnet, da die Zahl der offenen Stellen die Zahl der als arbeitslos gemeldeten Pflegefachkräften bei weitem übersteigt (Bundesagentur für Arbeit, 2021). Dieser andauernde Fachkräfteengpass stellt aufgrund einer Vielzahl an sich gegenseitig beeinflussenden Variablen (z. B. Arbeitsbedingungen, Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben, Bezahlung, Arbeitsanforderungen, soziodemografische Beschäftigtenstruktur etc.) Auswirkung und Ursache zugleich dar und stellt insgesamt eine hochkomplexe Problemlage dar, die dazu führt, dass Pflege als Beruf bzw. als Branche als unattraktiv und defizitär wahrgenommen wird (Bonin, 2020; Mohr et al., 2020; Schmucker, 2020).

Ergebnis davon ist, dass Pflege nicht nur als Beruf als unattraktiv und defizitär wahrgenommen wird und sich der Personalmangel dadurch verstärkt, sondern dass auch auf Seiten der Bevölkerung die Sorge besteht, dass fehlendes Personal die Hauptursache von schlechter Pflege sei (Eggert et al., 2016), was sich wiederum auf das schlechte Image der Pflege auswirkt. Grundsätzlich ist der Zusammenhang zwischen der Personalausstattung und Pflegequalität bekannt, wobei eine höhere Fachkraftquote positiv mit einer besseren Pflegequalität korreliert (Greß & Stegmüller, 2018). Generell scheint dieser Zusammenhang auf Seiten der Bevölkerung bekannt, denn die Sorge vor zu wenig Pflegepersonal in Pflegeheimen ist weit verbreitet (Strotbek & Etgeton, 2017).

In der Region Bodensee-Oberschwaben ist das Verhältnis zwischen Nachfrage nach professioneller Pflege und dem Personalangebot in der Pflege grundsätzlich im Vergleich zur gesamtdeutschen Situation insgesamt etwas günstiger. Lediglich im Bodenseekreis wird von einem etwas größeren Personalsicherungsproblem ausgegangen (Hackmann et al., 2016). Insgesamt ist die Fachkräftesituation in der Pflegebranche auch in dieser Region angespannt (Boscher, Raiber et al., 2021).

Eine weitere Rolle für die Ausrichtung an Versorgungsangeboten spielt die politische Maxime „ambulant vor stationär“⁸, welche zudem an die Bedürfnisse

8 „ambulant vor stationär“ ist ein sozialrechtlicher Grundsatz, nachdem Behandlungen vorrangig ambulant durchgeführt werden sollen, wenn so Behandlungsziele gleicher Qualität erreicht werden können und vollstationäre Versorgung erst in Anspruch genommen werden kann, wenn die Behandlungsziele ambulant nicht erreicht werden können (vgl. § 39 SGB V). Ziel sind Kosteneinsparungen, aber auch Erhalt der Selbständigkeit sowie bessere soziale Teilhabe. Dieser Grundsatz gilt auch im SGB XI und wurde durch eine Vielzahl an Pflegereformen weiter gestärkt (auch durch finanzielle Anreize), wodurch von einer „Ambulantisierung der Pflege“ gesprochen werden kann (vgl. Rothgang et al., 2017).

und Bedarfe der Pflegebedürftigen anschließt (vgl. Rothgang et al., 2017). So ist die Anzahl an ambulanten Pflegediensten und die Anzahl an Pflegebedürftigen, die durch diese versorgt werden, sowohl bundes- als auch landesweit gestiegen. Hierbei sind die Zuwächse in Baden-Württemberg im ambulanten Sektor weitaus stärker (Gölz & Weber, 2019; Destatis, 2020c). Dies lässt sich vor allem mit der Zunahme an Pflegebedürftigen und einem gewachsenen Bedarf erklären. Dennoch gibt es auch im ambulanten Sektor einen relativ geringeren Zuwachs an Versorgungskapazitäten im Vergleich zur relativen Zunahme von Pflegebedürftigen. Auch das Wachstum des ambulanten Sektors ist durch den seit Jahren bestehenden Fachkräftemangel in der Pflege begrenzt (Isfort et al., 2016) und ambulante Dienste müssen Anfragen ablehnen oder sogar laufende Verträge kündigen (Eggert et al., 2020). Auch in der Bevölkerung ist dieser Versorgungsengpass hinsichtlich ambulanter Pflege angekommen. Eine ältere Studie von Dittmann (2008) zeigt, dass in Deutschland vor allem der Zugang zu ambulanter Pflege von der Bevölkerung als schwierig eingeschätzt wird. Haumann (2018, S. 60) zufolge, sieht die Mehrheit der Bevölkerung eine ausreichende Versorgung mit ambulanten Pflegediensten und Pflegeheimen, jedoch nehmen auch in dieser Studie 15 % derjenigen, die Pflege im Pflegeheim miterlebt haben, diesbezüglich Defizite wahr.

Des Weiteren zeigen sich systembedingte soziale Ungleichheiten in der Inanspruchnahme pflegerischer Leistungen in der Praxis bspw. aufgrund des komplexen Antragswesens um professionelle pflegerische Leistungen bewilligt zu bekommen (Möller et al., 2013). Auch ist die Qualität von ambulanter Pflege stark von strukturellen Rahmenbedingungen abhängig. So orientieren sich Leistungserbringer stark an Abrechnungslogiken, was nicht selten zu einer Einschränkung des professionellen Handlungsspielraums führt. Dadurch wird Pflege eher verrichtungs- als bedarfsorientiert geleistet (Büscher & Krebs, 2018). Obwohl oder gerade weil der größte Teil der Pflegebedürftigen zu Hause gepflegt wird, zeigen sich in der häuslichen Pflege viele Schwierigkeiten, Herausforderungen und Belastungen. Zudem zeigen sich Verbesserungspotenziale, z. B. hinsichtlich Abgrenzung, Zuständigkeit und Verantwortungsübernahme zwischen informeller und professioneller Pflege (Büscher & Krebs, 2018; Heusinger et al., 2017).

Nikelski und Nauerth (2017) konstatieren auf Basis eines systematischen Literaturreviews zwar eine Vielzahl an Bereichen, in denen sozial ungleich verteilte Chancen und Risiken in der pflegerischen Versorgung auftreten. Hinsichtlich eines sozial ungleich verteilten Zugangs zu pflegerischer Versorgung gäbe es jedoch, trotz nachvollziehbaren Diskussionen hierzu, zu wenig empirische Evidenz. Dennoch ist insgesamt von ausgeprägten Unterschieden in Bezug auf Zugang und Nutzung pflegerischer Versorgung auszugehen (A. Kruse & Schmitt, 2016). Darüber hinaus ist die Versorgungslandschaft regional unterschiedlich

geprägt, was auch bedeutet, dass sich die Wahlmöglichkeiten regional unterscheiden. So finden sich in ländlichen Regionen weniger Pflegedienste (Neumeier, 2015), wodurch die Wahlmöglichkeit für die ländliche Bevölkerung deutlich eingeschränkt ist.

2.3.3 Neuere Entwicklungen in der pflegerischen Versorgungslandschaft

Nicht nur aufgrund der zuvor genannten Problemlagen und des damit verbundenen stagnierenden Zuwachses an verfügbaren Plätzen in der stationären Langzeitpflege, sondern auch aufgrund der Bedarfe auf Nachfrageseite entstehen immer häufiger sogenannte „neue Wohn- und Versorgungsformen“ für Pflegebedürftige. Diese Konzepte stellen meist Weiterentwicklungen von den o. g. klassischen Versorgungsformen dar mit dem Ziel, eine Balance zwischen Selbstständigkeit, Teilhabe und Lebensweltorientierung bei maximaler Versorgungssicherheit zu gewährleisten (Kremer-Preiß et al., 2021). Darunter fallen z. B. Wohngemeinschaftskonzepte, Mehrgenerationenwohnen, Pflege- und Hausgemeinschaften und verschiedene Quartierskonzepte. Diese sogenannten „neuen Wohn- und Versorgungsformen“ werden meist im Rahmen von Modellprojekten entwickelt, gefördert und implementiert. Eine Evaluation der Projekte, welche im Rahmen des Modellprogramms „Weiterentwicklung neuer Wohnformen für pflegebedürftige Menschen“ vom GKV-Spitzenverband durchgeführt wurde, kommt zu dem Ergebnis, dass Qualität, Nutzer:innenzufriedenheit sowie Nachfrage für eine Zukunftsfähigkeit dieser neuen Wohnformen spricht, die aktuellen Versorgungsstrukturen jedoch eine große Herausforderung für die Wirtschaftlichkeit und Rechtssicherheit darstellen (GKV-Spitzenverband, 2019).

Die Datenlage zu den neuen Wohnformen ist aufgrund der undefinierten Begrifflichkeiten und mangelnder struktureller Verankerung unübersichtlich und dünn. Gemeinschaftliche Wohnformen gewinnen jedoch zunehmend an Bedeutung und die Zahl gemeinschaftlicher Wohnprojekte steigt (Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung [BBSR], 2014). Eine Erhebung des Bundesverbands Freier Immobilien- und Wohnungsunternehmen (BFW) aus dem Jahre 2008 geht davon aus, dass ca. 2 % der über 65-jährigen Bevölkerung im Betreuten Wohnen lebt und jeweils weniger als 1 % dieser Altersgruppe in gemeinschaftlichem Wohnen bzw. Pflegewohngruppen wohnt (BFW zitiert nach Kremer-Preiß et al., 2011, S. 27). Wie hoch der Anteil an pflegebedürftigen Menschen ist, die in diesen neuen Wohnformen versorgt werden, ist daraus nicht abzulesen. Es wird jedoch davon ausgegangen, dass das Interesse an diesen Wohnformen weiter steigt (ebenda).