

Franz Waldenberger · Gerd Naegele ·
Hiroko Kudo · Tomoo Matsuda *Hrsg.*

Alterung und Pflege als kommunale Aufgabe

Deutsche und japanische
Ansätze und Erfahrungen

OPEN ACCESS



Springer VS

Dortmunder Beiträge zur Sozialforschung

Reihe herausgegeben von

Martina Brandt, Fakultät Sozialwissenschaften, TU Dortmund, Dortmund, Nordrhein-Westfalen, Deutschland

Ellen Hilf, Sozialforschungsstelle Dortmund, Landesinstitut, Dortmund, Deutschland

Hartmut Hirsch-Kreinsen, Wirtschafts- und Industriesoziologie, TU Dortmund, Darmstadt, Deutschland

Ronald Hitzler, Lehrstuhl für Allgemeine Soziologie, TU Dortmund, Dortmund, Deutschland

Jürgen Howaldt, Wirtschafts- und sozialwissenschaftlichen Fakultät, TU Dortmund, Dortmund, Deutschland

Gerhard Naegele, Institut für Gerontologie, TU Dortmund, Dortmund, Deutschland

Monika Reichert, Fakultät Sozialwissenschaften, TU Dortmund, Dortmund, Deutschland

Christoph Strünck, Institut für Gerontologie, TU Dortmund, Dortmund, Nordrhein-Westfalen, Deutschland

Vor dem Hintergrund sich verschärfender sozialer Risiken und demografischer Herausforderungen sowie einer beschleunigten Veränderungsdynamik in Wirtschaft, Gesellschaft und Kultur wächst ganz offensichtlich das Bewusstsein eines nur eingeschränkten Problemlösungspotenzials etablierter Steuerungs- und Problemlösungsroutinen. Je weiter Gesellschaft, Wirtschaft, Kultur, die natürliche Umwelt, die Arbeits- und Lebenswelt von technischen Innovationen durchdrungen und in hohem Tempo umgestaltet werden, umso mehr gewinnen soziale Innovationen an Bedeutung und öffentlicher Aufmerksamkeit. Mit dem verstärkten Fokus auf soziale Innovationen tritt aber die mit den Sozialwissenschaften verbundene Reflexions- und Gestaltungskompetenz stärker in den Vordergrund. Zu einer der aktuell wie künftig zentralen gesellschaftlichen Gestaltungsaufgaben gehört der demografische Wandel. Seine Auswirkungen sind vielschichtig. Neben der Bevölkerungsstruktur betreffen die Veränderungen den Arbeitsmarkt, die kommunale Infrastruktur, die Gesundheitsversorgung und das soziale Zusammenleben in der Gesellschaft. Die Dortmunder Beiträge zur Sozialforschung versammeln wissenschaftliche Publikationen, die sich mit den damit verbundenen Fragen auseinandersetzen. Die Herausgeber/innen repräsentieren mit der Sozialforschungsstelle Dortmund und der Dortmunder sozialen Gerontologie an der Technischen Universität Dortmund zwei traditionsreiche Einrichtungen und Standorte sozialwissenschaftlicher Forschung in Deutschland. Sie bilden zugleich einen wichtigen Bestandteil der an der TU Dortmund vertretenen Sozialwissenschaften.

Franz Waldenberger · Gerd Naegele ·
Hiroko Kudo · Tomoo Matsuda
(Hrsg.)

Alterung und Pflege als kommunale Aufgabe

Deutsche und japanische Ansätze
und Erfahrungen

 Springer VS

Hrsg.

Franz Waldenberger
Deutsches Institut für Japanstudien
Tokyo, Japan

Hiroko Kudo
Faculty of Law, Chuo University
Hachioji, Japan

Gerd Naegele
Institut für Gerontologie, TU Dortmund
University
Dortmund, Deutschland

Tomoo Matsuda
Mitsubishi Research Institute (MRI)
Tokyo, Japan



ISSN 2626-0344 ISSN 2626-0360 (electronic)
Dortmunder Beiträge zur Sozialforschung
ISBN 978-3-658-36843-2 ISBN 978-3-658-36844-9 (eBook)
<https://doi.org/10.1007/978-3-658-36844-9>

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© Der/die Herausgeber bzw. der/die Autor(en) 2022. Dieses Buch ist eine Open-Access-Publikation. **Open Access** Dieses Buch wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Die in diesem Buch enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der 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.

Die Wiedergabe von allgemein beschreibenden Bezeichnungen, Marken, Unternehmensnamen etc. in diesem Werk bedeutet nicht, dass diese frei durch jedermann benutzt werden dürfen. Die Berechtigung zur Benutzung unterliegt, auch ohne gesonderten Hinweis hierzu, den Regeln des Markenrechts. Die Rechte des jeweiligen Zeicheninhabers sind zu beachten.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag, noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Planung/Lektorat: Stefanie Eggert

Springer VS ist ein Imprint der eingetragenen Gesellschaft Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH und ist ein Teil von Springer Nature.

Die Anschrift der Gesellschaft ist: Abraham-Lincoln-Str. 46, 65189 Wiesbaden, Germany

Vorwort

Die Idee zu dieser Publikation entstand 2019. Ursprünglich planten wir, die Beiträge der deutschen und japanischen Autor:innen auf einer Konferenz in Tokyo zu diskutieren und im Anschluss daran zu veröffentlichen. Die Pandemie machte uns leider einen Strich durch die Rechnung, sodass wir das Vorhaben umstellen mussten. Wir haben also die Publikation vorgezogen und hoffen, diese im Rahmen einer gemeinsamen Tagung noch in 2022 einem breiteren Publikum zur Diskussion stellen zu können.

Die hier zusammengetragenen Ergebnisse sind sowohl für Japan als auch für Deutschland relevant, weshalb wir uns entschlossen haben, sie in beiden Sprachen zu publizieren. Die deutsche Fassung wird zudem *open access* verfügbar sein. Dem deutschen Band wird in Kürze eine japanische Version folgen.

Eine Veröffentlichung in zwei Sprachen erfordert bekanntlich mehr Zeit und mehr Budget. Dank der finanziellen Unterstützung durch das Deutsche Institut für Japanstudien war es uns möglich, die in der Muttersprache der Autor:innen verfassten Texte mit professioneller Unterstützung in die jeweils andere Sprache zu übersetzen. Dem Übersetzerteam um Ilka Hagiwara sei auf diesem Wege noch einmal ganz herzlich für die ausgezeichnete Arbeit gedankt. Bei der Übertragung der japanischen Abbildungen ins Deutsche und deren NeufORMATIERUNG halfen uns Stefanie Haas und Luise Kahlow. Was die Zeit betrifft, so müssen wir uns vor allem bei unseren Autor:innen bedanken. Sie haben unserem Projekt nicht nur trotz der Umstellung die Treue gehalten, sondern geduldig auf dessen Fertigstellung gewartet.

Nicht zuletzt gilt unser Dank unserem japanischen Mitherausgeberteam, Hiroko Kudo und Tomoo Matsuda, für die angenehme und stets zuverlässige Zusammenarbeit.

Tokyo
Köln
im Dezember 2021

Franz Waldenberger
Gerd Naegel

Redaktionelle Hinweise

Für mehrgeschlechtliche Bezeichnungen verwenden wir den Doppelpunkt im Wortinnern. Auch wenn diese Schreibweise (noch) nicht Teil des Amtlichen Regelwerks ist, wird sie inzwischen neben alternativen Kennzeichnungen, wie „/“ oder „*“, im deutschen Hochschulsystem zunehmend empfohlen.

Die Umschrift japanischer Wörter in lateinische Schrift erfolgte nach den Regeln des revidierten Hepburn-Systems.

Japanische Namen sind in der Reihenfolge Vorname Nachname wiedergegeben, da deutsche Leser mit der im Japanischen üblichen umgekehrten Reihenfolge oft nicht vertraut sind.

Der Yen-Euro Wechselkurs unterliegt häufigen Schwankungen. Daher haben wir darauf verzichtet, die Yen-Werte im Text direkt umzurechnen. Als grobe Orientierung kann der Umrechnungskurs 120 Yen \triangleq 1 Euro dienen.

Inhaltsverzeichnis

Einleitung zu Alterung und Pflege als kommunale Aufgabe	1
Franz Waldenberger, Gerd Naegele, Hiroko Kudo und Tomoo Matsuda	
Teil I Die Rolle der Kommunen in Japan und Deutschland im Bereich der Pflege	
Die Rolle der Kommunen in der gesetzlichen Pflegeversicherung in Japan	21
Hiroshi Yoshida	
Zuständigkeiten der deutschen Kommunen auf dem Gebiet der Langzeitpflege – aktuelle Lage und Probleme	41
Gerhard Igl	
Die Rolle der Kommunen – zusammenführende Kommentierung	53
Gerd Naegele	
Teil II Zivilgesellschaft und Inklusion	
Die häusliche Pflege älterer Menschen in Deutschland – eine gesamtgesellschaftliche Herausforderung	63
Gerd Naegele	
Neue Gemeinschaften und neue Rollenverteilung in der japanischen Demenzversorgung – Beispiele guter Praxis	85
Ikuko Fujita	

Die Platinum Society – ein „Rundum-Win-Win-Modell“ für eine alternde Gesellschaft	101
Tomoo Matsuda	
Freiwilliges Engagement älterer Menschen in Deutschland	123
Franz Müntefering	
Zivilgesellschaft und Inklusion – zusammenführende Kommentierung	137
Franz Waldenberger	
Teil III Strategien zur Überwindung des Pflegekräftemangels	
Pflegepersonalmangel in Japan – die Rolle älterer und ausländischer Pflegekräfte	145
Masanobu Masuda	
Zur Situation der Pflegekräfte in Deutschland – Herausforderungen und Lösungsansätze	163
Hildegard Theobald	
Wertschätzung und Unterstützung pflegender Familienangehöriger in Japan	179
Miyoko Motozawa	
Vereinbarkeit von Pflege und Erwerbstätigkeit in Deutschland – Stand und Perspektiven	201
Monika Reichert	
Pflegekräftemangel – zusammenführende Kommentierung	229
Hiroko Kudo	
Teil IV Einsatz digitaler Technologien	
Innovative Pflegesysteme und Technologien für stark gealterte Gesellschaften – Neugestaltung der gesundheitlichen, medizinischen und pflegerischen Versorgung in Japan	239
Toshihiko Hasegawa	
Robotik zur Unterstützung von Menschen im häuslichen Alltag	255
Mihoko Niitsuma	

Autonomie und Selbstbestimmung im Kontext von Community Care – die Bedeutung des sozialen Raums und technischer Assistenzsysteme	273
Cornelia Kricheldorf	
Partizipative Technologieentwicklung – nutzerorientierte Innovationen	293
Claudia Müller	
Digitale Technologien – zusammenführende Kommentierung	311
Tomoo Matsuda	
Teil V Auswirkungen der Covid-19 Pandemie	
Pflege und Unterstützung älterer Menschen in Zeiten von Covid 19 – nationale und kommunale Perspektiven	321
Martina Brandt, Claudius Garten, Miriam Grates, Nekehia T. Quashie, Gerd Naegele und Monika Reichert	
Die Corona-Pandemie im Kontext einer alternden Bevölkerung – Kommunale Selbstverwaltung auf dem Prüfstand	345
Norio Okada	

Herausgeber- und Autorenverzeichnis

Über die Herausgeber

Prof. Dr. Franz Waldenberger ist Direktor des Deutschen Instituts für Japanstudien (DIJ) in Tokio. Er ist von der Universität München beurlaubt, wo er eine Professur für Japanische Wirtschaft innehat. Seine Forschungsschwerpunkte sind die japanische Wirtschaft, Corporate Governance und Human Resource Management. Zu seinen jüngsten Veröffentlichungen gehören Governance, Risk and Financial Impact of Mega Disasters. Lessons from Japan, 2019 (Springer Nature), gemeinsam herausgegeben mit A. Kamesaka, und “The Future of Financial Systems in the Digital Age: Perspectives from Europe and Japan”, 2022 (Springer Nature), gemeinsam herausgegeben mit Markus Heckel.

Prof. Dr. Gerd Naegele war bis zu seiner Emeritierung Professor für Soziale Gerontologie an der Technischen Universität (TU) Dortmund und Direktor des Instituts für Gerontologie der TU Dortmund. Derzeit arbeitet er als Senior Researcher an seinem ehemaligen Institut und ist in der wissenschaftlichen Politikberatung zum Thema „Alternde Gesellschaft“ tätig. Er ist Gastprofessor an der Akdeniz Universität in Antalya/Türkei und an der Taipei Medical University/Taiwan. Zu seinen Forschungsschwerpunkten gehören Sozialpolitik, demografischer Wandel, Pflegepolitik, Sozialdienstleistungen und die Situation älterer Arbeitnehmer. Zu seinen jüngsten Veröffentlichungen zählen „Sozialpolitik und soziale Lage in Deutschland“, 2 Bände (zusammen mit G. Bäcker und R. Bispinck) und „Alte und neue soziale Ungleichheiten bei Berufsaufgabe und Rentenübergang“ (zusammen herausgegeben mit M. Hess) beide erschienen bei Springer VS.

Prof. Dr. Hiroko Kudo ist Professorin für öffentliche Politik und Management an der juristischen Fakultät der Chuo-Universität und Gastprofessorin an der Graduate School of Public Policy der Universität Tokio. Zu ihren Forschungsschwerpunkten gehören evidenzbasierte Politikgestaltung, Koproduktion bei der Erbringung öffentlicher Dienstleistungen, Smart City und digitale Governance sowie die alternde Gesellschaft. Zu ihren jüngsten Publikationen zählt “Digital Governance as Alternative Public Service Delivery: From e-government to government digital services”, in J. Nemeč, V. Potier and M. S. de Vries (eds.), *Alternative Service Delivery*, IASIA/IIAS, (2018).

Tomoo Matsuda ist Forschungsdirektor des Mitsubishi Research Institute und Gastprofessor an der Universität Kochi. Er ist Absolvent der juristischen Fakultät der Keio-Universität. Zu seinen Hauptforschungsthemen gehören die aktive, alternde Gesellschaft und die Revitalisierung lokaler Gemeinden. Er hat zahlreiche Forschungsprojekte mit dem öffentlichen und privaten Sektor durchgeführt und war Ausschussmitglied des Ageing Society Forum des Cabinet Office. Er ist Autor von “Bright reverse shift from Tokyo to the rural areas”, 2020, und “The Japan style of continuing care retirement community”, 2017.

Autorenverzeichnis

Martina Brandt TU Dortmund, Dortmund, Deutschland

Ikuko Fujita Sanyo-Gakuen University, Okayama, Japan

Claudius Garten TU Dortmund, Dortmund, Deutschland

Miriam Grates TU Dortmund, Dortmund, Deutschland

Toshihiko Hasegawa Future Health Research Institute, Tsukuba, Japan

Gerhard Igl ehem. Universität Kiel, Kiel, Deutschland

Cornelia Kricheldorf Katholische Hochschule Freiburg (em.), Freiburg im Breisgau, Deutschland

Hiroko Kudo Faculty of Law, Chuo University, Hachioji, Japan

Masanobu Masuda Tokyo Online University, Tokyo, Japan

Tomoo Matsuda Mitsubishi Research Institute, Tokyo, Japan

Miyoko Motozawa University of Tsukuba, Tsukuba, Japan

Claudia Müller Universität Siegen, Siegen, Deutschland

Franz Müntefering Ehemaliger Landes- und Bundesminister sowie Präsident der Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen, Deutsches Institut für Japanstudien, Tokyo, Japan

Gerd Naegele Institut für Gerontologie, TU Dortmund, Dortmund, Deutschland

Mihoko Niitsuma Chuo University, Tokyo, Japan

Norio Okada Kwasei Gakuin University, Nishinomiya, Japan

Nekehia T. Quashie University of Rhode Island, Rhode Island, US

Monika Reichert TU Dortmund, Dortmund, Deutschland

Hildegard Theobald Universität Vechta, Vechta, Deutschland

Franz Waldenberger Deutsches Institut für Japanstudien, Tokyo, Japan

Hiroshi Yoshida Tohoku University, Sendai, Japan



Einleitung zu Alterung und Pflege als kommunale Aufgabe

Franz Waldenberger, Gerd Naegele, Hiroko Kudo
und Tomoo Matsuda

1 Demografischer Wandel als globale Herausforderung

Der demografische Wandel ist ein globaler Trend, der neben dem Klimawandel und der digitalen Transformation die Entwicklung unserer Gesellschaften auf lange Sicht prägen wird. Die ihn treibenden Faktoren, nämlich eine steigende Lebenserwartung und eine deutlich unter dem Reproduktionswert liegende

F. Waldenberger (✉)
Deutsches Institut für Japanstudien, Tokyo, Japan
E-Mail: waldenberger@dijtokyo.org

G. Naegele (✉)
Institut für Gerontologie, TU Dortmund, Dortmund, Deutschland
E-Mail: gdnaegele@t-online.de

H. Kudo
Faculty of Law, Chuo University, Hachioji, Japan
E-Mail: hirokokd@tamacc.chuo-u.ac.jp

T. Matsuda
Mitsubishi Research Institute (MRI), Tokyo, Japan
E-Mail: tmatsu@mri.co.jp

Fertilitätsrate¹, sind grundsätzlich positiv zu bewerten, da ein längeres Leben ebenso wünschenswert ist wie die friedliche Lösung des globalen Problems der Überbevölkerung. Dennoch, und hier liegt das Problem, stellt die demografische Entwicklung für unsere Gesellschaften eine große Herausforderung dar, da sie eine Vielzahl neuer sozialer Problemlagen aufwirft und erhebliche Anpassungen in quasi allen Lebensbereichen erfordert.

Die Herausforderung besteht dabei nicht darin, dass der Wandel schwer prognostizierbar wäre. Im Gegenteil, er lässt sich relativ leicht auf lange Sicht vorausberechnen, da sich demografische Prozesse relativ langsam vollziehen und zudem durch nur wenige Parameter wie Fertilitätsrate, Lebenserwartung und Migration bestimmt sind, wobei sich letztere global betrachtet sogar aufhebt, da negativen Wanderungssalden in der Summe gleichgroße positive Salden gegenüberstehen. Die Herausforderung besteht vielmehr erstens darin, dass die Anpassungen so viele Bereiche betreffen und dass wir es zweitens mit einem gänzlich neuen Phänomen zu tun haben. Es gibt dazu keine historischen Parallelen, schon gar nicht mit Blick auf Bewältigungsstrategien.

Der erste Grund macht den demografischen Wandel zu einer gesamtgesellschaftlichen Aufgabe. Sie erfordert ganzheitliche Lösungen, die alle tangierten gesellschaftlichen Bereiche berücksichtigen. Der zweite Grund bedeutet, dass wir erst im Zuge des Wandels lernen können, damit umzugehen. Dabei hilft es, dass verschiedene Länder und Regionen unterschiedlich bzw. zeitlich versetzt davon betroffen sind, denn damit besteht prinzipiell die Möglichkeit des voneinander Lernens durch den Austausch von Lösungsansätzen und Erfahrungen. Auch wenn eine direkte Übertragung aufgrund unterschiedlicher Rahmenbedingungen oft nicht möglich sein wird, so kann ein solcher Austausch nützlich sein. Er hilft einerseits, den Einfluss eben dieser Rahmenbedingungen und die sich damit verbindenden eigenen Stärken und Schwächen besser zu verstehen. Andererseits bietet er Hinweise auf neue Ideen und auch Anregungen, diese aufzugreifen und für den eigenen Kontext zu adaptieren. Mehr dazu am Ende dieser Einleitung.

Die Beiträge in diesem Band untersuchen, wie Deutschland und Japan den demografischen Wandel zu bewältigen versuchen. Beide Länder zählen

¹Allgemein ist eine Fertilitätsrate von 2,1 erforderlich, um die Bevölkerungszahl stabil zu halten. In Deutschland liegt der Wert seit 25 Jahren unter 1,6. In Japan im gleichen Zeitraum sogar unter 1,5. Der OECD Durchschnitt sinkt seit 1970 kontinuierlich, unterschritt 1984 erstmals den Wert von 2,1 und liegt inzwischen unter 1,7 (<https://data.oecd.org/pop/fertility-rates.htm>).

bekanntlich zu den Vorreitern bei der demografischen Entwicklung, die sich insbesondere in einer raschen Alterung ihrer Bevölkerung äußert. Japan befindet sich inzwischen bereits in der Phase eines sich beschleunigenden Bevölkerungsrückgangs. Dagegen konnte in Deutschland die anhaltend niedrige Geburtenrate durch eine hohe Nettozuwanderung bislang kompensiert werden.

2 Inklusion und Pflege als gesamtgesellschaftliche Herausforderungen im demografischen Wandel

Die Gegenüberstellung fokussiert auf zwei wesentliche Demografie bedingte Herausforderungen. Die erste Herausforderung betrifft die gesellschaftliche Integration älterer Menschen nach Eintritt in den sogenannten Ruhestand, wenn die durch die Ausübung einer berufsbezogenen Beschäftigung geförderte gesellschaftliche Teilhabe nicht mehr gegeben ist. Gesellschaftliche Integration wird mit zunehmendem Alter und den damit einhergehenden körperlichen und gesundheitlichen Einschränkungen, die dann oft auch zu einer Pflegebedürftigkeit führen können, zunehmend schwieriger.

Soziale Inklusion fördert nicht nur Wohlbefinden und Zufriedenheit aufseiten der älteren Menschen, sondern trägt auch zur Erhaltung ihrer physischen und psychischen Gesundheit bei, was wiederum hilft, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu mindern und somit die nationalen Pflegesysteme zu entlasten. Beide hier untersuchten Länder haben gleichermaßen mit dem Kostendruck stark steigender Prävalenzraten zu kämpfen. Der vorliegende Band belegt für beide Länder, dass die aktive gesellschaftliche Teilhabe älterer Menschen, z. B. im Rahmen von freiwilligem sozialem oder politischem Engagement, die intergenerationale Solidarität stärkt. Die in dieser Form erbrachten Leistungen kommen wiederum der Gesellschaft selbst zugute. Japanische Kolleg:innen sprechen in diesem Zusammenhang von einer dreifachen Gewinnkonstellation (siehe den Beitrag von Matsuda). Dies gilt insbesondere für die kommunale Ebene, da hier die gesellschaftsbezogenen Leistungen vor allem im sozialen Nahraum in besonderem Maße nachgefragt werden. Von einer gelungenen, möglichst langen gesellschaftlichen Integration Älterer profitieren also sowohl die Betroffenen, die Gesellschaft und nicht zuletzt auch die Pflegesysteme.

Vor diesem Hintergrund wird als zweite Herausforderung in dem vorliegenden Band die Pflege thematisiert. Pflegebedürftigkeit kann heute mit als der wichtigste gesellschaftliche Exklusionsfaktor in alternden Gesellschaften gelten. In Deutschland hat die Pandemie das erneut deutlich gemacht. An dieser Einschätzung ändert auch der hierzulande mittlerweile weit verbreitete, eine positive

Sicht und Einschätzung der demografischen Entwicklung assoziierende Slogan einer „Gesellschaft des längeren Lebens“ nichts Grundlegendes.

Im Vordergrund steht das Ziel, pflegebedürftigen älteren Menschen möglichst lange ein selbst bestimmtes Leben in ihrer vertrauten Umgebung zu ermöglichen. Für beide Länder gilt gleichermaßen, dass die damit verbundenen Aufgaben im Zuge zunehmender Alterung und Alterspflegebedürftigkeit nicht mehr von Familien und staatlichen Pflegesystemen allein erfüllt werden können; zumal noch, wenn – wie in Japan besonders ausgeprägt – der soziale und wirtschaftliche Wandel die jüngere Generation zu regionaler Mobilität zwingt, was die Bereitstellung unmittelbarer familiärer Hilferessourcen erschwert. Vielmehr sind hier zunehmend nachbarschaftliche Lösungen bzw. lokale Gemeinschaften und zivilgesellschaftliches Engagement gefordert. Dabei stellt sich nicht nur die Frage, wie entsprechende Initiativen gefördert, sondern auch wie sie koordiniert und nachhaltig gestaltet werden können. Dazu liefert dieser Band aus beiden Ländern gute Beispiele.

3 Themenfelder und Gestaltungsbereiche dieses Bandes

Die Ansätze, die Deutschland und Japan bei der Bewältigung der gesellschaftlichen Integration älterer Bürger:innen und der diese gefährdende Sicherstellung von pflegerischer Versorgung verfolgen, und die Erfahrungen, die sie damit gemacht haben, werden im Hinblick auf vier eng miteinander verbundene Themenfelder und Gestaltungsbereiche untersucht²: Kommunalpolitik, zivilgesellschaftliches Engagement, Pflegepersonalpolitik und digitale Technologien. Aus gegebenem Anlass wird in einer gesonderten fünften Sektion auch auf die Auswirkungen der aktuellen Pandemie auf die Lage älterer Menschen eingegangen.

Auch in global vernetzten und zunehmend virtuell agierenden Gesellschaften spielt sich ein essentieller Teil des Lebens letztlich auf lokaler Ebene ab. Hier treten die gesellschaftlichen Auswirkungen des demografischen Wandels unmittelbar zutage, und hier müssen die Herausforderungen der Integration und

²Damit ist natürlich bei weitem nicht der gesamte Handlungsraum in Bezug auf Anpassungsbedarfe bzw. Lösungsstrategien abgedeckt. Eine umfassendere, hier nicht zu leistende Gesamtdarstellung müsste insbesondere noch den Bildungsbereich, die Arbeitswelt sowie das Finanz- und Steuersystem behandeln.

Versorgung bewältigt werden. Dies wird letztlich von den Bürger:innen auch so erwartet. Die wichtigsten Akteure sind dabei die kommunale Politik und ihre Verwaltungen (vgl. Naegele, 2013). Die von ihnen zu leistenden Aufgaben und die ihnen verfügbaren Ressourcen und Gestaltungsmöglichkeiten leiten sich aus ihren durch die staatliche Verfassung zugewiesenen Zuständigkeiten im öffentlichen Sozial-, Verwaltungs- und Steuersystem ab. In Japan verfügen die Kommunen als Träger der staatlichen Langzeitpflegeversorgung über deutlich mehr Kompetenzen und Pflichten als in Deutschland, wo die Pflegekassen letztendlich „das Sagen“ über die eigentliche Versorgungssituation haben. Die Beiträge in Teil 1 stellen dies im Detail dar und erörtern dabei auch kritisch die Implikationen für die konkrete Ausgestaltung vor Ort. Es gibt in Deutschland nicht wenige Expert:innen, die in diesem Zusammenhang eine „Funktionssperre der Kommunen“ beklagen.

Das zweite, für die Sicherstellung der sozialen Teilhabe zunehmend wichtiger werdende Handlungsfeld, das im Besonderen, wenn auch nicht ausschließlich, auf der kommunalen Ebene zum Tragen kommt, betrifft das zivilgesellschaftliche Engagement. Es ist in zweifacher Hinsicht für die Bewältigung der beiden in diesem Band thematisierten zentralen Herausforderungen von Bedeutung. Zum einen beschreibt zivilgesellschaftliches Engagement ein Tätigkeitsfeld, in dem sich älterer Menschen für die Gesellschaft einbringen und am gesellschaftlichen Leben teilhaben können. Zum anderen wird älteren Menschen gesellschaftliche Teilhabe durch den unentgeltlichen Einsatz anderer oft erst ermöglicht. Die jeweiligen Bereiche und Ausgestaltungsformen unterscheiden sich teilweise, da sie stark durch das historisch gewachsene soziale, ökonomische und kulturelle Umfeld geprägt sind. Die Gegenüberstellung der Beiträge in Teil 2 macht dies deutlich. Während in Deutschland Kirchengemeinden, Vereine, Verbände und politische Parteien, also bereits etablierte Institutionen, eine wichtige Rolle spielen, sind es in Japan meist zweckgerichtete Freiwilligenvereinigungen und Einzelinitiativen, die oft eng mit kommunalen Einrichtungen zusammenarbeiten.

Die Deckung des konkreten Pflegebedarfs erfordert vor allem personelle Ressourcen. Gemeint sind damit zunächst Personen, die beruflich häusliche, ambulante oder stationäre Pflegeleistungen erbringen. Aufgrund ihrer Qualifikation und der Planbarkeit ihres zeitlichen Einsatzes stellt diese Gruppe der professionellen Fachkräfte das Fundament einer jeden pflegerischen Versorgung dar. Wie die Beiträge in Teil 3 verdeutlichen, stellt der Personalmangel in den Pflegeberufen die Pflegesysteme in Deutschland und Japan schon heute vor große Herausforderungen. Während Deutschland zumindest zurzeit noch von dem Angebot ausländischer Arbeitskräfte vor allem aus dem osteuropäischen EU-

Ausland profitiert,³ macht Japan von der Möglichkeit einer Beschäftigung ausländischer Pflegekräfte bislang nur sehr begrenzt Gebrauch.

Neben der professionellen Pflege sind beide Länder auch auf den Einsatz von Personen aus dem familiären Umfeld angewiesen. Im Ergebnis sind dies meist Frauen. Dabei stellt sich die grundsätzliche Frage, in welcher Form und in welchem Umfang eine Gesellschaft die in der Pflege von Familienangehörigen erbrachten Leistungen anerkennt. Zunehmende Beachtung findet in beiden Ländern außerdem das Problem der Vereinbarkeit von Pflege und eigener Erwerbstätigkeit. Allerdings sehen die Unternehmen in beiden Ländern hier erst sehr zögerlich ein eigenes Handlungsfeld. Aufgrund des Fachkräftemangels und zunehmend fehlender professioneller wie familiärer Unterstützung vor Ort muss zur Absicherung pflegerischer Versorgungsbedarfe mehr und mehr die lokale Gemeinschaft eingebunden werden. Gemeint ist damit auch zivilgesellschaftliches Engagement, wobei dieses gezielt durch kommunalpolitische Maßnahmen ergänzt und koordiniert bzw. gesteuert werden muss.

Die Verbreitung digitaler Technologien wirft im Hinblick auf die soziale Integration älterer Menschen zunächst ein neues Problem auf, nämlich die Gefahr einer digitalen Abkoppelung bzw. eines „digital divide“ zwischen denen, die mit den neuen Technologien umgehen können, und denen, die dies ablehnen oder nicht können (Merkel et al., 2019). Je mehr sich das gesellschaftliche Leben in virtuelle Räume verlagert, umso mehr wird die letztere Gruppe ausgeschlossen. Es geht hier nicht nur um die Partizipation in sozialen Medien, sondern auch um die Erledigung digitaler Prozesse im Bereich der öffentlichen Verwaltung und die digitale Nutzung privater Dienstleistungen. Digitale Technologien bieten allerdings auch große Chancen für die Sicherung gesellschaftlicher Teilhabe und pflegerischer Versorgung älterer Menschen. Die digitale Vernetzung erleichtert die Kontaktpflege und den persönlichen Austausch über Distanzen hinweg. Für digitale Technologien gibt es zudem zahlreiche Einsatzfelder in der Pflege, um Arbeitsprozesse zu verbessern und Pflegepersonal zu entlasten, aber auch im Gesundheitsmanagement und bei der Vermeidung bzw. Minderung von Pflegebedürftigkeit. Teil 4 setzt sich mit den im Zuge der Digitalisierung in Bezug auf Alterung und Pflege auftretenden Risiken und Chancen aus deutscher und japanischer Sicht auseinander, zeigt aber auch, dass viele Potenziale zwar inzwischen erkannt, aber bei weitem noch nicht erschlossen sind.

³Die Migration von Pflegekräften kann zwar zur Lösung von Problemen im Zielland beitragen, verschärft auf längere Sicht aber die Versorgungslage im Herkunftsland (für viele andere vgl. z. B. Straubhaar, 2013).

Die Ideen zu diesem Publikationsprojekt entstanden 2019. Für 2020 war ein Symposium geplant, auf dem sich die Autor:innen zu den einzelnen Themenfeldern vor der schriftlichen Ausarbeitung ihrer Beiträge austauschen sollten. Leider fiel die Planung dem Ausbruch der Covid-19 Pandemie zum Opfer. Alle Beteiligten erklärten sich jedoch bereit, ihre Vorträge für das Publikationsprojekt zu verschriftlichen. Dafür danken wir ihnen an dieser Stelle noch einmal ausdrücklich. Aber die Pandemie hatte auch inhaltlich Auswirkungen auf die hier behandelte Thematik. Ältere Menschen sind im Falle einer Ansteckung besonders gefährdet, da bei ihnen die Krankheit mit höherer Wahrscheinlichkeit einen schweren oder gar tödlichen Verlauf nehmen kann. Die gesundheitspolitisch motivierten Distanzregeln treffen Seniorenhaushalte in besonderem Maße. Sie sind von Bewegungseinschränkungen und Isolation physisch und mental besonders stark betroffen. Schließlich beeinträchtigt die Pandemie auch die pflegerische Versorgung, da besondere Vorsichtsmaßnahmen erforderlich werden, Pflegepersonal im Fall einer Infektion ausfällt und von Infektionen befallene Pflegeeinrichtungen möglicherweise den Betrieb ganz einstellen müssen. In Teil 5 werden die Auswirkungen der Pandemie auf die Lage älterer Menschen und die pflegerische Versorgung in Japan und Deutschland sowie diesbezügliche Maßnahmen und Erfahrungen erörtert. Angesichts der Tatsache, dass die Pandemie Mitte 2021 bei Weitem noch nicht überstanden war und inzwischen zu teilweise neuen Herausforderungen und Belastungen geführt hat, können die Beiträge natürlich keine abschließende Darstellung und Bewertung liefern.

4 Ländervergleich als Dialog

Erkenntnisprozesse basieren auf der einen oder anderen Weise immer auf Vergleichen.⁴ Neue Informationen verarbeiten wir, indem wir sie mit dem, was wir schon wissen, vergleichen. Dabei können drei Ergebnisse auftreten: Die neue Information bestätigt, was wir schon wissen, sie erweitert unser vorhandenes Wissen auf konsistente Art und Weise, oder sie steht dazu in Widerspruch und fordert zu weiteren Fragen und Untersuchungen heraus, die gegebenenfalls zur Revision von Wissen führen können.

Der in dem vorliegenden Band vorgenommene Ländervergleich beschreibt in diesem Zusammenhang ein recht komplexes Vorhaben, das aber typisch für

⁴Aus methodischer und multidisziplinärer Perspektive befasst sich hiermit der von James Sidaway und Franz Waldenberger organisierte Wissenschaftsblog „Comparing Comparisons“ (<https://trafo.hypotheses.org/category/series/comparing-comparisons>).

die komparative sozialwissenschaftliche Forschung ist. Vergleichende Analysen haben in der mit Japan befassten deutschen sozialwissenschaftlichen Forschung Tradition. Die dabei tangierten, grundlegenden methodisch-theoretischen Fragen und die damit verbundenen Möglichkeiten und Grenzen des Vergleichs sind hinreichend bekannt.

Dies gilt in besonderer Weise für die häusliche Pflege. Shimada und Tagshold (2006) nehmen hierzu eine relativierende, aber im Kern optimistische Position ein, indem sie betonen „... *the task that remains for researchers designing (interkulturell vergleichende) projects is to strike the right balance between nation-centered thinking and other approaches*“. Dagegen verweisen Rieger und Leibfried (2004) explizit auf die „*grundlegende Andersartigkeit*“ der wohlfahrtsstaatlichen Entwicklung in deutschen und ostasiatischen Wohlfahrtssystemen, die sie insbesondere auf den Einfluss der Religion zurückführen. Während das bundesdeutsche Sozialregime stark von der christlichen Sozialethik und dabei insbesondere vom Subsidiaritätsprinzip geprägt ist, das eine Vorrangstellung für die jeweils „*stärkere Einheit*“ betont und dabei eine „*öffentliche Vorleistungsverpflichtung*“ postuliert (Nell-Breuning, 1976), die aber auch einen Wohlfahrts- und Versorgungsmix zwischen öffentlichen und informellen Akteuren zulässt (Heinze, 1986), kann die Entwicklung ostasiatischer Wohlfahrtssysteme nicht ohne die Rolle des Konfuzianismus erklärt werden. Dieser postuliert insbesondere innerfamiliäre Verpflichtungen bei der Unterstützung hilfe- und pflegebedürftiger Angehöriger (Rieger & Leibfried, 2004). Shimada und Tagshold (2006) argumentieren dagegen, dass es sich kulturvergleichende Arbeiten, die in der Analyse der pflegerischen Versorgung primär auf den Einfluss der Religion fokussieren, zu einfach machen, weil sie andere kulturspezifische, nicht-religiöse Kontexte zu wenig einbeziehen.

Wir stimmen Shimada und Tagshold grundsätzlich zu, haben für dieses Publikationsprojekt jedoch bewusst einen eher pragmatischen Vergleichs-ansatz gewählt. Der Erkenntnisprozess einer vergleichenden Forschung, die beiden Kulturkreisen gleichermaßen Rechnung zu tragen versucht, entspricht im Grunde dem eines Dialogs. Im Dialog präsentiert jede Seite die Sachverhalte vor dem Hintergrund des eigenen Erfahrungskontextes und der eigenen Interessenlage. Es gibt keine neutrale Position, auf deren Basis eine objektive oder für beide Seiten gleichermaßen maßgebliche Deutung möglich wäre. Stattdessen wird die ausgetauschte Information im jeweils eigenen Kontext gedeutet und mit dem dort verorteten Wissen konfrontiert. Dann wird entschieden, ob man sich entsprechende Einsichten und Erfahrungen zu eigen macht. Dazu muss man gegebenenfalls frühere Einsichten und Erfahrungen revidieren.

Der deutsch-japanische Vergleich zu Alterung und Pflege wird in diesem Band auch dialogisch geführt. Bei der Auswahl der Autor:innen haben wir nicht nur auf Länderparität und themenspezifische Kompetenzen geachtet, uns war es auch wichtig, in der multidisziplinären Zusammenstellung der Verfasser:innen die Mehrdimensionalität des Themas abzubilden. Die Autor:innen wurden gebeten, zu einem Themenfeld bzw. Gestaltungsbereich vor dem Hintergrund ihrer spezifischen Erfahrungen und Interessen einen Beitrag zu verfassen. Wir haben es ihnen dabei bewusst überlassen, die aus ihrer Sicht für ihr Land relevanten Aspekte zu thematisieren. Dies können durchaus Punkte sein, die im anderen Land weniger relevant erscheinen. Aber genau diese unterschiedlichen Gewichtungen sind bei einem Vergleich wichtig. Sie wären bei einer zu engen Vorredaktion unter den Tisch gefallen.

Mit Ausnahme der letzten, gibt es am Ende der ersten vier Sektionen eine zusammenführende Kommentierung der Beiträge. Sie dient dazu, Gemeinsamkeiten und Unterschiede herauszuarbeiten, zu kommentieren und gegebenenfalls um weitere Aspekte zu ergänzen. Diese Aufgabe wurde von jeweils einem der vier Herausgeber:innen übernommen. Insofern fließt auch hier der jeweilige Länderkontext mit ein. Aus diesem Grund scheint es uns sinnvoll, den in den jeweiligen Sektionen geführten Dialog in dem letzten Abschnitt dieses einleitenden Kapitels noch einmal sektionenübergreifend aufzunehmen. Da sich dieser Band primär an ein deutsches Publikum wendet⁵, soll hier speziell auf die aus den Gegenüberstellungen für Deutschland relevanten Erkenntnisse eingegangen werden.

5 Was können wir von Japan lernen?

Japan ist bekannt dafür, dass es sich oftmals „unter Wert verkauft“. Eigenwerbung wird kulturell nicht hochgeschätzt. Im Gegenteil, man betont eher die Fehler oder Mängel und das noch nicht Erreichte. Diese Bescheidenheit trägt mit dazu bei, dass man sich nie zu schade ist, vom Ausland zu lernen. Dabei hat man in der Vergangenheit wie heute immer auch nach Deutschland geschaut. In diesem Band fragen wir umgekehrt: Was kann Deutschland von Japan, als dem

⁵ Die Publikation einer japanischen Version ist vorgesehen.

weltweiten Vorreiter der Bewältigung des demografischen Wandels, lernen? Die vier Herausgeber beantworten diese Frage wie folgt.

Technologiepolitik im Dienst der Demografiepolitik

Japans Vision der „Society 5.0“ gilt allgemein als Antwort auf Deutschlands „Industrie 4.0“ (Waldenberger, 2018). Sie geht allerdings, wie der Name nahelegt, über den industriellen Bereich hinaus, indem sie auf die Lösung gesellschaftlicher Probleme und die Gestaltung wirtschaftlicher Entwicklung durch die Integration von Cyber- und physischer Welt abzielt. Ihr Leitbild ist dabei eine auf den Menschen zentrierte Gesellschaft. Da die zunehmende Alterung eine der drängendsten gesellschaftlichen Herausforderungen für Japan darstellt, sucht die japanische Regierung naheliegender Weise auch hier nach technologiepolitischen Lösungen. „Society 5.0“ stellt Technologiepolitik sozusagen in den Dienst der Demografiepolitik.

Eine derart breite gesellschaftliche Anerkennung findet der demografische Wandel in der deutschen Politik nicht, schon gar nicht als Aufgabe einer eigenständigen Demografiepolitik (Hüther & Naegele, 2013). Dies ist auch im Koalitionsvertrag der neuen Bundesregierung vom November 2021 nicht anders. Obwohl immer noch zweifelsfrei einer der wichtigsten Treiber der gesellschaftlichen Entwicklung in Deutschland, hat das Thema demografischer Wandel hierzulande nur noch wenig Konjunktur. Daher muss die Frage erlaubt sein: Sollte sich Deutschland bei der Gestaltung der digitalen Transformation nicht eher am Leitbild der japanischen „Society 5.0“ orientieren als an dem industriezentrierten Konzept „Industrie 4.0“?

Die nicht nur positiven Erfahrungen Japans zeigen, dass Entwicklung und Einsatz von Technologien kein Selbstzweck sein können. Die Förderung von Forschung und Entwicklung zur Lösung der Probleme einer alternden Gesellschaft muss von Anfang an die Anwenderseite mit einbeziehen. Man darf speziell die staatlich geförderte und daher nicht direkt am Markt orientierte Forschung nicht den Forscher:innen allein überlassen, sonst besteht die Gefahr, dass sie am Bedarf vorbeiläuft. Das gilt erst recht für die Anwendungsebene. Die Bewertung neuer Technologien darf nicht auf angebotsseitige Vorteile, wie Kostenersparnis oder Personalentlastung, reduziert werden, sondern muss die spezifische Situation der zu Pflegenden und deren Selbstbestimmung und Würde berücksichtigen.

Kommunen als zentrale Akteure im Rahmen ganzheitlicher Lösungsansätze

In Japan ist man sich der Bedeutung der lokalen Gebietskörperschaften in Bezug auf die Bereitstellung grundlegender öffentlicher Dienstleistungen bewusst. Dieser Rolle Rechnung tragend wurden die japanischen Kommunen

seit der Meiji-Restauration 1868, die den Aufbau eines modernen Nationalstaats einleitete, mehrfach umfassend reformiert. Die letzten und wahrscheinlich wichtigsten Gebietsreformen waren die Gemeindefusionen der Heisei-Periode, die zwischen 1999 und 2006 durchgeführt wurden und wodurch sich die Zahl der Gemeinden halbierte. Ziel war es, finanziell und personell ausreichend ausgestattete Kommunalverwaltungen zu schaffen. Viele kleine Gemeinden, vor allem in ländlichen Gebieten, litten unter Bevölkerungsrückgang und einer sich beschleunigenden Alterung, wodurch einerseits die öffentlichen Einnahmen sanken, andererseits aber der Bedarf an öffentlichen Dienstleistungen vor allem im Sozialbereich stieg. Mit den Fusionen sollte dieser Entwicklung entgegen gewirkt werden. Die positiven Auswirkungen waren jedoch begrenzt, und weitere Maßnahmen müssen auch künftig ergriffen werden. Es gibt Vorhersagen, dass etwa die Hälfte der Gemeinden im Zuge des Bevölkerungsrückgangs aussterben werden (Masuda, 2014). Auch wenn in Deutschland die Bevölkerungsentwicklung bislang insgesamt relativ stabil verläuft, gibt es auch hierzulande Regionen, die von ähnlichen Entwicklungen wie in Japan betroffen sind. Entsprechend dürften auch hier weitere Gebietsreformen unvermeidlich sein.

Die Stärkung der Rolle der Kommunen in der Gestaltung und Bewältigung des demografischen Wandels ist ein zweites wichtiges „take away“ aus dem Vergleich mit Japan. In der japanischen Pflegeversicherung sind die Kommunen Träger und damit zentrale Akteure und Gestalter der Pflegepolitik vor Ort, was auch von der Wissenschaft in Japan als konsequent richtig konzediert wird. Zwar war die deutsche Pflegeversicherung „Vorbild“ für das japanische Modell, in diesem wichtigen Punkt ist Japan aber Deutschland nicht gefolgt. Die aus der Praxis der japanischen Pflegepolitik vor Ort gewonnen Einsichten machen die nachteiligen Konsequenzen der in Deutschland in diesem Bereich gesetzlich verhängten „Funktionssperre der Kommunen“ deutlich. Sie stützen die von vielen mittlerweile geteilte Forderung, die Rolle der Kommunen in wichtigen sozialen „Anliegen der örtlichen Gemeinschaft“ auf gesetzlicher Grundlage mehr zu stärken.

Das japanische Modell des „Comprehensive Community Based Care Systems“ zeigt die zentrale Rolle, die Kommunen bei der Konzeption und Koordination lokaler Versorgungsleistungen über alle Generationen und Bedürfnislagen hinweg leisten können, wenn ihnen die dazu erforderlichen gesetzlichen Kompetenzen zugestanden werden. Das Modell verdient unbedingt einer Evaluierung hinsichtlich seiner Übertragbarkeit auf deutsche Verhältnisse. Die aktuellen Bemühungen in Deutschland um die Implementierung der im Kern vagen, da im Unkonkreten gebliebenen Idee der „sorgenden Gemeinschaften“ könnten zweifellos sehr davon profitieren.

Bedeutung der Zivilgesellschaft

Die japanischen Beiträge belegen immer wieder, welche Rolle die Zivilgesellschaft bei der Bewältigung der Herausforderungen des demografischen Wandels, speziell auch im Kontext der pflegerischen Versorgung, spielen kann. Ob bei der Gesundheitsförderung und Prävention, ob in intergenerationellen Projekten, als ehrenamtliche Mithelfer:innen in der häuslichen Versorgung Demenzkranker, als Bestandteil eines ganzheitlichen Versorgungskonzepts oder ergänzend zur professionellen wie ambulanten häuslichen Pflege – immer sind es zivilbürgerschaftlich Engagierte, sehr häufig auch Ältere, welche bestehende Versorgungslücken schließen.

Es lohnt sich, die Übertragbarkeit japanischer Initiativen mit Blick auf kommunalpolitische Gestaltungsmöglichkeiten und im Rahmen ganzheitlicher Lösungsansätze zu prüfen, auch wenn sich kulturspezifische und sozio-ökonomische Unterschiede nicht übersehen lassen. Japans Zivilgesellschaft konnte sich einerseits über Jahrhunderte in einem sehr stabilen politischen Umfeld entwickeln. Der Zusammenhalt wurde durch Naturkatastrophen immer wieder aufs Neue herausgefordert. Die dadurch gewonnene Resilienz zeigt sich aktuell auch in der bislang sehr guten Bewältigung der Pandemie. In anderen Ländern, die ähnlich erfolgreich waren, wird dies mit dem starken Vertrauen der Bevölkerung in die politische Führung begründet, was dazu beitrug, dass die von der Politik zur Bekämpfung erlassenen Auflagen im Allgemeinen befolgt wurden. In Japan genießt die Politik kein derart großes Vertrauen. Tatsächlich waren die Maßnahmen der japanischen Regierung zur Bekämpfung der Pandemie viel weniger stringent als in anderen Ländern. Für den Erfolg zeichnet hier eher die Zivilgesellschaft verantwortlich, die mehr oder weniger freiwillig Vorsichtsmaßnahmen befolgte.

Arbeiten im Alter

Auch wenn Arbeiten im Alter kein eigenes Themenfeld ist, wird es doch in mehreren Beiträgen in diesem Band angesprochen. Generell wird Arbeiten im Alter in Japan positiv gesehen. Im Jahr 2019 waren 46,6 % der Japaner zwischen 65 und 69 Jahren erwerbstätig. Dieser Anteil ist seit 2011 stetig gestiegen.⁶ Japan zeichnet sich allgemein durch eine hohe Arbeitsbereitschaft älterer Menschen

⁶Cabinet Office Japan: Annual Report on the Ageing Society. Summary FY 2020 (<https://www8.cao.go.jp/kourei/english/annualreport/2020/pdf/2020.pdf>).

aus. In Deutschland scheint eine solche Einstellung weniger verbreitet. Hier steht man der Arbeit im Alter viel kritischer gegenüber, obwohl bekannt ist, dass Erwerbstätigkeit eine wichtige Form der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ist und mit zu einem erfüllten und gesunden Leben beitragen kann.

Dies gilt natürlich nicht generell, vor allem dann nicht, wenn die Arbeit aufgrund unzureichender finanzieller Absicherung aufgenommen werden muss und mit physischen oder psychischen Belastungen einhergeht (Naegele & Hess, 2020). Wie schon beim Einsatz von Technologien gilt auch im Fall der Erwerbstätigkeit im Alter, dass sie kein Selbstzweck sein kann, und bei einer Bewertung nicht nur der wirtschaftliche Mehrwert, sondern auch die Selbstbestimmung und Würde der Arbeitenden zu berücksichtigen ist.

Der in Japan praktizierte Einsatz von pflegeerfahrenen Senior:innen in der professionellen ambulanten wie stationären Altenpflege verdient im Hinblick auf einen möglichen Beitrag zur Lösung des Pflegepersonalnotstandes in Deutschland eine unvoreingenommene Evaluierung. Auch in anderen Arbeitsmarktsegmenten lohnt es sich, stärker über eine Integration älterer, arbeitswilliger und arbeitsfähiger Senior:innen nachzudenken. Hierbei geht es nicht allein um den Abbau von Altersdiskriminierung und die Schaffung altersgerechter Arbeitsbedingungen. Angesprochen sind damit auch Angebote lebenslangen Lernens und damit verbunden bis ins Alter offene Karrierewege. Japan kann hier in positiver wie in negativer Hinsicht viel Anschauungsmaterial bieten.

Ausländische Pflegekräfte

Dass Japan bei der Bewältigung der demographischen Herausforderung stärker noch als Deutschland technische Lösungen favorisiert, mag daran liegen, dass andere Politikansätze, insbesondere die Einwanderung, nie als reale Option wahrgenommen oder ernsthaft in Betracht gezogen wurden. Die fehlende Unterstützung durch Fachkräfte aus dem Ausland ist ebenfalls mit ein Grund dafür, warum die Pflege von Alten durch Alte in Japan eine so wichtige Rolle im Versorgungssystem spielt. Meist beruht sie nicht auf freiwilligem Engagement, sondern ist den Umständen geschuldet. Wenn beispielsweise ältere Paare allein leben, keine Kinder haben oder von ihren Kindern weit entfernt leben, muss sich der/die gesündere Partner:in um den/die Pflegebedürftige:n kümmern. Auch in Japan pflegen viele über 65-jährige Kinder ihre Eltern. Dies ist oft mit schweren physischen und psychischen Belastungen verbunden.

Deutschland konnte bislang von der Zuwanderung ausländischer Pflegekräfte profitieren. Wesentlich erleichtert wurde dies durch die Osterweiterung der EU und die damit verbundene Freizügigkeit von Arbeitskräften. Wichtig ist außerdem das Einkommensgefälle gegenüber den osteuropäischen EU-Mitgliedstaaten, das

quasi eine Sogwirkung erzeugt. Eine dauerhafte Lösung ist damit allerdings nicht gefunden, denn einerseits verringern sich die Einkommensunterschiede, andererseits altert die Bevölkerung in den Herkunftsländern. Der damit dort ansteigende Bedarf an Pflegepersonal wird das Angebot ebenfalls verknappen. Deutschland sollte sich hierauf frühzeitig vorbereiten.

Eine positive Grundeinstellung fördern

Ein längeres gesundes Leben und ein natürlicher Rückgang der Bevölkerung sind wie eingangs betont positive Begleiterscheinungen des demografischen Wandels. In Japan werden seitens der Politik und der Forschung schon seit langem und mit einer sehr viel längeren Tradition als in Deutschland die positiven Aspekte einer alternden Gesellschaft fokussiert. So fand der von Japan geprägte, an die Haarfarbe der Senior:innen angelehnte Begriff der „silbernen Gesellschaft“ schon sehr früh Eingang in die Marktforschung und Produktentwicklung. Die Konzepte „Silver Market“ und „Universal Design“ unterstreichen die Marktchancen, die sich in einer alternden Gesellschaft bieten (Kohlbacher, 2011).⁷ Auch Japans starkes zivilgesellschaftliche Engagement und die Vision der „Society 5.0“ werden von der Grundeinstellung getragen, dass demografischer Wandel zum Vorteil der Gesellschaft gestaltet werden kann. Die von dem Mitherausgeber und Autor dieses Bandes, Tomoo Matsuda, propagierte Idee von der „Platin Gesellschaft“ wird ebenfalls von dieser Einsicht getragen. Sie betont die Innovationspotenziale und vielfältigen Entwicklungschancen, die eine stark alternde Gesellschaft bietet. Die Verwirklichung der „Platin Gesellschaft“ erfordert neben einer angemessenen Wohn-, Verkehrs- und Kommunikationsinfrastruktur einen stärkeren intergenerationalen Zusammenhalt, lebenslanges Lernen und vielfältige Optionen zur gesellschaftlichen Teilhabe älterer Bürger:innen.

Auch in Deutschland können Gesellschaft, Wirtschaft und Politik von einer positiveren Sicht auf das Altern der Bevölkerung profitieren. Mit dem fünften und sechsten Altenbericht der Bundesregierung (BMFSFJ, 2006, 2010) wurden solche Perspektiven zwar entwickelt. Leider sind diese Initiativen – von einzelnen Nischen abgesehen – flächendeckend aber schnell wieder ins Stocken geraten. Der in Deutschland boomende Pflegemarkt ist kein in diesem Sinne wirkliches Vorzeigemodell. Das Beispiel Japans zeigt, dass eine stärkere Fokussierung auf die Chancen und Potenziale des individuellen wie kollektiven Alterns notwendig

⁷Die Idee der „silver economy“ wird seit einigen Jahren auch von der Europäischen Kommission zur besseren Bewältigung des demografischen Wandels propagiert ([https://www.europarl.europa.eu/thinktank/en/document/EPRS_BRI\(2015\)565872](https://www.europarl.europa.eu/thinktank/en/document/EPRS_BRI(2015)565872)).

ist, um auch die zu deren Realisierung notwendigen wirtschaftliche Innovationen und Investitionen besser und zielgenauer adressieren zu können.

Literatur

- BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend). (Hrsg.). (2006, 2010). Fünfter und sechster Bundesaltenbericht: Potenziale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft (2006) und Altersbilder in der Gesellschaft (2010). Bundestagsdrucksachen.
- Heinze, R. G. (1986). „Neue Subsidiarität“ – Zum soziologischen und politischen Gehalt eines aktuellen sozialpolitischen Konzepts. In R. G. Heinze (Hrsg.), *Neue Subsidiarität. Leitidee für eine zukünftige Sozialpolitik?*
- Hüther, M., & Naegele, G. (Hrsg.). (2013). *Demografiepolitik. Herausforderungen und Handlungsfelder.*
- Kohlbacher, F. (2011). Japan – Der Pionier. In R. G. Heinze, G. Naegele, & K. Schneiders (Hrsg.), *Wirtschaftliche Potenziale des Alters* (S. 251–273).
- Masuda, H. (2014). *Chihô shômetsu – Tôkyô ikkyoku shûchû ga maneku jinkô kyûgen [Auslöschung der Regionen – Die extreme regionale Konzentration auf Tokyo führt zu einem raschen Bevölkerungsrückgang]*. Chûôkôron Shinsha.
- Merkel, S., Heinze, R. G., Hilbert, J., & Naegele, G. (2019). Technology for all. In A. Walker (Hrsg.), *The future of ageing in Europe. Making an asset of longevity* (S. 217–254). Palgrave Macmillan.
- Naegele, G. (2013). Erwartungen an staatliche und gesellschaftliche Akteure – Die besondere Rolle der Kommunen. In Generali Zukunftsfonds & Institut für Demoskopie Allensbach (Hrsg.), *Generali Altersstudie 2013 – Wie ältere Menschen leben, denken und sich engagieren* (S. 321–334).
- Naegele, G., & Hess, M. (Hrsg.). (2020). *Alte und neue soziale Ungleichheiten bei Berufsaufgabe und Rentenübergang. Ergebnisse des EXTEND-Projektes.* Dortmunder Beiträge zur Sozialforschung.
- Rieger, E., & Leibfried, S. (2004). *Kultur versus Globalisierung. Sozialpolitische Theologie im Konfuzianismus und Christentum.*
- Shimada, S., & Tagsold, C. (2006). *Alternde Gesellschaften im Vergleich.* Solidarität und Pflege in Deutschland und Japan.
- Straubhaar, T. (2013). Integrationspolitik und die Chancen der Zuwanderung. In M. Hüther & G. Naegele (Hrsg.), *Demografiepolitik. Herausforderungen und Handlungsfelder* (S. 315–325).
- von Nell-Breuning, O. (1976). Das Subsidiaritätsprinzip. *Theorie und Praxis der sozialen Arbeit*, 27, 1.
- Waldenberger, F. (2018). Society 5.0. Japanese ambitions and initiatives. In Konrad Adenauer Stiftung (Hrsg.), *The digital future (international reports, 1, 2018)*. <https://www.kas.de/de/web/auslandsinformationen/artikel/detail/-/content/society-5.0>.

Prof. Dr. Gerd Naegele war bis zu seiner Emeritierung Professor für Soziale Gerontologie an der Technischen Universität (TU) Dortmund und Direktor des Instituts für Gerontologie der TU Dortmund. Derzeit arbeitet er als Senior Researcher an seinem ehemaligen Institut und ist in der wissenschaftlichen Politikberatung zum Thema „Alternde Gesellschaft“ tätig. Er ist Gastprofessor an der Akdeniz Universität in Antalya/Türkei und an der Taipei Medical University/Taiwan. Zu seinen Forschungsschwerpunkten gehören Sozialpolitik, demografischer Wandel, Pflegepolitik, Sozialdienstleistungen und die Situation älterer Arbeitnehmer. Zu seinen jüngsten Veröffentlichungen zählen „Sozialpolitik und soziale Lage in Deutschland“, 2 Bände (zusammen mit G. Bäcker und R. Bispinck) und „Alte und neue soziale Ungleichheiten bei Berufsaufgabe und Rentenübergang“ (zusammen herausgegeben mit M. Hess) beide erschienen bei Springer VS.

Prof. Dr. Franz Waldenberger ist Direktor des Deutschen Instituts für Japanstudien (DIJ) in Tokio. Er ist von der Universität München beurlaubt, wo er eine Professur für Japanische Wirtschaft innehat. Seine Forschungsschwerpunkte sind die japanische Wirtschaft, Corporate Governance und Human Resource Management. Zu seinen jüngsten Veröffentlichungen gehören Governance, Risk and Financial Impact of Mega Disasters. Lessons from Japan, 2019 (Springer Nature), gemeinsam herausgegeben mit A. Kamesaka, und „The Future of Financial Systems in the Digital Age: Perspectives from Europe and Japan“, 2022 (Springer Nature), gemeinsam herausgegeben mit Markus Heckel.

Prof. Dr. Hiroko Kudo ist Professorin für öffentliche Politik und Management an der juristischen Fakultät der Chuo-Universität und Gastprofessorin an der Graduate School of Public Policy der Universität Tokio. Zu ihren Forschungsschwerpunkten gehören evidenzbasierte Politikgestaltung, Koproduktion bei der Erbringung öffentlicher Dienstleistungen, Smart City und digitale Governance sowie die alternde Gesellschaft. Zu ihren jüngsten Publikationen zählt „Digital Governance as Alternative Public Service Delivery: From e-government to government digital services“, in J. Nemeč, V. Potier and M. S. de Vries (eds.), *Alternative Service Delivery*, IASIA/IIAS, (2018).

Tomoo Matsuda ist Forschungsdirektor des Mitsubishi Research Institute und Gastprofessor an der Universität Kochi. Er ist Absolvent der juristischen Fakultät der Keio-Universität. Zu seinen Hauptforschungsthemen gehören die aktive, alternde Gesellschaft und die Revitalisierung lokaler Gemeinden. Er hat zahlreiche Forschungsprojekte mit dem öffentlichen und privaten Sektor durchgeführt und war Ausschussmitglied des Ageing Society Forum des Cabinet Office. Er ist Autor von „Bright reverse shift from Tokyo to the rural areas“, 2020, und „The Japan style of continuing care retirement community“, 2017.

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der 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.



Die Rolle der Kommunen in Japan und Deutschland im Bereich der Pflege



Die Rolle der Kommunen in der gesetzlichen Pflegeversicherung in Japan

Hiroshi Yoshida

1 Kommunen als Hauptverantwortliche in der pflegerischen Versorgung vor Ort

In Japan ist die staatliche Unterstützung älterer Menschen bei Pflegebedürftigkeit durch die gesetzliche Pflegeversicherung (GPV) geregelt. Für die operative Umsetzung der GPV sind die kommunalen Gebietskörperschaften, also die Städte und Gemeinden, zuständig, wobei die Leistungen selbst aber nicht von den Kommunen, sondern von zertifizierten Pflegedienstleistern erbracht werden. Der vorliegende Beitrag beleuchtet die Geschichte der Altenhilfe in Japan, die Ausgestaltung der GPV sowie aktuelle Herausforderungen. Besonderes Augenmerk gilt dabei der Rolle der Kommunen.

Versicherer der GPV sind die lokalen Gebietskörperschaften (*Chihô jichitai*), d. h. Städte und Gemeinden bzw. im Falle Tokyos die Sonderbezirke (*Tokubetsu ku*). Die regionalen Verwaltungsebenen in Japan lassen sich wie folgt kategorisieren:

Präfekturen (*Todôfuken*) In Japan gibt es 47 Präfekturen, die jedoch über keine eigenständigen bzw. starken legislativen und/oder exekutiven Befugnisse wie etwa die Bundesstaaten in den USA verfügen. Im Pflegeversicherungssystem treten die Präfekturen nicht als Versicherungsträger auf. Vielmehr sind

H. Yoshida (✉)
Tohoku University, Sendai, Japan
E-Mail: hyoshida.econ@tohoku.ac.jp

© Der/die Autor(en) 2022
F. Waldenberger et al. (Hrsg.), *Alterung und Pflege als kommunale Aufgabe*,
Dortmunder Beiträge zur Sozialforschung,
https://doi.org/10.1007/978-3-658-36844-9_2

sie per Gesetz dazu verpflichtet, beratend und unterstützend dafür Sorge zu tragen, dass „eine ungehinderte und reibungslose operative Umsetzung der Pflegeversicherung möglich ist“. Entsprechend beteiligen sich die Präfekturen in erster Linie finanziell an der Pflegeversicherung und übernehmen darüber hinaus koordinierende Funktionen. Konkrete und unmittelbare Aufgaben wie die Bedarfsplanung, der Aufbau einer pflegerischen Infrastruktur oder die Feststellung der Pflegebedürftigkeit obliegen hingegen den kommunalen Gebietskörperschaften als den eigentlichen Versicherern (s. u. Pkt. 3.3).

Städte und Gemeinden (Shikuchōson) Unterhalb der Ebene der Präfekturen unterscheidet man vier Typen von kommunalen Gebietskörperschaften: *shi* (größere Städte, cities), *ku* (die 23 Sonderbezirke Tokyos), *chō* (kleinere Städte, towns) und *son* (Dörfer), wobei das wesentliche Unterscheidungskriterium die Einwohnerzahl ist. Ende 2020 gab es in Japan 1741 kommunale Gebietskörperschaften, davon 792 *shi*, 23 *ku*, 743 *chō* und 183 *son*:

- **Shi:** Gebietskörperschaften ab einer Einwohnerzahl von 50.000,
- **Ku:** 23 Sonderbezirke Tokyos,
- **Chō:** Gebietskörperschaften, die den Kriterien der jeweiligen Präfekturverordnungen entsprechend gewisse Anforderungen erfüllen, beispielsweise mindestens 5000 Einwohner haben, über einen Ortskern verfügen und einen Beschäftigtenanteil in Industrie- und Dienstleistungssektor aufweisen, der einen bestimmten Schwellenwert übersteigt,
- **Son:** alle übrigen, in der Regel kleineren, Gebietskörperschaften.

Die Städte, Gemeinden und die 23 Sonderbezirke Tokyos – im allgemeinen Sprachgebrauch zusammenfassend als Kommunen bezeichnet – sind Träger der GPV und übernehmen als Versicherer dabei eine zentrale Rolle im japanischen Pflegeversicherungssystem. Zur Erfüllung der ihnen von der GPV zugewiesenen Aufgaben haben sich einige Gebietskörperschaften zu regionalen Zweckverbänden, sog. *Kōiki rengō* oder *Ichibu jimu kumiai*, zusammengeschlossen. Daher gibt es aktuell zwar 1741 Kommunen, aber nur 1571 Versicherungsträger.

Während die Präfekturen als regionale Gebietskörperschaft an der Finanzierung der Pflegeleistungen beteiligt sind, sind allein die Kommunen mit der operativen pflegerischen Versorgung betraut. Auf der staatlichen Ebene ist das Ministerium für Gesundheit, Arbeit und Wohlfahrt (MHLW) mit der

Pflegeversicherungspolitik befasst. Ihm obliegt auch die Aufsicht über die praktische Umsetzung vor Ort. Die grundlegenden Kriterien dafür sind landesweit einheitlich im Pflegeversicherungsgesetz vorgegeben. Das im MHWL angesiedelte „Büro für Wohlfahrt und Gesundheit von Senior:innen“ (*Rōkenkyoku*) organisiert zudem regelmäßig Konferenzen mit Leiter:innen der kommunalen Pflegeversicherungsabteilungen. Die eigentliche pflegerische Versorgung wird allerdings von den Kommunen und nicht von den Präfekturen bzw. der Zentralregierung geregelt.

Grundsätzlich sind alle Bürger:innen nach dem Prinzip der allgemeinen Versicherungspflicht sozialversichert. Im japanischen Pflegeversicherungssystem werden grundsätzlich zwei Versichertengruppen unterschieden:

- **Versicherte der Kategorie I:** Hierzu zählen alle Personen über 65 Jahre. Ihre Zahl belief sich Ende Oktober 2020 auf ca. 35,7 Mio. Einen Anspruch auf Versicherungsleistungen haben aber nur Personen, die offiziell als pflege- oder hilfebedürftig anerkannt wurden.
- **Versicherte der Kategorie II:** Hierzu zählen alle Mitglieder der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zwischen 40 und 64 Jahren. Leistungsberechtigt sind aber ausschließlich nur Personen, deren Hilfe- oder Pflegebedürftigkeit eindeutig aus einer altersbedingten Krankheit resultiert.

Bei Personen unter 40 Jahren, die in Folge einer Krankheit oder eines Unfalls pflegebedürftig werden, greift nicht die Pflegeversicherung, sondern das Fürsorgesystem für Menschen mit Behinderung (*Shōgaisha fukushi seido*).

2 Rechtliche Grundlagen der Pflegeversicherung

2.1 Situation vor Einführung der Pflegeversicherung

Vor der Einführung der Gesetzlichen Pflegeversicherung in Japan im April 2000 konnten ältere Menschen mit Pflegebedarf auf das Altenfürsorgesystem (*Rōjin fukushi seido*) zurückgreifen, dessen Einführung in den 1960er Jahren den Beginn einer eigenständigen Sozialpolitik für ältere Menschen markiert hatte. Bereits damals wurden ambulante und stationäre Pflegeleistungen – ähnlich den heutigen

Leistungen der GPV – angeboten. Als Hauptträger fungierten ebenfalls die Kommunen.

Es gibt heute allerdings einen ganz gravierenden Unterschied zum früheren Altenfürsorgesystem: Da keine klaren Kriterien dafür vorlagen, unter welchen Voraussetzungen ältere Menschen pflegerische Leistungen erhalten konnten, entschieden die Kommunen eigenständig darüber. Bei diesem sogenannten „Maßnahmensystem“ (*Sochi seido*) lag die Entscheidungsbefugnis in den Händen, d. h. im Ermessen, der Kommunalverwaltungen. Eine Auswahlmöglichkeit aus verschiedenen Angeboten hatten die Empfänger:innen der Hilfeleistungen dabei nicht. Mit der GPV wurden nun Regelungen geschaffen, mit denen landeseinheitliche Kriterien zur Beurteilung der Pflegebedürftigkeit zur Anwendung kommen. Zudem müssen die Versicherten seither Beiträge zur GPV abführen, was ihnen einen gewissen Anspruch auf Pflegeleistungen verschafft. Außerdem können sie aus verschiedenen Dienstleistungen auswählen. Insofern stehen im neuen System die Leistungsempfänger:innen im Mittelpunkt.

Im Vorgängersystem bestand zudem das Problem, dass sich die Selbstbeteiligung bei Inanspruchnahme von Dienstleistungen mit steigendem Einkommen erhöhte. Versicherte der mittleren und oberen Einkommensklassen wurden daher finanziell stärker belastet. Mit der GPV können nun Pflegedienstleistungen grundsätzlich mit einem Eigenanteil von 10 % in Anspruch genommen werden.

Mit der PVG wurde auch die Zahl der Pflegeanbieter erweitert. Konnten unter der vormaligen Altenfürsorge ausschließlich Kommunen oder öffentliche Verbände, sog. soziale Wohlfahrtskommissionen (*Shakai fukushi kyôgikai*), als Erbringer von Pflegeleistungen auftreten, sind seither diverse Anbietergruppen zugelassen; darunter auch private Wirtschaftsunternehmen, landwirtschaftliche Genossenschaften, Verbrauchergenossenschaften oder gemeinnützige Organisationen. Es hat sich somit – wie in Deutschland – ein „Markt für Pflege- und Sozialdienste“ etabliert.

2.2 Gründe für die Einführung der Pflegeversicherung

Der wichtigste Grund für die Einführung der Gesetzlichen Pflegeversicherung in Japan waren die pflegerelevanten Auswirkungen des raschen demografischen Wandels. Bei Einführung des Altenfürsorgegesetzes lag der Anteil der über 65-jährigen in Japan noch unter 7 %. Bereits in den 1970er Jahren übertraf der Anteil die 7 % Marke. Die Präfektur Tokyo führte bereits 1969 eine kostenlose medizinische Versorgung für alle älteren Menschen ab 70 Jahren ein. 1973

wurde das Altenfürsorgegesetz novelliert und diese Regelung auf ganz Japan ausgeweitet. Dies führte gleichzeitig zu einem Anstieg der Gesundheitsausgaben für Senior:innen. Zudem kam es in den 1980er Jahren zu einer Zunahme der sogenannten „sozialen Hospitalisierungen“ (*Shakaiteki nyûin*). So bezeichnet man in Japan Fälle, in denen alte Menschen zwar keine medizinische Behandlung im engeren Sinne benötigten, aber dennoch – im Grunde „systemwidrig“, weil von der gesetzlichen Krankenkasse finanziert – in Krankenhäusern versorgt werden, da eine häusliche Pflege durch Angehörige nicht möglich ist. Auch nahm die Anzahl dauerhaft bettlägeriger alter Menschen zu.

Bereits in den 1990er Jahren stieg der Anteil der Menschen über 65 Jahren auf über 14 % an. Mit der rapide voranschreitenden Alterung Japans wuchs auch die Anzahl pflegebedürftiger Senior:innen. Damit einhergehend stiegen die Gesundheitsausgaben. Gleichzeitig nahmen die Belastungen für jene Familien zu, die sich um alte Angehörige kümmern mussten. 1990 übertrug die Regierung die Zuständigkeit für sämtliche Sozialleistungen für Senior:innen auf die Kommunen und erließ 1994 einen „New Gold Plan“ zur Lösung der „Altenpflegeproblematik“. Gleichzeitig wurden pflegebedürftige Senior:innen, die bislang im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung versorgt worden waren, Anspruchsberechtigte im Pflegeversicherungssystem. Damit konnten ein eigener Etat für die Absicherung des „engeren“ Pflegebedürftigkeitsrisikos bereitgestellt und die GKV entlastet werden. 1997 wurde dann das Pflegeversicherungsgesetz (PVG) verabschiedet, das im Frühjahr 2000 in Kraft trat. Zu diesem Zeitpunkt war der Anteil der über 65-jährigen in Japan bereits auf 17,3 % angestiegen (vgl. Abb. 1).

3 Aufbau, Finanzierung und Funktion der Pflegeversicherung

Im System der sozialen Sicherung für Senior:innen in Japan obliegt die Hauptzuständigkeit für die operationale pflegerische Versorgung den Kommunen. Die medizinische Versorgung der über 75-Jährigen wird in den jeweiligen Präfekturen von sog. „Zweckverbänden zur medizinischen Versorgung Hochaltriger“ (*Kôki kôreisha iryô kôiki rengô*) gewährleistet, denen sämtliche Gebietskörperschaften, also Städte und Gemeinden, angehören. Für die Einkommenssicherung im Alter ist staatlicherseits hauptsächlich die japanische Rentenversicherung zuständig. Träger ist der Japan Pension Service (*Nihon nenkin kikô*). Unter der Aufsicht des MHLW sorgt er für eine landesweit einheitliche Ausgestaltung der Rentenberechnung und -zahlung (Abb. 2).

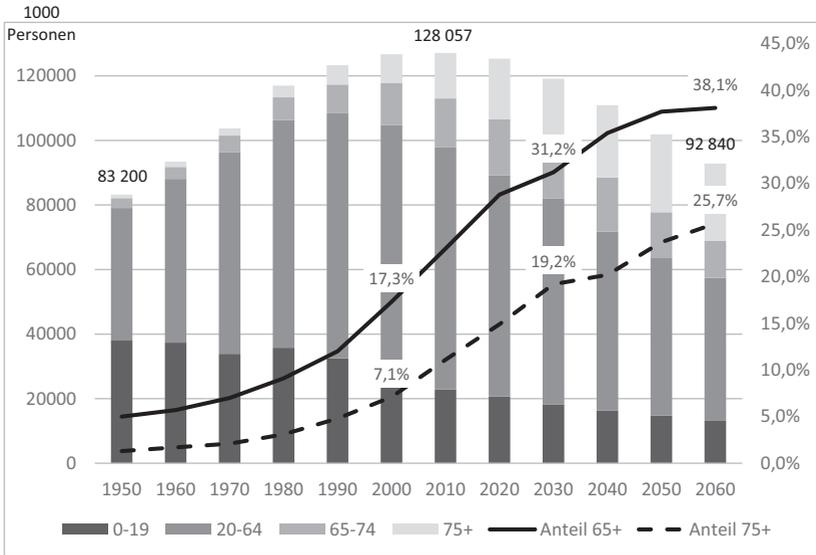


Abb. 1 Entwicklung der Bevölkerungsstruktur in Japan. Anmerkung: Daten ab 2020 basieren auf Schätzungen.

Quelle: Basierend auf Daten von IPSS 2021 (Eigene Darstellung)

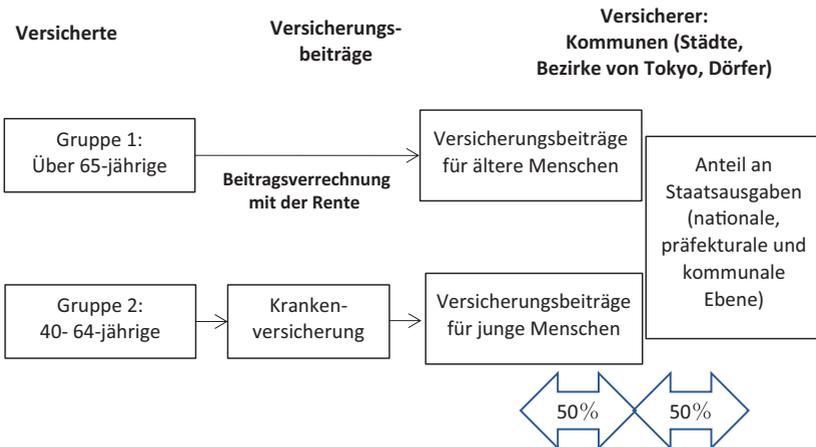


Abb. 2 Schematische Darstellung der staatlichen Pflegeversicherung.

Quelle: Eigene Darstellung

Finanziert wird die Gesetzliche Pflegeversicherung de facto nach einem Umlageverfahren, bei dem die Versicherungsbeiträge für drei Jahre die Pflegeversicherungsausgaben für den gleichen Zeitraum decken. Die Mittel stammen zu 50 % aus direkten Beitragszahlungen der Versicherten. Davon entfällt zurzeit etwa die Hälfte (22 %) auf die über 65-Jährigen (Versicherte der Kategorie I). 90 % dieser Beiträge werden von den laufenden Rentenzahlungen abgezogen. Die verbleibenden 28 % sind Beitragszahlungen der Versicherten der Kategorie II, die nicht von den Kommunen, sondern von der Gesetzlichen Krankenversicherung erhoben bzw. verwaltet werden. Die Beitragssätze zur Pflegeversicherung werden alle drei Jahre angepasst (§ 129 PVG). Die restlichen 50 % der Gelder für die Gesetzliche Pflegeversicherung, die nicht durch Versicherungsbeiträge abgedeckt sind, werden aus Steuern und sonstigen öffentlichen Mitteln finanziert. Der Finanzierungsanteil der öffentlichen Hand wird zu 50 % von der Zentralregierung, zu 25 % von der Präfektur und zu 25 % von der Kommune getragen. Angesichts der demografischen Entwicklung und der steigenden Empfängerzahlen gibt es zunehmend Bedenken zur künftigen Stabilität der Finanzlage der GPV.

Bevor die Versicherten Pflegedienstleistungen in Anspruch nehmen können, muss ihre Pflegebedürftigkeit in einem Einstufungsverfahren festgestellt werden. Es gibt insgesamt sieben Pflegestufen, die jeweils vorgeben, welche Art von Dienstleistungen die Betroffenen maximal in Anspruch nehmen dürfen. Im Anschluss an die Einstufung wird ein Pflegeplan erstellt, nach dem dann die bewilligten Pflege- bzw. Präventionsleistungen bezogen werden können.

Nach Antrag der Versicherten bei der kommunalen Pflegeversicherungsabteilung oder dem lokalen integrierten Unterstützungszentrum (*Chiiki hōkatsu shien sentaa*) prüft die Kommune in der Regel innerhalb von ein bis zwei Wochen die Pflegebedürftigkeit und legt gegebenenfalls die Pflegestufe fest. Dies erfolgt auf Basis eines Hausbesuches durch eine:n Gutachter:in. Diese:r erfasst mittels eines Fragebogens den geistigen und körperlichen Zustand der Person, für die Pflege beantragt wird, und nimmt eine erste computergestützte Beurteilung nach landesweit einheitlichen Kriterien vor. In einem zweiten Schritt überprüft der Gutachterausschuss zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (*Kaigo nintei shinsakai*) unter Hinzuziehung einer hausärztlichen Stellungnahme das Ergebnis. Der Ausschuss setzt sich aus etwa fünf Fachleuten aus den Bereichen Gesundheit, Medizin und Wohlfahrt zusammen und wird von den Kommunen einberufen.

Im Anschluss daran wird über den Antrag entschieden bzw. die Zuordnung zu einer der bestehenden sieben Pflegestufen vorgenommen: Hilfebedürftigkeit der Stufen 1–2 oder Pflegebedürftigkeit der Stufen 1–5 (vgl. Übersicht 3). Gegen das Ergebnis kann Einspruch beim Gutachterausschuss zur Pflegeversicherung (*Kaigohoken shinsakai*) auf Ebene der Präfektur erhoben werden. Über die Pflegebedürftigkeit wird grundsätzlich für sechs Monate befunden. Danach erfolgt eine erneute Beurteilung, nach der die Einstufung bei Bedarf entsprechend angepasst wird.

Die Pflegeversicherung in Japan gewährt grundsätzlich nur Sachleistungen. Häusliche Pflege durch Familienangehörige oder anderweitige pflegerische Versorgung ohne Inanspruchnahme von anerkannten Dienstleistern wird hingegen nicht übernommen. Übersteigen die Kosten für bestimmte Pflegedienstleistungen die Gesetzliche Leistungsobergrenze für die ermittelte Pflegestufe, müssen die überschüssigen Beträge vollständig von den Leistungsbezieher:innen übernommen werden, selbst wenn die Leistungen inhaltlich zu den Angeboten der Pflegeversicherung zählen. Leistungen der japanischen Pflegeversicherung umfassen im Übrigen nicht nur Dienstleistungen, sondern auch Zuschüsse für den Kauf geeigneter Pflegehilfsmittel oder bedarfsgerechte häusliche Umbaumaßnahmen.

Die Kommunen erstatten den Leistungserbringern 90 % der Kosten für die von den Versicherten in Anspruch genommenen Pflegeleistungen. Auch die Anschaffungskosten für Geräte der häuslichen Pflege werden zu 90 % als Ausgaben in der Kategorie „Erwerb von Hilfsmitteln für die häusliche Pflege“ von den Kommunen übernommen. Zum gleichen Anteil werden auch Kosten für bedarfsgerechte Umbaumaßnahmen im Wohnumfeld der Betroffenen erstattet, sofern sie vom MHLW als erstattungsfähig definiert wurden, wie etwa das Anbringen von Geländern (Abb. 3).

Die Obergrenze für monatliche Leistungen bemisst sich nach der entsprechenden Einstufung durch den Gutachterausschuss. Bei häuslicher Pflege liegt sie bei etwa 50.000 Yen für die niedrigste Stufe der „Hilfebedürftigkeit 1“ und bei maximal 360.000 Yen für die höchste Stufe der „Pflegebedürftigkeit 5“ (vgl. Tab. 1).

Zur eigentlichen Inanspruchnahme von Pflegedienstleistungen wenden sich die Hilfesuchenden an eine:n Care-Manager:in eines ambulanten Pflegedienstes bzw. einer entsprechenden Einrichtung. Diese:r erstellt dann einen Pflegeplan (Care Plan). Wurden die Antragstellenden als hilfebedürftig eingestuft, erstellen die lokalen integrierten Unterstützungszentren Pläne zur Pflegeprävention.

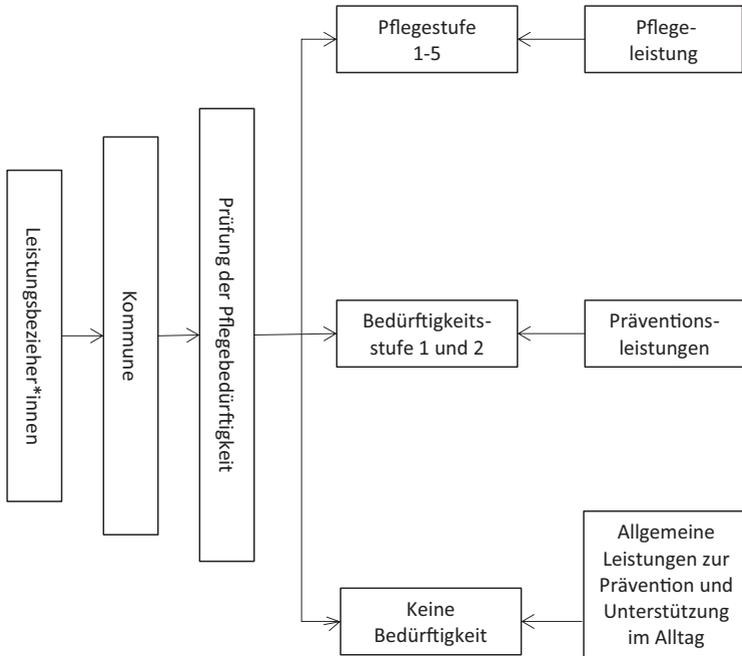


Abb. 3 Organisation, Ablauf und Leistungen der japanischen Pflegeversicherung. Quelle: Eigene Darstellung

Tab. 1 Monatliche Leistungsobergrenzen für die häusliche Versorgung

Pflegestufe	Leistungsobergrenze
Hilfebedürftigkeit 1	5032 Einheiten
Hilfebedürftigkeit 2	10.531 Einheiten
Pflegebedürftigkeit 1	16.765 Einheiten
Pflegebedürftigkeit 2	19.705 Einheiten
Pflegebedürftigkeit 3	27.048 Einheiten
Pflegebedürftigkeit 4	30.938 Einheiten
Pflegebedürftigkeit 5	36.217 Einheiten

Anmerkung: Eine Einheit entspricht je nach Region und Dienstleistung 10 bis 11,4 Yen.

Quelle: MHLW (2000)

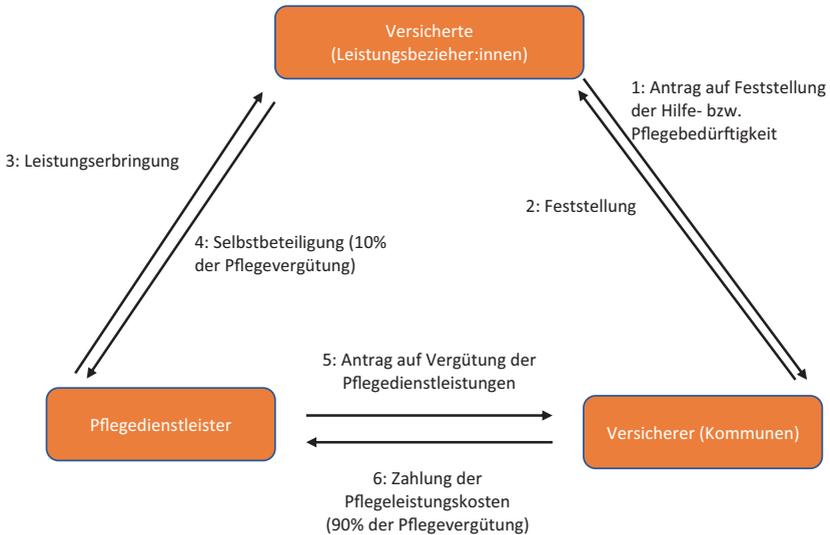


Abb. 4 Leistungs- und Zahlungsfluss der Pflegevergütung.

Quelle: MHLW, <https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/housyu/housyu.html>

Wurden nach der Feststellung der Pflegebedürftigkeit ein Care-Plan erstellt und Leistungen von gesetzlich zugelassenen Anbietern in Anspruch genommen, müssen die Leistungsbezieher:innen grundsätzlich 10 % des Leistungsbetrags innerhalb der vorgegebenen Leistungsobergrenze selbst tragen. Die restlichen 90 % werden von der Gesetzlichen Pflegeversicherung als Pflegevergütung an den Dienstleister ausgezahlt (vgl. Abb. 4).

4 Zu den Aufgaben der Kommunen in der Pflegeversicherung¹

Den Kommunen obliegt als Träger der Gesetzlichen Pflegeversicherung die Hauptverantwortung für deren operative Umsetzung. Sie handeln dabei auf Grundlage staatlicher Grundsätze und mit finanzieller Unterstützung der Präfekturen und

¹Ein Teil der folgenden Ausführungen beruht auf Health, Welfare and Labour Statistics Association [Tōsei tōkei kyōkai] (2020).

des Staates. Dank dieser zentralen Rolle der Kommunen ist eine Pflege und Versorgung möglich, die den tatsächlichen Bedürfnissen der Senior:innen vor Ort entspricht. Die Kommunen sind verpflichtet, ein Sonderbudget zu führen, in dem die pflegeversicherungsbezogenen Einnahmen und Ausgaben getrennt vom allgemeinen Kommunalhaushalt verwaltet werden (§ 3 Abs. 2 PVG).

Feststellung der Pflegebedürftigkeit und Leistungsbestimmung Wie erwähnt führen die Kommunen auf Antrag der Versicherten eine „Pflegebedürftigkeitsprüfung und -einstufung“ und die späteren Neueinstufungen durch. Die entsprechenden Ergebnisse werden in den Versichertenausweis eingetragen. Darin wird auch notiert, welche Art von Pflegedienstleistung (häusliche Pflege, wohnortnahe Versorgungs- und Betreuungsangebote, stationäre Dienstleistungen, Pflegepräventionsangebote oder wohnortnahe Pflegepräventionsangebote) in Anspruch genommen werden kann.

Aufgabenübertragung Auch wenn die Kommunen die Hauptverantwortung für die pflegerische Versorgung vor Ort innehaben, bedeutet dies nicht, dass sie diese Dienste auch unmittelbar selbst erbringen. Vielmehr können sie einen Teil davon an von den jeweiligen Präfekturen „anerkannte Körperschaften zur Durchführung kommunaler Aufgaben“ (*Shitei shichōson jimū itaku hōjin*) delegieren. Die Voraussetzungen für eine entsprechende Anerkennung werden per Ministerialverordnung durch das MHLW bestimmt.

Pläne zur Unterstützung der Pflegeversicherung (*Kaigo hoken jigyō shien keikaku*) Basierend auf den gemäß § 116 PVG vom Staat zu erlassenen Grundsätzen haben die Kommunen einen Plan zur operativen Umsetzung der Pflegeversicherung zu erstellen (§ 117 PVG). Die Präfekturen sind wiederum zur Ausarbeitung eines Plans zur Unterstützung der operativen Umsetzung der Pflegeversicherung verpflichtet (§ 118 PVG). Diese Pläne dienen zum einen der Bereitstellung einer Pflegeinfrastruktur durch die Kommunen und Präfekturen, bilden zum anderen aber auch die Grundlage zur Festlegung des Versicherungsbeitrags der Kategorie I. Die Pläne werden entsprechend dem Gültigkeitszeitraum der Beitragssätze zur GPV für jeweils drei Jahre erstellt. Der aktuell 8. Planungszeitraum umfasst die drei Jahre ab 2021.

Lokale integrierte Unterstützungszentren (*Chiiki hōkatsu shien sentā*) Als Ergänzung zur kommunal verantworteten Pflegeversicherung sieht das PVG die Errichtung von unabhängigen „lokalen integrierten Unterstützungszentren“ vor (§ 115 Nr. 46 Abs. 1 PGV). Für die Errichtung und den Betrieb dieser Zentren

sind die Kommunen oder von den Kommunen mit umfassenden regionalen Unterstützungsdiensten beauftragte juristische Personen zuständig. In der Regel erstreckt sich der Wirkungsbereich der Unterstützungszentren auf die jeweilige Kommune. Kleine Gemeinden können sich jedoch auch zur Einrichtung eines gemeinsamen Zentrums zusammenschließen.

In den Unterstützungszentren werden pro 3000–6000 Versicherte der Kategorie I jeweils eine Fachkraft aus den Bereichen Krankenpflege, Sozialarbeit und Pflegemanagement angestellt. Hauptaufgaben der Zentren sind u. a.

- die Unterstützung bei der Einrichtung eines umfassenden und kontinuierlichen Pflegemanagement-Systems, Pflegepräventionsmanagement und allgemeine Beratung,
- Schutz der Rechte der Leistungsbezieher:innen sowie
- die Einberufung von lokalen Pflegekonferenzen (s. u.).

Bei der Errichtung und dem Betrieb der Zentren wird ein Verwaltungsrat miteinbezogen, der sich u. a. aus Vertretern der Kommunen, regionalen Dienstleistern sowie Versichertenvertreter:innen zusammensetzt. Dadurch soll Neutralität gewahrt und bei der Deckung des Personalbedarfs geholfen werden.

Um die umfassenden Unterstützungsaufgaben effektiv durchzuführen, halten die Kommunen bzw. lokalen integrierten Unterstützungszentren lokale Pflegekonferenzen (*Chiiki kea kaigi*) ab. An diesen Konferenzen nehmen zuständige Mitarbeiter:innen der Kommunen, Care-Manager:innen, Pflegedienstleister, Sozialfürsorger:innen und medizinisches Fachpersonal teil. Dies dient dem Aufbau eines regionalen Unterstützungsnetzwerks und fördert eine Form des Care-Managements, das den Fokus auf die Autonomie älterer Menschen legt. Zudem hilft es dabei, einen besseren Überblick über bestehende lokale Bedarfskonstellationen und daraus resultierende Herausforderungen zu bekommen.

Im April 2018 gab es in Japan 5079 regionale Unterstützungszentren, 1849 zusätzliche Zweigstellen und 328 Subzentren. 22,7 % der Einrichtungen wurden direkt von den Kommunen betrieben. Die restlichen 77,3 % werden in deren Auftrag durch soziale Wohlfahrtskörperschaften geführt (MHLW, 2019b).

5 Aktuelle Strukturprobleme des Gesetzlichen Pflegeversicherungssystems

Die bisherigen Ausführungen sollen abschließend ergänzt werden durch einige Informationen zu aktuell diskutierten Strukturproblemen im System der japanischen Pflegeversicherung.

5.1 Reichen die Pflegeversicherungsbeiträge aus?

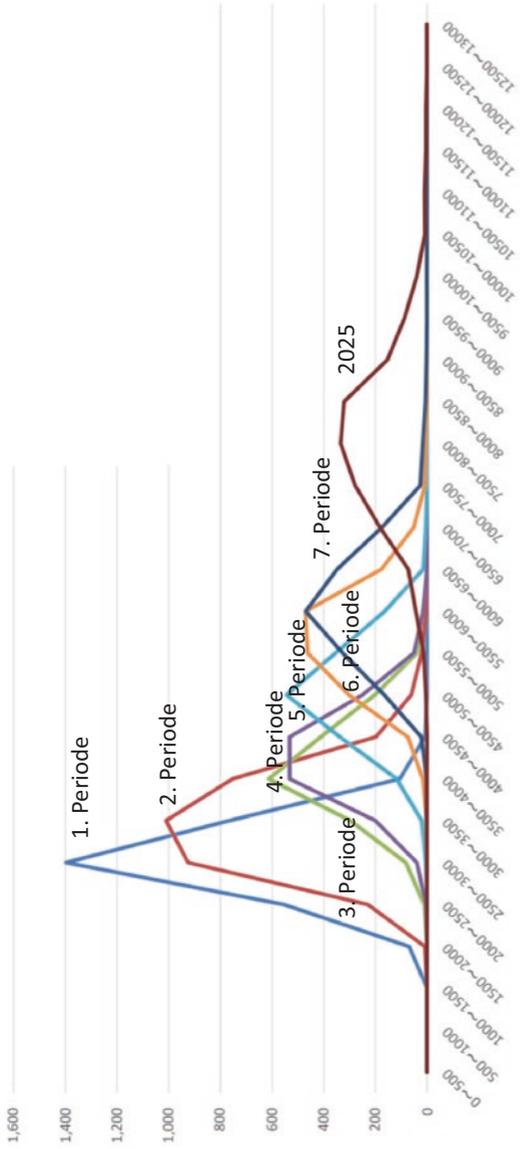
Die Beitragssätze für die japanische Pflegeversicherung werden aktuell so berechnet, dass der öffentliche Pflegehaushalt über drei Jahre hinweg ausgeglichen werden kann. Die japanische Gesetzliche Pflegeversicherung wird somit de facto nach einem Umlageverfahren finanziert, bei dem die Versicherungsbeiträge für drei Jahre die Pflegeversicherungsausgaben für den gleichen Zeitraum decken. Entscheidend für die Höhe der jährlichen Pflegeversicherungsbeiträge ist daher die demografische Struktur in der Kommune, d. h. der jeweilige Anteil der Leistungsbezieher:innen, der Versicherten der Kategorie II und der Erwerbstätigen. Letztere tragen mit ihren Steuern zur Finanzierung der Pflegeversicherung bei. Da die Alterung der Bevölkerung regional immer unterschiedlicher ausfällt, wächst auch die Diskrepanz der Versicherungsbeiträge zwischen den Kommunen. Außerdem wird befürchtet, dass die Ungleichheit der finanziellen Belastung zwischen den Generationen zunehmen wird und die künftige Erwerbsgeneration hohe Pflegeversicherungsbeiträge leisten müssen. Tab. 2 zeigt die Entwicklung der durchschnittlichen Pflegeversicherungsbeiträge für die Versicherten der Kategorie I seit Einführung der GPV im Jahr 2000. Im Laufe der Jahre steigen mit zunehmender Alterung der Bevölkerung auch die Versicherungsbeiträge für die jeweiligen Planungszeiträume.

Die nachfolgende Abb. 5 veranschaulicht die Streuung der Versicherungsbeiträge der Versicherten der Kategorie I vom ersten bis zum siebten Planungszeitraum. Ein Blick auf den Variationskoeffizienten zeigt, dass die Differenz

Tab. 2 Entwicklung der Pflegeversicherungsbeiträge der Versicherten der Kategorie I

Planungszeitraum	Jahr	Durchschnittlicher Versicherungsbeitrag (pro Monat)
1	2000–2002	2911 Yen
2	2003–2005	3293 Yen
3	2006–2009	4090 Yen
4	2009–2011	4160 Yen
5	2012–2014	4972 Yen
6	2015–2017	5514 Yen
7	2018–2020	5869 Yen

Quelle: MHLW (2018)



1	2	3	4	5	6	7	2025
0,144	0,178	0,155	0,161	0,128	0,119	0,122	0,132

Abb. 5 Streuung der Pflegeversicherungsbeiträge in den Planungszeiträumen 1–7.
Quelle: MHLW, 2019a, S. 43

der Beitragshöhe zwischen den Kommunen im zweiten Planungszeitraum am höchsten war. Seither werden die Unterschiede geringer, wobei sie sich vom fünften bis zum siebten Zeitraum nur geringfügig änderten. Im Plan werden auch Prognosen über die Versicherungsbeiträge bis zum Jahr 2025 aufgestellt. Für diesen letzten Planungsabschnitt wird mit einem leichten Anstieg der Beitragsdifferenz gerechnet (MHLW, 2019a).

Die Pflegeversicherungsbeiträge für die Versicherten der Kategorie I im siebten Planungszeitraum lagen im landesweiten Durchschnitt bei monatlich 5869 Yen, wobei es große Unterschiede zwischen den Versicherern gab. Die Beiträge variierten zwischen 3000 Yen und 9800 Yen pro Monat.

Zur Stabilisierung der kommunalen Pflegeversicherungshaushalte wurde in den jeweils betroffenen Präfekturen ein Haushaltsstabilisierungsfonds eingerichtet, den der Staat, die Präfekturen und die Kommunen zu jeweils einem Drittel bedienen. Daraus werden zum vorübergehenden Ausgleich von Defiziten im Pflegeversicherungshaushalt Darlehen bzw. Subventionen finanziert. Zudem werden fünf Prozent der staatlichen Zuschüsse für die GPV dem Finanzausgleich zwischen den Kommunen zugeführt. Die Maßnahmen greifen jedoch nur partiell und temporär. Entsprechend bedarf es eines langfristigen und landesweit einheitlichen Systems zur Umverteilung und Stabilisierung der Finanzierung.

5.2 Auswirkungen auf die Finanzlage der Kommunen

Vor Einführung der Gesetzlichen Pflegeversicherung erfolgte die pflegerische Versorgung der Bevölkerung entweder im Rahmen der kommunalen Altenhilfe oder im Fall der sozialen Hospitalisierung als Leistung der von den Kommunen mitverantworteten Gesetzlichen Krankenversicherung. Daher wirkte sich ein Anstieg der Altenpflegekosten nicht unwesentlich auf den allgemeinen kommunalen Haushalt aus. Mit der Etablierung des Gesetzlichen Pflegeversicherungssystems wurde die Finanzierung der pflegerischen Versorgung vom allgemeinen Verwaltungshaushalt getrennt und die Belastung des allgemeinen kommunalen Haushalts auf das gesetzlich vorgeschriebene Maß beschränkt. Dennoch sind die Risiken möglicher Auswirkungen der Pflegeausgaben auf den allgemeinen Haushalt nicht vollständig eingedämmt.

Wie im vorherigen Kapitel gezeigt, sind die Versicherungsbeiträge mit zunehmender Alterung der Bevölkerung über die Planungszeiträume hinweg gestiegen. Das Finanzierungsschema der Gesetzlichen Pflegeversicherung sieht nun aber vor, dass 50 % der für die Leistungsausgaben notwendigen Mittel durch Versicherungsbeiträge gedeckt werden. Die restlichen 50 % werden von der

Tab. 3 Entwicklung der Zuführungen aus den allgemeinen kommunalen Haushalten zum Pflegeversicherungssonderhaushalt

Jahr	A	B	C = B/A	D
	Gesamtausgaben der Gemeinden	Gesetzliche Zuführungen zum Sonderhaushalt für die Pflegeversicherung	Verhältnis	Veränderung von C
	In Mio. Yen	In Mio. Yen	In%	Jahr 2000 = 1,000
2000	51.160.992	417.713	0,82	1,000
2010	54.176.411	1.014.534	1,87	2,294
2018	59.391.627	1.211.312	2,04	2,498

Quelle: eigene Darstellung, basierend auf Schätzung des Autors (Grundlage: kommunale Gesamtausgaben gem. der Jahresberichte des Innenministeriums und MHLW)

öffentlichen Hand finanziert, darunter den Kommunen. Steigende Versicherungsbeiträge bedeuten im Umkehrschluss höhere Kosten der Pflegeversicherung, die wiederum Mehrausgaben der öffentlichen Hand nach sich ziehen. Dank des Haushaltsstabilisierungsfonds beschränken sich die kommunalen Beiträge zum Sonderhaushalt für die Pflegeversicherung zwar auf die gesetzlich vorgesehenen 12,5 %, nichtsdestotrotz müssen diese Beträge aber jährlich aus den allgemeinen kommunalen Etats bestritten werden. Zudem ist mit der landesweit einheitlichen Ausgestaltung der Altenpflege durch die Gesetzliche Pflegeversicherung der Ermessensspielraum der einzelnen Kommunen geringer geworden. Bei zumeist demografisch bedingt steigenden Ausgaben nehmen auch die zusätzlichen Zuführungen aus dem allgemeinen Haushalt entsprechend zu, selbst wenn die Pflegeversicherungsleistungen eigentlich nicht unmittelbar mit dem allgemeinen kommunalen Haushalt verknüpft sind.

Die gesetzlich vorgeschriebenen Zuführungen aus dem allgemeinen Haushalt aller Gemeinden für das Fiskaljahr 2000, dem Einführungsjahr der Gesetzlichen Pflegeversicherung, betragen etwa 417 Mrd. Yen. Gemessen an der Summe aller kommunalen Haushaltsausgaben in Höhe von rund 51 Bio. Yen waren dies 0,82 %. Im Jahre 2010, 10 Jahre nach Einführung der GPV, war der Anteil der Zuführungen zum Pflegesonderhaushalt der Kommunen gemessen an den Gesamtausgaben der Kommunen bereits auf 1,87 % gestiegen. Die neuesten Bilanzdaten für das Fiskaljahr 2018 zeigen einen weiteren Anstieg des Anteils der Zuführungen zum Sonderhaushalt aus dem allgemeinen Haushalt auf über zwei Prozent. Dies bedeutet einen Anstieg gegenüber dem Fiskaljahr 2000 um den Faktor 2,5 (vgl. Tab. 3).

5.3 Ungleichgewicht zwischen Angebot und Nachfrage von Pflegedienstleistungen

Von Kritiker:innen wird die Gesetzliche Pflegeversicherung gelegentlich auch als „Versicherung ohne Pflegeleistung“ bezeichnet. Im Gesetzlichen Pflegeversicherungssystem sind gemäß der allgemeinen Versicherungspflicht alle Bürger:innen ab 40 Jahren beitragspflichtig. Allerdings fehlt es an Personal, um den tatsächlichen Pflegebedarf zu decken. In dem 2018 veröffentlichten Pflegeversicherungsplan für den siebten Planungszeitraum wurde der Bedarf an Fachkräften auf 2,16 Mio. beziffert, was einer Erhöhung um 260.000 im Vergleich zu den 1,9 Mio. Pflegekräften im Jahr 2016 darstellt. Bis zum Ende des Fiskaljahres 2025 wird ein Bedarfsanstieg um 550.000 auf insgesamt etwa 2,45 Mio. Pflegekräfte prognostiziert. Um dieser Nachfrage gerecht zu werden, muss das Pflegepersonal um jährlich 60.000 Personen aufgestockt werden. Dafür hat die Regierung ein Maßnahmenpaket in Höhe von insgesamt 200 Mrd. Yen – davon die Hälfte aus öffentlicher Hand – geschnürt, das die Bedingungen für Pflegefachkräfte verbessern, ein Ausscheiden aus dem Beruf vermeiden und Anreize zum Einstieg in Pflegeberufe bieten soll. Dennoch hält der Personalmangel in der Pflege und damit auch die Sorge um ausreichende pflegerische Versorgung nach wie vor an.

Der Fachkräftemangel hat auch weitreichende Auswirkungen auf den Bereich der häuslichen Pflege durch Angehörige. Jedes Jahr sehen sich rund 100.000 Arbeitnehmer:innen aufgrund der Betreuung oder Pflege eines Familienmitglieds gezwungen, ihren Arbeitgeber zu wechseln oder zu verlassen. Rund 80 % davon sind Frauen. Da die aktuelle japanische Pflegeversicherung keine Geldleistungen für häusliche Pflege durch Familienangehörige vorsieht, sind pflegende Angehörige mit nicht unerheblichen körperlichen und finanziellen Belastungen konfrontiert (vgl. auch die Beiträge von Reichert, Masuda und Fujita in diesem Band).

6 Zusammenfassung und Ausblick

Das Gesetzliche Pflegeversicherungssystem wurde u. a. angesichts eines rapiden Anstiegs der Lebenserwartung und der damit einhergehenden Alterung der Bevölkerung eingeführt. Auch die zuvor durch individuelle kommunale Maßnahmen überforderte bisherige Altenfürsorge und die im Grundsatz systemwidrige Fehlfinanzierung der „sozialen Hospitalisierung“ durch die Gesetzliche Krankenversicherung haben die Einführung eines flächendeckenden einheitlichen Pflegesystems unabdingbar gemacht, das transparent umgesetzt und stabil

finanziert werden kann. Seit der Einführung der GPV im Jahr 2000 sind mehr als 20 Jahre vergangen. Die GPV hat zwar allgemein einen guten Ruf, sie wird positiv bewertet, bleibt jedoch nicht vor weiteren Herausforderungen verschont. Der demografische Wandel schreitet voran und wird sowohl die kommunalen Haushalte als auch die Versicherten in Anbetracht des aktuellen Finanzierungsmodells weiterhin belasten.

Der Fokus des vorliegenden Beitrags zum japanische Pflegeversicherungssystem lag auf den Aufgaben der Kommunen, die in ihrer Funktion als Versicherer die Hauptverantwortung für die Umsetzung tragen. In Japan legt das Ministerium für Gesundheit, Arbeit und Wohlfahrt auf staatlicher Ebene sowohl die Grundsätze als auch diverse Regeln für die Umsetzung der pflegerischen Versorgung im Rahmen der Pflegeversicherung fest. Bei den regionalen Gebietskörperschaften spielen die Präfekturen eine eher untergeordnete Rolle. Sie bieten finanzielle Unterstützung und greifen bei Problemen, die die Kommunen allein nur schwer lösen können, koordinierend ein. Die operationale Umsetzung der PGV obliegt den Kommunen. Insofern wird das japanische Pflegeversicherungssystem unter einheitlichen Regeln dezentral umgesetzt. Die Kommunen sind auch unmittelbar für die Versicherungsbeiträge und die Entwicklung der Kosten bei den Leistungsausgaben verantwortlich. Um Leistungen der Gesetzlichen Pflegeversicherung in Anspruch nehmen zu können, müssen die Bürger:innen vorab ihre Pflegebedürftigkeit feststellen und einen Pflegeplan erstellen lassen. Häufig beauftragen die Kommunen dafür von ihnen anerkannte Fachkräfte bzw. Einrichtungen. Die tatsächliche pflegerische Versorgung wird nicht von den Kommunen selbst, sondern von zugelassenen Pflegedienstleistern erbracht.

Für eine reibungslose Umsetzung der Pflegeversicherung in den Regionen wurden unter Wahrung von Gleichheits- und Neutralitätsaspekten regionale integrierte Unterstützungszentren errichtet. Diese Einrichtungen dienen dem Aufbau einer umfassenden und dauerhaften Care-Managementstruktur, bieten allgemeine Beratungsleistungen und pflegepräventives Care-Management an, setzen sich für die Rechte der Betroffenen ein und veranstalten lokale Pflegekonferenzen. Finanziert wird die kommunal umgesetzte GPV durch Beiträge der Versicherten und öffentliche Mittel vom Staat, den Präfekturen und von den Kommunen selbst. Zusätzlich greift der Haushaltsstabilisierungsfond zum Ausgleich von Überschüssen bzw. Defiziten. Mit stark steigenden Zahlen an pflegebedürftigen Senior:innen nimmt die Nachfrage nach Pflegedienstleistungen zu. Allerdings mangelt es an Fachpersonal. Es müssen daher Lösungen gefunden werden, damit künftig nicht mehr so viele Arbeitnehmer:innen – darunter vor allem Frauen – wegen der Versorgung und Pflege von Angehörigen ihre Arbeitsplätze wechseln oder gar aufgeben müssen.

Literatur

- Health, Welfare and Labour Statistics Association [Tōsei tōkei kyōkai]. (2020). Renten- und Versicherungstrends 2020/2021 [Hoken to nenkin no mukō 2020/2021]. *Journal of Health and Welfare Statistics*, 67, 14 [Kōsei no shihyō: Zōkan. Dai 67 kan, dai 14 go.].
- MHLW. (2000). Leistungsobergrenzen für ambulante Pflegedienstleistungen und Pflegepräventionsdienstleistungen. *Amtliche Bekanntmachung des MHLW Nr. 33*. https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=82aa0267&dataType=0&pageNo=1. Zugegriffen: 6. Nov. 2021.
- MHLW. (2018). Information zu den Pflegeversicherungsbeträgen im 7. Planungszeitraum der in Kategorie I Versicherten. <https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000207410.html>. Zugegriffen: 6. Nov. 2021.
- MHLW. (2019a). Anlage 3: Zustand des Pflegeversicherungssystems [Shiryō 3: Kaigō hoken seido wo meguru jōkyū ni tsuite]. 7z Sitzung des Unterausschusses zur Pflegeversicherung des Rates für Sozialversicherung [Dai 75 kai – Shakai hoshō shingikai kaigō hoken bukai]. https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000184159_00002.html. Zugegriffen: 6. Nov. 2021.
- MHLW. (2019b). Weitere Förderung kommunaler Unterstützungsprojekte [Chiiki shien jigyō no saranaru suishin], 83. Sitzung des Unterausschusses zur Pflegeversicherung des Rates für Sozialversicherung [Dai 83 kai – Shakai hoshō shingikai kaigō hoken bukai]. https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_07165.html. Zugegriffen: 6. Nov. 2021.

Prof. Hiroshi Yoshida ist Professor für Ökonomie des Alterns an der Graduate School of Economics and Management der Tohoku Universität. Zu seinen Forschungsschwerpunkten zählen die wirtschaftliche Analyse der Bevölkerungsalterung, die öffentlichen Finanzen und die Ökonomie der Gleichstellung der Geschlechter. Zu seinen jüngsten Veröffentlichungen gehören „Lifestyle Habits and the Risk Factors of Dementia: Evidence from Japan“, *Geriatrics & Gerontology International*. 2020; 1–6, mit Co-Autor F. Chen.

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der 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.





Zuständigkeiten der deutschen Kommunen auf dem Gebiet der Langzeitpflege – aktuelle Lage und Probleme

Gerhard Igl

1 Grundlegendes und Statistisches

1.1 Kommunen

Unter dem Begriff der Kommune werden in Deutschland die Gemeinden und die Landkreise verstanden. Mehrere Kommunen bilden einen Landkreis. Auch Städte können Gemeinden sein. Dabei ist es möglich, dass die Städte keinem Landkreis angehören; dann werden sie als kreisfreie Städte bezeichnet. Im Einzelnen treffen die 16 Bundesländer die Regelungen hierfür. Wenn in Deutschland von den Aufgaben der Kommunen auf dem Gebiet der Pflege gesprochen wird, so sind damit meist die Landkreise und die kreisfreien Städte gemeint.

Die Anzahl der Gemeinden in Deutschland lag Ende 2019 bei 10.799.¹ Die Einwohnerzahlen sind dabei sehr unterschiedlich. Am Ende des Jahres 2019 gab es in Deutschland 3827 Gemeinden mit weniger als 1000 Einwohnern, 6891 Gemeinden mit einer Einwohnerzahl zwischen 1000 und 99.999 sowie

¹Diese und die weiteren Angaben entnommen aus Statistisches Bundesamt: Anzahl der Gemeinden in Deutschland nach Gemeindegrößenklassen. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1254/umfrage/anzahl-der-gemeinden-in-deutschland-nach-gemeindegroessen-lassen/#professional>.

G. Igl (✉)
ehem. Universität Kiel, Kiel, Deutschland
E-Mail: Gerhard.Igl@t-online.de

81 Gemeinden mit 100.000 und mehr Einwohnern. Die Anzahl der Landkreise betrug Ende 2019 292, die der kreisfreien Städte 108.²

1.2 Altenpflege – Langzeitpflege

In Deutschland ist Pflege im Sinne von Langzeitpflege von Krankenpflege abgegrenzt. Sie umfasst rechtlich nicht nur die Altenpflege, sondern wird als Pflege von Menschen aller Altersgruppen verstanden. Das hat damit zu tun, dass der wichtigste Sozialleistungszweig für Leistungen der Langzeitpflege, die Soziale Pflegeversicherung (Elftes Buch Sozialgesetzbuch – SGB XI), Leistungen für pflegebedürftige Menschen aller Altersgruppen vorsieht. Ein Sozialleistungszweig, der Leistungen der Langzeitpflege nur für ältere Menschen vorsieht, existiert nicht.

Auf der politischen Handlungsebene steht aber die Langzeitpflege für ältere Menschen im Vordergrund. Faktisch ist diese Art der Pflege der wichtigste Teil der Langzeitpflege.

Ende 2019 waren in Deutschland 4,1 Millionen Menschen pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI).³ Davon wurden 80 % (3,3 Mio.) zu Hause versorgt. Die Mehrheit der Pflegebedürftigen war weiblich (62 %). 2,12 Mio. Pflegebedürftige wurden in der Regel allein durch Angehörige gepflegt. Weitere 0,98 Mio. Pflegebedürftige lebten ebenfalls in Privathaushalten, sie wurden jedoch zusammen mit oder vollständig durch ambulante Pflegedienste versorgt. Knapp ein Fünftel (20 % oder 0,82 Mio. Pflegebedürftige) wurde in Pflegeheimen vollstationär betreut.

Mit zunehmendem Alter steigt die Wahrscheinlichkeit pflegebedürftig zu sein. Während bei den 70- bis 74-Jährigen rund 8 % pflegebedürftig waren, wurde für die ab 90-Jährigen die höchste Pflegequote ermittelt: Der Anteil der Pflegebedürftigen an der Bevölkerung in diesem Alter betrug 76 %.

²Entnommen aus Statistisches Bundesamt: Daten aus dem Gemeindeverzeichnis. Kreisfreie Städte und Landkreise nach Fläche, Bevölkerung und Bevölkerungsdichte. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Laender-Regionen/Regionales/Gemeindeverzeichnis/Administrativ/04-kreise.html>.

³Zu diesen und die weiteren Zahlen vgl. Destatis (Deutsches Statistisches Bundesamt) (Hrsg.) (2020): Pflegestatistik 2019: Wiesbaden.

2 Steuerungsdefizite bei der Pflegepolitikgestaltung auf kommunaler Ebene

Seit Einführung der Pflegeversicherung in den Jahren 1994 und 1995 besteht die Besorgnis, dass die Kommunen, d. h. die Landkreise und kreisfreien Städte, nicht über geeignete rechtliche Instrumente zur Gestaltung der Pflege auf ihrer Ebene verfügen. In der Tat werden die Kommunen nicht zentral in das Versorgungsgeschehen der Sozialen Pflegeversicherung (SGB XI) eingebunden. Das ist bis jetzt ein fortwährendes Thema, und viele Experten und Politiker sind sich einig, dass den Kommunen mehr Gestaltungsmöglichkeiten bei der Pflege eingeräumt werden sollten.

Liest man die politischen Stellungnahmen zur Rolle der Kommunen in der Pflege, so lautet der Grundtenor meist „Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege“. Zuletzt wurde im Zusammenhang mit der Gesetzgebung zur weiteren Entwicklung der Sozialen Pflegeversicherung (Pflegestärkungsgesetz III – PSG III) kritisiert, dass die Erwartungen in Richtung auf eine stärkere kommunale Rolle bei der Organisation von Beratungs-, Pflege- und Betreuungsangeboten nicht erfüllt würden. Auch die unzureichende Einbindung in die Planung, Beratung und Entscheidung wird gerügt. In einer Stellungnahme eines großen Kommunalverbandes (Deutscher Landkreistag) bei der Anhörung zum Pflegestärkungsgesetz III im Gesundheitsausschuss⁴ heißt es:

„Unzureichende Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege

Schließlich sollte durch das PSG III die Rolle der Kommunen für eine bessere Pflegeinfrastruktur vor Ort gestärkt werden. Nach wie vor fehlt den Kommunen die für die Steuerung der Pflegeinfrastruktur notwendige gesetzliche Unterstützung, um regulierend in Situationen der Unter- oder Überversorgung eingreifen zu können. In der Bund-Länder-AG zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege waren einige Maßnahmen verabredet worden. Angesichts des Wissensvorsprungs der kommunalen Ebene gegenüber den Pflegekassen über die Pflegestruktur vor Ort halten wir eine stärkere kommunale Pflegeplanung für erforderlich. Ebenso sinnvoll wäre eine stärkere Einbindung der Kommunen in die Beratungsstrukturen. Dies – in Verbindung mit der Anpassung der Sozialräume an die Bedürfnisse einer alternden Gesellschaft – könnte zu einem deutlichen Schub in der Verbesserung der Situation pflegebedürftiger Menschen führen. Auch der Grundsatz „ambulant vor stationär“ könnte so gestärkt werden. In dem PSG III-Entwurf werden dagegen die in der

⁴ <https://www.bundestag.de/ausschuesse18/a14/anhoeungen/stellungnahmen-psg3/474280>. Ähnlich lauten auch die Empfehlungen aus dem Papier der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege von 2014.

Bund-Länder-AG ohnehin schon abgeschwächten Ansätze weiter zurückgefahren. Insbesondere die überbürokratisierten Vorschläge zu einer modellhaften Beratung durch die Kommunen nach den Vorstellungen des GKV-Spitzenverbandes, der das Modell bekanntlich ablehnt, zeigen dies deutlich.“

Es sind also zwei Rollen der Kommunen, die hier angesprochen werden: die *Versorgungssteuerung* und die *Beratung*.

Auch der 7. Altenbericht der Bundesregierung von 2016, der der Sorge und Mitverantwortung in der Kommune gewidmet ist, spricht von der Steuerung und Gestaltung einer wohnortnahen Pflege. So wird etwa der Vorschlag gemacht, dass die Kommunen ein Care- und Casemanagement federführend koordinieren sollen. Hier wird also das Thema der Beratung und Fallgestaltung angesprochen.

In einem Positionspapier des Spitzenverbandes der Gesetzlichen Krankenversicherung (Anforderungen an die Rolle der Kommunen in der Pflege, 2015), also nicht eines kommunalen Verbandes, wird ebenfalls auf bestimmte Steuerungsdefizite der Kommunen hingewiesen. So ist der GKV-Spitzenverband der Ansicht, dass die Kommunen die Analyse der pflegerischen Angebotsstrukturen federführend übernehmen sollen. Damit ist das Thema der Gestaltung der pflegerischen Versorgungsstruktur angesprochen.

In dem folgenden Beitrag soll den Gründen nachgegangen werden, warum Kommunen in Deutschland bisher keine besondere Rolle in der Pflege spielen. Diese Gründe sind zu einem großen Teil auch rechtlicher Art und hängen damit zusammen, wie sich die organisatorischen Strukturen der sozialen Sicherheit in Deutschland darstellen. Hierbei spielt auch das Verfassungsrecht, insbesondere das Staatsorganisationsrecht, eine tragende Rolle, ebenso wie das Kommunalrecht und wie das Sozialversicherungsrecht. Im Geflecht dieser drei Rechtsgebiete gilt es, sich zurechtzufinden, um die jetzige Situation der Kommunen auf dem Gebiet der Pflege zu verstehen. Gerade für den ausländischen Betrachter ist schwer nachzuvollziehen, wie sehr der Einfluss der Organisation der Kranken- und Pflegeversicherung auch die kommunalen Aufgaben und Befugnisse in der Pflege prägt. Das bedeutet, dass man über die Rolle der Kommunen in der Pflege nur sprechen kann, wenn man über die Pflegeversicherung spricht.

Hinzu kommt, dass es dem Bundesgesetzgeber versagt ist, den Gemeinden und Gemeindeverbänden Aufgaben zu übertragen. Dies ist dem Landesgesetzgeber vorbehalten. In den meisten Landesverfassungen ist geregelt, dass der Landesgesetzgeber den Gemeinden Aufgaben nur übertragen kann, wenn die entsprechende Finanzierung durch das Land gesichert ist.

3 Aufgaben und Befugnisse der Kommunen auf dem Gebiet der Pflege

3.1 Zur Unterscheidung von Aufgaben und Befugnissen

Wenn von der Stärkung der Kommunen gesprochen wird, ist auf eine wichtige Unterscheidung hinweisen: die Unterscheidung zwischen den Aufgaben der Kommunen und den Befugnissen der Kommunen. Die Zuteilung einer Aufgabe und ihrer Wahrnehmung an Kommunen bedeutet nicht automatisch auch die Berechtigung für die Kommunen, in Rechte Dritter einzugreifen, wie es etwa bei Planungen der Fall ist, wenn z. B. entschieden wird, welche Pflegeeinrichtung zu welchen Bedingungen in der Kommune Pflegeleistungen erbringen darf. Nach deutschem Verfassungsrecht bedarf es hierfür einer speziellen gesetzlichen Ermächtigung.

3.2 Aufgaben der Kommunen auf dem Gebiet der Pflege

Die *Kommunen* haben das verfassungsrechtlich garantierte Recht, alle Angelegenheiten der örtlichen Gemeinschaft im Rahmen der Gesetze in eigener Verantwortung zu regeln (Art. 28 Abs. 2 Satz 1 GG). Aus dieser breiten Aufgabenzuteilung kann aber nicht gefolgert werden, dass die Gestaltung der Pflege ausschließlich den Kommunen obliegt. „Im Rahmen der Gesetze“ heißt nämlich, dass die bestehenden Gesetze zu beachten sind. Das wichtigste bestehende Gesetz ist das Gesetz über die Soziale Pflegeversicherung, das SGB XI.

Dieses Gesetz enthält eine Aufgabennorm (§ 8 Abs. 2 Satz 1 SGB XI), in der die Rolle der Kommunen im Verhältnis zu anderen Akteuren allgemein bestimmt wird: Danach haben die Länder, die Kommunen, die Pflegeeinrichtungen und die Pflegekassen unter Beteiligung der Medizinischen Dienste⁵ eng zusammenzuwirken, um eine leistungsfähige, regional gegliederte, ortsnahe und aufeinander abgestimmte ambulante und stationäre pflegerische Versorgung der Bevölkerung

⁵Die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (jetzt: Medizinische Dienste) sind medizinische und pflegfachliche Begutachtungs- und Beratungsdienste für die gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherungen in Deutschland.

zu gewährleisten. Der Aufbau und die Weiterentwicklung der notwendigen pflegerischen Versorgungsstruktur und die Unterstützung und Förderung der Bereitschaft zu einer humanen Pflege sind ebenfalls im Sinne einer Aufgabennorm zu verstehen (§ 8 Abs. 2 Satz 2 und 3 SGB XI).

Eine weitere Aufgabennorm für die Kommunen findet sich im Sozialhilferecht (Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch – SGB XII), so die Pflicht zur Koordinierung aller für die wohnortnahe Versorgung und Betreuung in Betracht kommenden Hilfe- und Unterstützungsangebote gemeinsam mit den Beteiligten der Pflegestützpunkte (§ 4 Abs. 1 Satz 2 und 3 SGB XII).

Auch die *Länder* haben Aufgaben auf dem Gebiet der Pflege. Sie haben die Verantwortung für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur (§ 9 Satz 1 SGB XI), wobei das Nähere zur Planung und zur Förderung der Pflegeeinrichtungen durch die Länder bestimmt wird (§ 9 Satz 2 SGB XI). Die Länder können die Kommunen zur Wahrnehmung von Aufgaben auf diesem Gebiet bestimmen, so wie es z. B. in Nordrhein-Westfalen mit dem Alten- und Pflegegesetz⁶ geschehen ist.

Die wichtigste Aufgabennorm betrifft aber nicht die Kommunen und die Länder, sondern die *Pflegekassen*, die einen *Sicherstellungsauftrag* für die pflegerische Versorgung haben (§ 12 Abs. 1, § 69 SGB XI). Danach haben die Pflegekassen eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse entsprechende pflegerische Versorgung der Versicherten zu gewährleisten.

Die hier aufgezeigten Vorschriften, die den Kommunen Aufgaben auf dem Gebiet der Pflege zuweisen, sind vor allem dadurch gekennzeichnet, dass die Kommunen als Mitverantwortliche, nicht als ausschließlich Verantwortliche für die Belange der Pflege fungieren. Es handelt sich deshalb um *Zusammenarbeits- und Koordinierungsverpflichtungen*.

Hingegen ist die *Gestaltung der Versorgungsstruktur den Ländern und die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung den Pflegekassen* als zentralen Akteuren vorbehalten.

⁶Gesetz zur Weiterentwicklung des Landespflegerechtes und Sicherung einer unterstützenden Infrastruktur für ältere Menschen, pflegebedürftige Menschen und deren Angehörige (Alten- und Pflegegesetz Nordrhein-Westfalen – APG NRW) vom 2. Oktober 2014.

3.3 Befugnisse der Kommunen auf dem Gebiet der Pflege

Die Steuerung der Versorgung mit Pflegeeinrichtungen und -diensten wird üblicherweise mit *Planungsinstrumenten* wahrgenommen. Mit solchen Planungsinstrumenten soll meist eine Über- oder Unterversorgung verhindert bzw. eine den Bedürfnissen der Bevölkerung oder der Versicherten entsprechende Versorgung gesichert werden. Solche Planungsinstrumente sind auf kommunaler Ebene *nicht* vorgesehen.

Auf der Ebene der *Länder* ist dies anders: In den Landespflegegesetzen können Instrumente für die Planung der Versorgungsinfrastruktur vorgesehen werden, bei denen die Kommunen eine Rolle spielen. Beispielhaft sei hier auf das Alten- und Pflegegesetz des Landes Nordrhein-Westfalen⁷ eingegangen.

Nordrhein-Westfalen Nach diesem Gesetz ist die Errichtung eines Landesausschusses Alter und Pflege vorgesehen, in dem neben anderen Akteuren auf dem Gebiet der Pflege auch die Kommunen beteiligt sind (§ 3 APG NRW). Für die Sicherstellung und Koordinierung der dem örtlichen Bedarf entsprechenden Angebotsstruktur sind die Kreise und die kreisfreien Städte zuständig, die die kreisangehörigen Städte und Gemeinden einbeziehen (§ 4 Abs. 1 APG NRW). Die örtliche Planung der Kreise und kreisfreien Städte umfasst die Bestandsaufnahme der Angebote, die Feststellung, ob qualitativ und quantitativ ausreichend Angebote zur Verfügung stehen und die Klärung der Frage, ob und gegebenenfalls welche Maßnahmen zur Herstellung, Sicherung oder Weiterentwicklung von Angeboten erforderlich sind. Die kreisangehörigen Gemeinden werden in den Planungsprozess eingezogen (§ 7 Abs. 1 und 2 APG NRW). Die von den Kreisen und kreisfreien Städten eingerichteten örtlichen Konferenzen Alter und Pflege wirken bei der Sicherung und Weiterentwicklung der örtlichen Angebote mit. Mitglieder der örtlichen Konferenzen können auch die kreisangehörigen Gemeinden sein (§ 8 APG NRW). Eine verbindliche Bedarfsplanung ist nur in Richtung auf zusätzliche teil- oder vollstationäre Pflegeeinrichtungen möglich (§ 7 Abs. 6 APG).

Die *Länder* haben generell die Möglichkeit, einen *Landespflegeausschuss* zu bilden und dort eine *Pflegestrukturplanungsempfehlung* zu geben (§ 8a Abs. 4

⁷Siehe Fußnote 6.

SGB XI). Den Ländern bleibt es unbenommen, ob und wie sie die Kommunen in diese Verfahren einbeziehen.

Diese Planungsinstrumente haben eher indikativen Charakter, weil sie Bedarfe und Möglichkeiten aufzeigen. Sie können nicht direkt steuernd wirken, etwa in dem Sinn, eine bestimmte Einrichtung von der Versorgung aus- oder in die Versorgung einzuschließen.

Als weiteres Instrument der Einflussnahme auf die pflegerische Versorgungsstruktur kommt die *Zulassung von pflegerischen Einrichtungen und Diensten zur Erbringung von Pflegeleistungen* infrage.

Diese Möglichkeit besteht aber für die *Kommunen* nicht. Hierfür sind alleine die *Landesverbände der Pflegekassen* zuständig (§ 72 SGB XI). Aber auch die Landesverbände der Pflegekassen haben mit der Zulassung der Pflege durch Versorgungsvertrag *keine planerischen Möglichkeiten der Versorgungsgestaltung*. Jede Pflegeeinrichtung, die die gesetzlichen und sonstigen Voraussetzungen erfüllt, hat einen *Anspruch auf Zulassung zur pflegerischen Versorgung*, wobei die freigemeinnützigen und privaten Träger einen Vorrang vor den öffentlichen Trägern genießen (§ 72 Abs. 3 SGB XI).

Allerdings bleibt den *Ländern* die Möglichkeit, eine verbindliche Bedarfsplanung vorzusehen, bei der auch die Kommunen beteiligt sind, wenn diese sich auf zusätzliche teil- oder vollstationäre Pflegeeinrichtungen erstreckt. Das kann von den Ländern so geregelt werden. Nicht alle Länder haben aber von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht.

Weitergehende Planungsinstrumente sind auf kommunaler Ebene nicht gegeben.

Auf dem Gebiet der Pflegeversicherung sind zwei Arten von Beratung zu unterscheiden:

Die Aufklärung und Auskunft über die Pflegeleistungen und ihrer Inanspruchnahme liegt in der Zuständigkeit der Pflegekassen (§ 7 SGB XI). Demgegenüber ist die eigentliche Pflegeberatung mehr auf die Personen konzentriert und auch auf die Erstellung eines individuellen Versorgungsplans gerichtet. Hierzu sollen Pflegeberater:innen eingesetzt werden, die von den Pflegekassen beauftragt werden (§ 7a SGB XI).

Eine zentrale Rolle bei der wohnortnahen Beratung, Versorgung und Betreuung der Versicherten nehmen die *Pflegestützpunkte* ein, die von den Pflegekassen errichtet werden (§ 7c SGB XI). Diesen Pflegestützpunkten kommen umfassende Beratungsbefugnisse auch bei der Koordinierung aller relevanten Leistungen zu (§ 7c Abs. 2 SGB XI).

Für die Errichtung der Pflegestützpunkte gibt es jetzt ein *Initiativrecht der Kommunen* (§ 7c Abs. 1a SGB XI).

Seit 2017 können die *Kommunen* im Rahmen auf fünf Jahre befristeter *Modellvorhaben* die Beratung von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen und das Fallmanagement übernehmen (§ 123 SGB XI). Diese Möglichkeit stellt einen Kompromiss in Richtung auf die Kommunen dar, die die Pflegeberatung insgesamt übernehmen wollten.

Damit kann festgestellt werden, dass den Kommunen auf dem Gebiet der Pflegeberatung und des Fallmanagements Befugnisse nur im Rahmen von befristeten Modellvorhaben zustehen.

Diese Situation wird als unbefriedigend erachtet. Eine Expertenkommission auf Bundesebene, die Kommission zur Erstellung des Altenberichts, hat im 7. Altenbericht (2016)⁸ gefordert, dass die Kommunen ein Care- und Casemanagement federführend koordinieren sollten. Sie sollten wohnortnahe Strukturen der Beratung und des Casemanagements aufbauen. Die Kommission empfiehlt deshalb, den Kommunen Aufgaben der Pflegekassen unter anderem im Bereich des Care- und Casemanagements zu übertragen. Dabei sollte auf die vielfältigen Erfahrungen von Bundesländern, die über regionale und kommunale Infrastrukturen der Koordination, der Planung sowie des Care- und Casemanagements verfügen, zurückgegriffen werden.

Kommunen können auch als Leistungserbringer von Pflegeleistungen auftreten. Sie können selbst als Träger von ambulanten und stationären Diensten und Einrichtungen zur Pflege älterer Menschen auftreten. Allerdings haben freigemeinnützige und private (=in der Regel gewerbliche) Träger Vorrang gegenüber öffentlichen (= in der Regel kommunalen Trägern) (§ 11 Abs. 2 Satz 3 SGB XI). Diese Vorrangklausel wurde mit der Sozialen Pflegeversicherung 1994 eingeführt. Vorher galt ein Vorrang der freigemeinnützigen und der öffentlichen Träger. Mit der neuen Vorrangklausel wurde eine Marktöffnung für private Leistungsanbieter bezweckt. Mittlerweile sind die Kommunen nur noch in geringer Zahl Anbieter von ambulanten Pflegediensten (Ende 2017: 154 kommunale Träger gegenüber 9243 privaten Trägern). Bei den stationären Einrichtungen ist der Anteil der freigemeinnützigen Träger mit 53 % der höchste, gefolgt von privaten Trägern (43 %). Die kommunalen Träger machen mit 5 % den kleinsten Anteil aus.

Es bestehen also *begrenzte Befugnisse der Kommunen, als Träger von pflegerischen Einrichtungen und Diensten aufzutreten*.

⁸ Deutscher Bundestag, Drucksache 18/10210.

Die wichtigste Rolle der Kommunen ist darin zu sehen, dass sie als *Träger der Leistungen der Sozialhilfe* fungieren. Bis zur Einführung der Pflegeversicherung 1994/1995 war die Leistung der Hilfe zur Pflege der wichtigste Leistungszweig der Sozialhilfe, weil diese praktisch die einzige Sozialleistung bei Pflegebedürftigkeit war. Heute wird Hilfe zur Pflege fast nur noch als *ergänzende Hilfe zu den Leistungen der Pflegeversicherung* geleistet.

4 Zusammenfassung und Ausblick

Die Stärkung der kommunalen Ebene auf dem Gebiet der Politik für alte, behinderte und pflegebedürftige Menschen wird seit einiger Zeit als Anliegen formuliert. Auf bundespolitischer Ebene werden diese Anliegen verstärkt wahrgenommen. Trotzdem bleiben staatsorganisatorische Probleme angesichts der Tatsache, dass die Gestalt des Gesundheits- und Pflegewesens und damit die gesundheitliche und pflegerische Versorgung maßgeblich durch das SGB V (Gesetzliche Krankenversicherung) und SGB XI (Soziale Pflegeversicherung) geprägt werden. Diese Sozialleistungsgesetze enthalten nicht nur Vorschriften zu den Leistungen der Versicherten, sondern auch zu der Frage, von wem und wie und in welcher Qualität diese Leistungen erbracht werden (Leistungserbringungsrecht). Man könnte auch sagen: dieses Leistungserbringungsrecht ist das Recht, mit dem die Versorgung auf gesundheitlichem und pflegerischem Gebiet ganz wesentlich gestaltet wird.

Die Verlagerung von bisher bei den Sozialversicherungsträgern liegenden Versorgungs- und Beratungskompetenzen auf die kommunale Ebene erfordert weniger eine neue Aufgabenzuschreibung – diese ist mit der Daseinsvorsorgeverantwortung der Kommunen weitreichend gegeben-, als vielmehr eine neue Befugnisverteilung mit entsprechenden Instrumenten und entsprechender Finanzierung. Damit müssten die Pflegekassen auf diese Befugnisse verzichten.

Neben diesem Problem stellt sich ein weiteres Problem: Es ist bislang nicht klar, ob alle Kommunen in Deutschland überhaupt eine neue Befugnisverteilung wollen. Es ist deshalb sehr schwierig, die Lage in Deutschland einzuschätzen. Diejenigen, die eine Befugnisverteilung wünschen, äußern sich – in der Regel über ihre Verbände – politisch oft lautstark. Diejenigen, die es bei der bisherigen Befugnisverteilung belassen wollen, äußern sich nicht oder nur leise.

Es wird daher von großem Interesse sein, ob und inwieweit die Erfahrungen, die man in Japan bei der Gestaltung der Pflege auf kommunaler Ebene gemacht hat, auch für die Verhältnisse in Deutschland fruchtbar gemacht werden können.

Prof. Dr. Gerhard Igl war Professor für Öffentliches Recht und Sozialrecht und Direktor des Instituts für Sozialrecht und Gesundheitsrecht an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel. Seine Forschungsschwerpunkte sind die Kranken- und Pflegeversicherung, Gesundheitsberufe, Pflegeeinrichtungen, Altenpflege und regionale Pflegepolitik, insbesondere die kommunale Gesundheitspflege. In diesen Bereichen hat er kürzlich Bücher zum Gesundheitsrecht und zur Gesetzgebung für Pflegeberufe und andere Gesundheitsberufe veröffentlicht. Er ist Mitherausgeber der deutschen Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie.

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der 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.





Die Rolle der Kommunen – zusammenführende Kommentierung

Gerd Naegele

In stark und schnell alternden Gesellschaften zählt die gesundheitliche und pflegerische Versorgung der Bevölkerung zu den elementaren Herausforderungen. Dies gilt gleichermaßen und insbesondere für Deutschland und Japan, wo die familiäre Pflege als primäre Stütze der Versorgung zunehmend in Frage gestellt wird. Gründe hierfür sind nicht allein der steigende Anteil an Älteren und Hochaltrigen. Auch die pflegerische Versorgung in den Familien, die gleichsam selbstverständlich und unhinterfragt zumeist den Frauen und dann zuvorderst den Töchtern überlassen wurde, ist nicht mehr tragfähig, weil sich traditionelle Rollenmuster auflösen, familiäre Strukturen verändert haben und die jüngere Generation – in Japan mehr noch als in Deutschland – aus den Regionen in die Ballungszentren abwandert.

Vor dem Hintergrund der demografischen und gesellschaftlichen Veränderungsprozesse und der damit einhergehenden finanziellen Belastung sozialer Sicherungssysteme haben beide Länder schon sehr früh mit grundlegenden staatlichen Pflegereformen reagiert. Deutschland führte 1994/1995 und Japan im Jahr 2000 (nach dem Muster der deutschen Pflegeversicherung) eine staatliche Pflegeversicherung ein. Die in „klassisch deutscher sozialpolitischer Tradition“ folgenden Versicherungssysteme haben in beiden Ländern die zuvor geltenden, überholten und mit der steigenden Zahl Pflegebedürftiger operativ wie finanziell völlig überforderten alten Regelungsmuster – Sozialhilfe in Deutschland,

G. Naegele (✉)

Institut für Gerontologie, TU Dortmund University, Dortmund, Deutschland
E-Mail: gnaegele@t-online.de

© Der/die Autor(en) 2022

F. Waldenberger et al. (Hrsg.), *Alterung und Pflege als kommunale Aufgabe*,
Dortmunder Beiträge zur Sozialforschung,
https://doi.org/10.1007/978-3-658-36844-9_4

Altenfürsorge in Japan – abgelöst. Allerdings gewinnen in Deutschland die Sozialhilfe und damit die Kommunen als der hier zuständige Träger zunehmend wieder an Bedeutung als sog. „Restkostenfinanzierer“, da sie die (seit Jahren wieder steigenden) sonst nicht von der Pflegeversicherung und/oder Betroffenen abgedeckten Pflegekosten übernehmen müssen.

Dennoch unterscheiden sich der deutsche und der japanische Lösungsweg in gewichtigen Teilen voneinander. Einer der markantesten Unterschiede liegt in der Zuweisung der konkreten pflegerischen Versorgungsverantwortung. In Deutschland ist diese den „unter dem Dach“ der gesetzlichen Krankenversicherung angesiedelten Pflegeversicherungen mit ihren jeweiligen Pflegekassen zugewiesen. In Japan sind die Kommunen, d. h. die Städte und Gemeinden einschließlich der 23 Sonderbezirke in Tokio dafür zuständig.

Die Beiträge in dieser Sektion analysieren die jeweiligen Lösungswege aus ihrem spezifisch nationalen Blickwinkel. Der deutsche Beitrag hebt dabei primär auf die Rechtsgrundlagen und damit zusammenhängende „Befugnislücken“ bei den Kommunen ab, während der japanische Beitrag mehr Organisation und Abläufe in den Kommunen mit einem starken Fokus auf Finanzierungsfragen thematisiert.

Für beide Länder gilt gleichermaßen, dass Pflegebedürftigkeit in erster Linie zu Hause auftritt und die davon betroffenen Menschen hier auf ihre ganz konkreten Lebensverhältnisse bezogene Hilfe und Unterstützung erwarten können. Beide Länder präferieren dabei kulturell wie politisch die häusliche Versorgung durch Angehörige, wobei sie auch auf Unterstützung durch professionelle Helfer:innen zurückgreifen können. Hier gibt es somit ein hohes Maß an Übereinstimmung in den Versorgungszielen. Demgegenüber liegen gewichtige Unterschiede in der Leistungsauswahl und Leistungsgewährung. Während in Japan das reine Sachleistungsprinzip gilt, was auch Objektförderung von Diensten und Einrichtungen einschließt, gelten in Deutschland das Sach- und Geldleistungsprinzip, d. h. die Subjektförderung durch „Pflegegeld“. Dabei ist Letzteres mit einer Nutzungsquote von weit über 75 % bei den ambulanten Pflegeleistungen dominant. Es wird von den meisten Antragstellern aus naheliegenden Gründen gewählt, ist aber in kaum zu quantifizierenden Fällen mit den Risiken von Versorgungslücken, Qualitätsmängeln und „Mitnahmeeffekten“ verknüpft (Bäcker et al., 2020; Bd. II). Auch „Versorgungsobergrenzen“ sind in beiden Ländern vorhanden. Wegen der fehlenden Regeldynamisierung der Leistungen führen sie aber in Deutschland anders als in Japan zu einer schleichenden Entwertung von Leistungen.

Die sowohl für das Sach- als auch das Geldleistungsprinzip auf Trägerseite erforderlichen Kenntnisse und Kompetenzen sind in erster Linie bei den Kommunen und ihren Diensten zu erwarten, da diese in aller Regel nicht nur

mit den örtlichen Verhältnissen besser vertraut sind, sondern im Rahmen ihrer verschiedenen sozialen Dienste auch mit den konkreten Problem- und Bedarfslagen der Betroffenen und ihrer privaten Helfer:innen. Damit sollten sie besser in der Lage sein, einzelfallbezogen, möglichst passgenaue und maßgeschneiderte Hilfen bereitzustellen zu können. Diese Überzeugung teilt Hiroshi Yoshida in seinem Plädoyer für eine *„ungehinderte und reibungslose Umsetzung der Pflegeversicherung“*. Auch das in seinem Beitrag vorgestellte, allerdings noch nicht flächendeckend eingeführte „Community-Based Integrated Care System“ (Hatano et al., 2017)¹ setzt auf eine umfassende funktionsfähige kommunale Verantwortung. Es verdient nicht zuletzt wegen seiner örtlichen Verankerung bereits heute den Ruf eines exportfähigem japanischen „Vorzeigemodells“. In diesem Sinne stellt es auch für Deutschland in wichtigen Dimensionen wie der örtlichen Vernetzung von Versorgungsbereichen, Trägern und Diensten auf digitalisierter Basis ein wegweisendes Zukunftskonzept dar.

Obwohl in Deutschland das Grundgesetz den Kommunen die Verantwortung für die „Anliegen der örtlichen Gemeinschaft“ und damit die „Daseinsvorsorge“ zugewiesen hat, obliegt im deutschen Leistungserbringungsrecht die „Letztverantwortung“ für die pflegerische Versorgung den Pflegekassen. Gerhard Igl bemängelt, dass die Kommunen dazu nicht über die *„geeigneten rechtlichen Instrumente zur Gestaltung der Pflege auf ihrer Ebene“* verfügen und verweist auf die von vielen Expert:innen schon seit der Einführung der Pflegeversicherung immer wieder geforderte Ausweitung konkreter Mitgestaltungsmöglichkeiten insbesondere in den Bereichen Versorgungsplanung und Versorgungsberatung. Die von ihm in diesem Zusammenhang beklagten Probleme in der Planung und Beratung² erklären sich aus der für die deutsche Sozialpolitik typischen Gemengelage *„organisatorischer Strukturen der sozialen Sicherheit“*, d. h. aus den unterschiedlichen Einflüssen von Staatsorganisations-, Kommunal- und Sozialversicherungsrecht vor allem bei der Kranken- und Pflegeversicherung. Sie verbieten es dem Bundesgesetzgeber, also dem Staat, eine Übertragung von entsprechenden Befugnissen auf die kommunale Ebene vorzunehmen. Lediglich die Länder könnten dies tun, allerdings nur unter bestimmten Bedingungen, was aber wegen des Föderalismusprinzips im Effekt keine flächendeckende Versorgungsqualität zur Folge hätte.

¹ Sie dazu die ergänzenden Erläuterungen am Ende dieses Beitrags.

² Diese habe ich in meinem eigenen Beitrag zu Sektion II als „Funktionssperren“ bezeichnet und die daraus resultierenden praktischen Steuerungsdefizite und -probleme und die jeweiligen Folgen für Versorgungssicherheit und -qualität versucht zu verdeutlichen.

Die für die konkrete örtliche Versorgungssteuerung zentralen Planungsinstrumente sind in Deutschland auf der kommunalen Ebene nicht vorgesehen und können nur von den Bundesländern, wie im Alten- und Pflegegesetz für das größte Bundesland Nordrhein-Westfalen vorgesehen, beschlossen werden. Solche Beschlüsse haben allerdings nur „*indikativen Charakter, weil sie lediglich Bedarfe und Möglichkeiten aufzeigen*“. Die konkrete Zulassung von Einrichtungen und Diensten zur Erbringung von Pflege obliegt weiterhin den Pflegekassen. Außerdem sichert eine Länderregelung keine bundesweit einheitliche Lösung. Im Gegensatz dazu zielt Japan mit seinen „Plänen zur Unterstützung der Pflegeversicherung“ ganz offensichtlich auf flächendeckende Lösungen.

Die zweite „Funktionssperre“ für die Kommunen betrifft die Pflegeberatung und das daran anknüpfend Fallmanagement. Sie liegt nach den Vorschriften der Pflegeversicherung ebenfalls in der Zuständigkeit der Pflegekassen. Allerdings gibt das Pflegestärkungsgesetz III (2017) den Kommunen mit den Pflegestützpunkten die Möglichkeit zur direkten Intervention; dies allerdings auch nur im Rahmen von befristeten Modellvorhaben. Die grundsätzliche Zuständigkeit der Pflegekassen wird davon also nicht berührt. Eine echte Stärkung der Kommunen in der unmittelbaren Pflegeversorgungsverantwortung kann somit nach Gerhard Igl nur über eine neue *Befugniszuweisung* durch den Gesetzgeber ermöglicht werden. Dies aber würde einen Verzicht der Pflegekassen auf eben diese Befugnisse voraussetzen, womit kaum gerechnet werden kann. Daneben stellt sich auch die Frage, ob die speziell in Deutschland so typische Unterschiedlichkeit der Kommunen eine effiziente *Befugnisnutzung* nach sich ziehen würde. Denn dazu bedarf es u. a. zusätzlicher Finanzmittel und nicht zuletzt hinreichender fachlicher Kenntnisse bei den Mitarbeiter:innen, was beides nicht per se vorausgesetzt werden kann. Insofern gibt es unter vielen Expert:innen in Deutschland Zweifel daran, ob auch alle Kommunen überhaupt an dieser *Befugniszuweisung* interessiert, geschweige denn dazu in der Lage wären.

Eine Diskussion über eine *befugnisbezogene* Stärkung der Kommunen hat es in Japan – folgt man Hiroshi Yoshida – überhaupt erst gar nicht gegeben. Die japanischen Kommunen waren, als es zur Einführung der Pflegeversicherung kam, bereits von vornherein bezüglich ihrer Doppelfunktion als Verantwortungs-träger und Leistungserbringer gesetzt. Allerdings verfügen auch sie – wie für die Pflegekassen in Deutschland – über das Recht zur Delegation der praktischen Leistungserbringung auf private und privatgewerbliche Träger. Dabei geraten Letztere in Deutschland wegen Mängel in der Strukturqualität und ihrer im Durchschnitt aller Anbieter niedrigeren Bezahlung der Pflegekräfte zunehmend in die Kritik. Dies scheint für Japan offensichtlich so nicht zuzutreffen. Die Zulassung privatgewerblicher Träger im Zuge der Einführung der deutschen

Pflegeversicherung beurteilten viele Expert:innen hierzulande nicht nur positiv. Die privaten Anbieter traten vor allem zu den zuvor und auch heute noch im Heimsektor dominierenden Wohlfahrtsverbänden in Konkurrenz, bieten aber nicht immer auch die besseren Arbeitsbedingungen.

Die in Japan flächendeckend vorhandenen neutralen „lokalen integrierten Unterstützungszentren“ sollen im Modell des „Community-Based Integrated Care Systems“, das am Ende dieses Kapitels noch einmal genauer beschrieben wird, koordinierende und regulierende Aufgaben wahrnehmen, die sich in Deutschland viele Expert:innen für die Kommunen und deren – je nach Landesrecht – bestehenden Pflegestützpunkte wünschen. Sie auf ihre Übertragbarkeit auf das deutsche Pflegesystem hin zu evaluieren, wäre zweifellos eine wissenschaftlich wie politisch hochinteressante und lohnenswerte Aufgabe. Auch der stärkere Einbezug der in Japan bestehenden Pflegekonferenzen, die in Deutschland zudem nur in ausgewählten Bundesländern eingeführt sind, aber wegen fehlender Machtbefugnisse von vielen als „zahnlose Tiger“ bezeichnet werden (Bäcker et al., 2020, Bd. II), wäre eine lohnenswerte Weiterentwicklungsperspektive. Es spricht – bei aller Vorsicht – einiges für die Vermutung, dass aus Betroffenensicht – zumindest in wichtigen Dimensionen der pflegerischen Versorgung – der bundesdeutsche Föderalismus dem japanischen Zentralismus unterlegen zu sein scheint.

Zwei Problemkreise treffen sowohl für Japan und Deutschland gleichermaßen zu. Dies sind der Personalmangel sowie der demografisch bedingte Druck auf das Finanzierungssystem. Hierauf geht der deutsche Beitrag zwar nicht ein, die Herausforderungen sind aber bekannt und werden in anderen Beiträgen behandelt. Bei aller Komplexität könnte auch in diesen Feldern der Grundsatz „aus den Erfahrungen anderer Länder lernen“ realisierbar sein. So zeigt Deutschland beispielsweise, dass ohne Migration von Pflegefachkräften der Pflegepersonalnotstand nicht wirkungsvoll zu lösen ist. Am japanischen Beispiel wird dagegen deutlich, dass die Stabilität und Qualität der pflegerischen Versorgung in alternden Gesellschaften ohne staatlich finanzierte Regelzuschüsse nicht dauerhaft gewährleistet werden kann.

Japans „Community-Based Integrated Care System“ – Ergänzende Erläuterungen aus deutscher Sicht

In Japan soll die Pflege auf lokaler Ebene spätestens ab 2025 flächendeckend in allen japanischen Gebietskörperschaften in einem „Community-Based Integrated Care System“ (Abb. 1) eingebettet sein (Hatano et al., 2017). Dem entspricht, dass die eigentliche pflegerische Versorgung der Bevölkerung in Japan in den Kompetenzbereich der Kommunen fällt, die in Japan auch Träger der im Übrigen sonst stark am deutschen Vorbild orientierten Pflegeversicherung sind (IGES, 2020).

Das Konzept eines „*Community-Based Integrated Care Systems*“ zielt auf eine bessere Integration der beiden großen Versorgungsbereiche Gesundheit und Pflege, die in Japan ebenso wie in Deutschland durch zahlreiche Ein- und Abgrenzungen mit z. T. erheblichen Folgefraktionen gekennzeichnet sind, woraus hierzulande schon seit Langem die Forderung nach einer integrierten Versorgung für ältere Menschen abgeleitet wird (SVR, 2009)³. Für das Konzept selbst gibt es folgende offizielle Definition des japanischen Ministeriums für Gesundheit, Arbeit und Wohlfahrt aus dem Jahr 2013:

The integrated community care system is defined as a system in the community in which various life support services, including medical care, long-term care, preventive care, and welfare service, are provided within the elderly's living areas for the purpose of ensuring safety/sense of security/health in their lives, with the provision of housing in accordance with their needs as a precondition. In this case an ideal integrated community care is defined as an „area where service can be provided within 30 min“ (MHLW; Ministry of Health, Labour and Welfare, 2013: 33) (zit. nach IGES, 2020: 25).

Ziel ist die Gewährleistung einer umfassenden Unterstützung „*durch koordinierte medizinische, pflegerische und präventive Dienste sowie Wohnungsversorgung und Unterstützung im täglichen Leben*“. Ganz wesentlich verspricht man sich dabei eine gemeindebasierte integrierte Lösung der Versorgung von Menschen mit Demenz (Shimada, 2015), deren Zahl stark ansteigt. Das System selbst beruht auf den folgenden fünf Grundpfeilern:

1. Verstärkung der Zusammenarbeit der Pflege mit der medizinischen Versorgung
2. Verbesserung und Stärkung der pflegerischen Versorgung
3. Förderung der präventiven Pflege

³So sieht bereits 2009 das Sondergutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in der Koordination und Integration vor allem auf kommunaler Ebene ganz zentrale Voraussetzungen für die Gestaltung der „*gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung in einer Gesellschaft des längeren Lebens*“: „*Die Gesundheitsversorgung stellt sich damit in die aus integrativer Sicht anspruchsvolle Aufgabe, hausärztliche und fachärztliche, ambulante und stationäre sowie pflegerische Behandlungsleistungen im Rahmen einer interdisziplinären Kooperation mit Präventionsmaßnahmen der Rehabilitation, der Arzneimitteltherapie sowie mit Leistungen von sozialen Einrichtungen und Patientenorganisationen ziel- und funktionsgerecht zu ver-zahlen*“ (SVR 2009: 2).

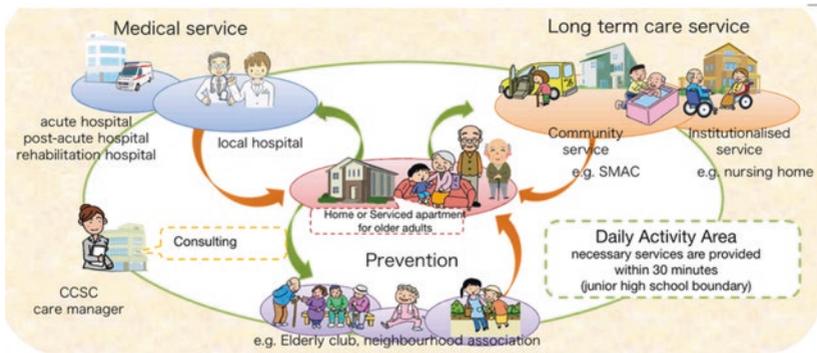


Abb. 1 Japans Modell eines Community-Based Integrated Care Systems.

Quelle: IGES 2020: 25; zit. nach: Baba (<https://www.urbandesignmentalhealth.com/journal-3--japan-1c.html>)

4. Sicherung der Versorgung mit alltäglicher Unterstützung und des Schutzes der Rechte der älteren Menschen,
5. Bau von Wohnungen für ältere Menschen, die das Leben auch im höheren Alter in der eigenen Wohnung ermöglichen.

Als wichtigste Voraussetzungen für das Funktionieren dieses neuen Systems gelten:

- Kommunale Verantwortungsübernahme für die Pflege, idealerweise organisiert als „Alten- und demenzfreundliche Kommune“ (siehe auch den Beitrag von Ikuko Fujita in diesem Band),
- Sicherstellung einer ambulanten Rund-um-die-Uhr-Versorgung durch die Errichtung sog. small-scale, multifunctional at-home Care (SMAC), vergleichbar mit Tagespflegeeinrichtungen,
- Einsatz von Care-Managern,
- Bereitschaft zur Kooperation aller lokalen Akteure, vor allem des Gesundheits- und Pflegewesens,
- Unterstützung durch moderne Informations- und Kommunikationstechnologien,
- Stärkung der digitalen Kompetenz der Zielgruppe,
- Mobilisierung des bürgerschaftlichen Engagements,
- Mehr professionelle Pflegefachkräfte,
- Beachtung der privaten Lebensumstände und Bedingungen inklusive der biografischen und sozialen Rahmenbedingungen der Betroffenen.

Literatur

- Bäcker, G., Naegele, G., & Bispinck, R. (2020). *Sozialpolitik und soziale Lage, Kapitel Pflegebedürftigkeit* (Bd. 2, 6. vollst.aktualisierte und überarbeitete Aufl.). Springer.
- Hatano, Y., et al. (2017). The vanguard of community-based integrated care in Japan: The effect of a rural town on national policy. *International Journal of Integrated Care*, 17(2), 1–9. <https://doi.org/10.5334/ijic.2451>.
- IGES (Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH). (Hrsg.). (2020). *Bewältigung des Fachkräftemangels in der Pflege durch den Einsatz von robotischen Systemen in Japan*. Abschlussbericht für den Bundesminister für Wirtschaft.
- Shimada, S. (2015). Das vierte Lebensalter in Japan: Kulturelle und gesellschaftliche Rahmenbedingungen. *Aus Politik und Zeitgeschichte*, 65, 38–39.
- SVR (2009). *Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung des Gesundheitswesens* (Hrsg.): *Koordination und Integration. – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens*. Sondergutachten.

Prof. Dr. Gerd Naegele war bis zu seiner Emeritierung Professor für Soziale Gerontologie an der Technischen Universität (TU) Dortmund und Direktor des Instituts für Gerontologie der TU Dortmund. Derzeit arbeitet er als Senior Researcher an seinem ehemaligen Institut und ist in der wissenschaftlichen Politikberatung zum Thema „Alternde Gesellschaft“ tätig. Er ist Gastprofessor an der Akdeniz Universität in Antalya/Türkei und an der Taipei Medical University/Taiwan. Zu seinen Forschungsschwerpunkten gehören Sozialpolitik, demografischer Wandel, Pflegepolitik, Sozialdienstleistungen und die Situation älterer Arbeitnehmer. Zu seinen jüngsten Veröffentlichungen zählen „Sozialpolitik und soziale Lage in Deutschland“, 2 Bände (zusammen mit G. Bäcker und R. Bispinck) und „Alte und neue soziale Ungleichheiten bei Berufsaufgabe und Rentenübergang“ (zusammen herausgegeben mit M. Hess) beide erschienen bei Springer VS.

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der 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.



Zivilgesellschaft und Inklusion



Die häusliche Pflege älterer Menschen in Deutschland – eine gesamtgesellschaftliche Herausforderung

Gerd Naegele

1 Einführung

Dieser Beitrag fokussiert die häusliche Pflege in Deutschland. Diese wiederum ist auf das Engste eingebunden in unterschiedliche soziale Kontexte *vor Ort*. Der Blick auf die kommunale Ebene erlaubt dabei eine genauere und ganzheitlichere Betrachtung der damit verbundenen vielfältigen privaten, zivilgesellschaftlichen, wirtschaftlichen, rechtlichen und politischen Zusammenhänge. Dem entspricht fachwissenschaftlich ein Verständnis von Pflegebedürftigkeit als mehr als nur die begriffliche Fassung einer gesundheitlichen Versorgungssituation, sondern als eine einzelfallbezogene, komplexe und multidimensionale Behandlungs-, Pflege- und Unterstützungslage, wie sie auch die große Reform des Pflegebedürftigkeitskonzepts durch das Pflegestärkungsgesetz I (2015) adressiert.¹ Damit können

¹Nach der neuen Legaldefinition sind “pflegebedürftig (...) Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit

G. Naegele (✉)

Institut für Gerontologie, TU Dortmund University, Dortmund, Deutschland
E-Mail: gdnaegele@t-online.de

© Der/die Autor(en) 2022

F. Waldenberger et al. (Hrsg.), *Alterung und Pflege als kommunale Aufgabe*,
Dortmunder Beiträge zur Sozialforschung,
https://doi.org/10.1007/978-3-658-36844-9_5

auch die unterschiedlichen sozialen Lebenslagebedingungen und Bedarfe bei Pflegebedürftigkeit im häuslichen Kontext besser berücksichtigt werden, so vor allem finanzielle und/oder konkrete materiell-räumliche wie wohnbezogene Lage, Wohnumgebungsbedingungen, die Erreichbarkeit und die Nähe von Unterstützungspersonen oder Helfer:innen oder auch regionale Kontexte, wie z. B. ländlicher vs. (groß-)städtischer Raum, als weitere, die konkrete Situation einer/s Pflegebedürftigen zusätzlich prägende Merkmale der konkreten Versorgungssituation.

2 Pflegepolitische Herausforderungen

Deutschland gilt – neben Japan – gleichsam als „Pionier“ im Älterwerden der Bevölkerung und in der Versorgung ihrer von Pflegebedürftigkeit betroffenen Bevölkerung. Dabei dominiert – wie in Japan – die häusliche Versorgung. Zugleich ist die Binnenstruktur der älteren Bevölkerung von zunehmender Hochaltrigkeit und damit zusammenhängende Singularisierung, also Alleinleben, bzw. dem Zusammenleben sehr alter Paare im Zwei-Personen-Haushalt, gekennzeichnet. Mehr-Generationenhaushalte sind zur seltenen Ausnahme geworden. In Deutschland gibt es in den großen Ballungsgebieten zudem eine steigende Zahl von älteren Menschen mit Migrationsgeschichte, die Japan aufgrund der de facto schon immer praktizierten kulturellen Abschottung so nicht kennt. In beiden Ländern gibt es aufgrund eines starken Trends zur Abwanderung der jüngeren Bevölkerung aus den ländlichen Regionen in die Ballungsgebiete eine starke Konzentration von Gemeinden mit hohem Altersdurchschnitt auf dem Land.

In Folge dieser demografischen Entwicklung ist es in beiden Ländern zu einem starken Anstieg alterstypischer Pflegebedürftigkeit gekommen. In Deutschland gab es nach der offiziellen Pflegestatistik Ende 2019 etwa 4,1 Mio. im Rahmen der gesetzlichen Pflegeversicherung (GPV) anerkannte Pflegebedürftige, darunter weit überwiegend (sehr) alte Menschen (Statistisches Bundesamt, 2020). Für die kommenden Jahre wird mit einem weiteren Anstieg gerechnet. Für 2021 werden bereits 4,6 Mio. Betroffene berichtet. Ebenso wie in Japan wird auch in Deutschland dieser Trend zunehmend durch demenzielle Erkrankungen überlagert. Auch erfolgt hierzulande in derzeit rund 80 % der Fälle die pflegerische Versorgung zumeist zu Hause, darunter in der Mehrzahl der Fälle durch engere

mindestens der in § 15 festgelegten Schwere bestehen“ (Legaldefinition SGB XI, § 14 Abs. 1).

Familienangehörige, zumeist Frauen (vgl. Pkt. 3.3). Noch nie in der Geschichte Deutschlands ist so viel und so oft privat gepflegt worden wie heute. Und dabei sind die nicht unter die SGB XI geltende Legaldefinition passenden, da lediglich als „hilfebedürftig“ einzustufenden Betroffenen noch nicht einmal eingerechnet (Bäcker et al., 2020, Bd. II).

3 Deutschland: Langzeitpflege als „gesamtgesellschaftliche Aufgabe“

Die 1994/1995 als fünfte Säule der Sozialversicherung eingeführte (für alle Bürger:innen pflichtige) gesetzliche Pflegeversicherung (GPV; Sozialgesetzbuch (SGB) XI) postuliert die Absicherung des Pflegebedürftigkeitsrisikos als „*gesamtgesellschaftliche Aufgabe*“. Sie ist allerdings weniger entsprechend der Anliegen und Bedürfnisse einer im demografischen und sozialen Wandel stark wachsenden Bevölkerungsgruppe und ihrer vielen, zumeist aus dem privaten-familialen Umfeld stammenden Helfer:innen aufgebaut, verortet sich also nicht primär „aufgabenbezogen“, sondern gilt als weitgehend „*akteursorientiert*“ (Jacobs, 2020: 125). Die pflegerische Versorgung der Bevölkerung wird im SGB XI als „*gemeinsame Aufgabe von Ländern, Kommunen, Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen*“ definiert (§ 8 Abs. 1 SGB XI). Dies gilt als Ausdruck ihrer *subsidiären* Ausrichtung und ist vor dem Hintergrund des demografischen Wandels jeweils mit besonderen Verantwortungszuweisungen verbunden. Gemeinsames Ziel ist die „*Gewährleistung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur*“. Allerdings wird zunehmend bezweifelt, ob dafür auch die entsprechenden Kompetenzen und Instrumente sachgerecht verteilt worden sind. Dies betrifft insbesondere die Kommunen, deren konkrete Versorgungsverantwortung vielen als „unpräzise“ (vgl. Pkt. 3.2) gilt, obwohl den konkreten lokalen Rahmenbedingungen eine ganz entscheidende Rolle für Ausmaß, Angemessenheit und Qualität der Versorgung zukommt. Dies betrifft weiterhin auch die Rolle der Familien als „größtem Pflegedienst der Nation“ (vgl. Pkt. 3.3) sowie die zunehmend politisch eingeforderte Mitwirkung zivilbürgerschaftlicher Kräfte und Engagierter im konkreten Leistungsgeschehen (vgl. Pkt. 3.4).

3.1 Bund und Länder als ordnungsgebende Instanzen

Sozialversicherungsprinzip und Umlageverfahren

Die GPV ist als fünfter Zweig der Sozialversicherung eingeführt, für die der Bund nach dem Grundgesetz die Gesetzgebungskompetenz hat. Davon hat er insofern Gebrauch gemacht, als er die unter dem Dach der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) angesiedelten gesetzlichen Pflegekassen zu Trägern der sozialen Pflegeversicherung², die aktuell knapp 90 % der Bevölkerung erfasst, bestimmt und ihnen die Verantwortung für die Sicherstellung der eigentlichen pflegerischen Versorgung übertragen hat („Sicherstellungsauftrag“). Bis dahin war Pflegebedürftigkeit als Sozialhilfeleistung („*Hilfe in besonderen Lebenslagen*“) im primären Zuständigkeitsbereich der Kommunen. Diese waren als Hauptkostenträger aber zunehmend mit den demografisch stark wachsenden Kosten überfordert. Im Jahr der Einführung der Pflegeversicherung (1995) betrug beispielsweise die kommunalen Sozialhilfeleistungen für „die Hilfe zur Pflege“ rund 18 Mrd. DM. Die Einführung der Pflegeversicherung war daher wesentlich auch mit dem Ziel der finanziellen Entlastung der Kommunen verknüpft. Sie gelten zusammen mit den Ländern und Einrichtungsträgern als wichtigste Protagonisten der Neuordnung der Kostenträgerschaft.

Die nach rund 25 Jahren intensiv geführten Debatten schlussendlich gefundene Sozialversicherungslösung entspricht dabei der in Deutschland vorherrschenden Bismarck'schen Tradition, die großen zentralen Risiken der Bevölkerung sozialversicherungsrechtlich abzusichern. Dies wird auch heute noch von den weitaus meisten als ein sozialpolitischer Erfolg gewertet. Denn es gelang – auf Basis eines breiten gesellschaftlichen Konsenses – eine substantielle Ausdehnung des bestehenden und bewährten Sozialversicherungssystems auf die Absicherung eines zunehmend bedeutsamen (Alters-)Risikos. Organisatorisch wurde dabei eine enge Anbindung der SPV an die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) vorgenommen, aber nicht als deren Bestandteil, sondern „unter ihrem Dach“. Dabei gilt der Grundsatz: Die GPV folgt der GKV (Igl, 2018). Insofern ist auch die gesamte Bevölkerung einbezogen.

Wie die GKV finanziert sich auch die soziale GPV nach dem sozialversicherungsrechtlich typischen Umlageprinzip. Erhoben werden per Gesetz

²Auf die private Pflegeversicherung (PPV) wird hier nicht eingegangen. Wenn im Folgenden auf die Pflegeversicherung abgestellt wird, dann ist hier immer die soziale PV (SPV) gemeint.

festgelegte, d. h. nicht regelmäßig dynamisierte, Beiträge vom Bruttoeinkommen der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten. Seit Januar 2022 sind dies 3,05 % bzw. 3,4 % für Kinderlose ab 23 Jahre unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze der GKV. Dabei sind in der sozialen Pflegeversicherung alle krankenversicherungspflichtigen Personen Pflichtmitglieder. Kinder und Ehepartner:innen sind beitragsfrei mitversichert. Eine zusätzliche Steuerfinanzierung („Defizitdeckung“, wie in der GKV) gibt es nicht, wird aber zunehmend eingefordert.³ Bei Leistungs-Gesamtausgaben von etwa 49 Mrd. EUR (2021) ergibt dies einen Anteil von Leistungsempfänger:innen zu Versicherten in der sozialen Pflegeversicherung von etwa 5,5 %.⁴ Die Versichertengemeinschaft, die durch ihre Beiträge und zunehmend auch privaten Aufwendungen im konkreten Einzelfall weit überwiegend die Kosten der pflegerischen Versorgung trägt, die durch Leistungen der Pflegesicherung und weiterer, aus allgemeinen Steuermitteln finanzierte Zuwendungen für besondere pflegenah Aufgaben lediglich teilweise abgemildert werden („*Teilkaskoversicherung*“), gilt als vielen als zunehmend überfordert. Infolgedessen gerät sie insbesondere unter dem Gesichtspunkt einer wachsenden finanziellen Überforderung in das Blickfeld einer neuen Gerechtigkeitsdebatte in der bundesdeutschen Sozialpolitik (Bäcker et al., 2020, Bd. II).

Bundesländer mit Infrastrukturverantwortung

Den 16 Bundesländern und Stadtstaaten obliegt die *Infrastrukturverantwortung*. Sie sind hauptzuständig für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur. Erst sehr viel später wurde dieser Auftrag um Qualitätsanforderungen erweitert. Näheres wird durch Landesrecht bestimmt (*Föderalismusprinzip*). Die meisten Bundesländer haben zu diesem Zweck eigene, allerdings von Land zu Land unterschiedlich ausgestaltete Landespflegegesetze erlassen, die den Kommunen stark voneinander abweichende Kompetenzen zuweisen (vgl. Pkt. 3.2). Als sozialpolitisch besonders fortschrittlich gilt u. a. Nordrhein-Westfalen (siehe auch den Beitrag von Igl in diesem Band). Das SGB XI sieht vor, die Länder, die Pflegebedürftigen und die Pflegeeinrichtungen dabei durch die finanzielle Förderung der Investitionskosten als Subjekt- oder Objektförderung zu unterstützen (z. B. „Pflegewohngeld“ in NRW).

³Zuletzt im Rahmen eines Entschließungsantrags, eingebracht von 4 Bundesländern im Deutschen Bundesrat (BR-Drucksache 106/19).

⁴In der privaten Pflegeversicherung beträgt dieser lediglich 2,3 %.

Pflegekassen mit Sicherstellungsauftrag

Der eigentliche *Sicherstellungsauftrag* (gemäß § 69 SGB XI) obliegt den Pflegekassen (siehe unten). Sie sind dadurch die Hauptakteure der eigentlichen Versorgungsverantwortung vor Ort. Ihnen obliegt die konkrete Gewährleistung „*einer bedarfsgerechten und gleichmäßigen, dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse entsprechende pflegerische Versorgung der Versicherten*“. Ende 2020 gab es rund 130 gesetzliche Pflegekassen. In dieser Funktion sind sie zugleich die Kostenträger der sozialen Pflegeversicherung, womit de facto die Hauptverantwortung für die Pflegepolitik im engeren Sinne⁵ an die Kostenträger abgegeben wurde. Dies war und ist auch heute noch steter Anlass für kritische Diskurse rund um das SGB XI. Im Kern gilt: „Ohne sie geht heute gar nichts“: Sie haben nicht nur die Versorgungsverantwortung und sind de facto allein zuständig für den Marktzugang, ihnen obliegt auch die strategische Planungshoheit.

In dieser Funktion müssen sie das Angebot und die Qualität an erforderlichen Diensten und Einrichtungen in den einzelnen Gebietskörperschaften garantieren (Igl, 2018). Hierfür schließen sie Versorgungsverträge mit den Anbietern von pflegerischen Diensten und Einrichtungen ab. Ende 2019 gab es insgesamt 14.688 zugelassene ambulante Pflegedienste mit 421.550 Beschäftigten, davon 117.124 Vollzeitbeschäftigte, und 15.380 Pflegeheime mit 796.489 Beschäftigten, davon 231.847 Vollzeitbeschäftigte (Statistisches Bundesamt, 2020) (Siehe auch den Beitrag von Theobald in diesem Band). Unter den zugelassenen Diensten und Einrichtungen dominieren traditionell die in Deutschland weit verbreiteten Wohlfahrtsverbände und kirchlichen Träger. In einer stark wachsenden Zahl sind aber auch private gewerbliche Träger auf dem Pflegemarkt vertreten. Sie sind zumeist als Betreiber größerer, häufig mit konzernartig organisierten Strukturen („Pflegeheimketten“) und/oder qualitativ höherwertiger Heime tätig. Demgegenüber sind die Kommunen als Dienstanbieter und Einrichtungsträger heute kaum noch vertreten. Ihr Marktanteil belief sich Ende 2019 bei den ambulanten Diensten auf 1,1 %, und bei den Pflegeheimen auf 3,9 % (Statistisches Bundesamt, 2020). Dies ist das Ergebnis einer mit der Einführung der Pflegeversicherung kontinuierlich stattgefundenen „Entkommunalisierung“ der Pflege, da sich mit der nunmehr vorrangigen Kostenträgerschaft der Pflegekassen die weitaus meisten Kommunen aus ihrer bisherigen primären Versorgungsverantwortung zurückgezogen haben

⁵ Hiermit ist die Pflegeversicherungspolitik gemäß SGB XI gemeint. Pflegepolitik umfasst mehr, nämlich Maßnahmen und Programme zur Vorbeugung, Rehabilitation, Vernetzung, Beratung, psychosozialen Unterstützung.

(Rubin, 2020: 57). Dafür waren insbesondere Kostenentlastungsargumente ausschlaggebend (Rhee et al., 2015; Igl, 2015, 2018). Das SGB XI räumt aber dennoch den Kommunen die Möglichkeit eines direkten Engagements für die pflegerische Infrastruktur ein, die aber immer seltener genutzt wird (Pfundstein & Bensch, 2020).

Sicherstellungsauftrag als „Funktionssperre für die Kommunen“

Im Sicherstellungsauftrag der Pflegekassen sehen viele eine allerdings – wegen ihres Rückzugs aus dem Pflegemarkt – zu großen Teilen selbst mitverantwortete „Funktionssperre“ für die Kommunen. Mit dem SGB XI wurde ihre Rolle faktisch auf die lokale Versorgungskoordination reduziert, die allerdings in der Fläche qualitativ wie quantitativ höchst unterschiedlich ausgeübt wird.

Im Kern spiegelt sich in dieser seither gesplitteten Verantwortungszuweisung die Dominanz des Sozialversicherungsprinzips wider, das für die Absicherung der „großen“ sozialen Risiken zuständig ist wie Krankheit, Alter oder Arbeitslosigkeit. Für die gesundheitliche und pflegerische Versorgung in Deutschland gilt somit der Grundsatz: Sozialversicherungsrecht hat den Vorrang vor dem Kommunalverfassungsrecht (Burgi, 2013). Allerdings gibt es in Deutschland – zuletzt mit dem Pflegestärkungsgesetz III (2016/2018) (Pfundstein & Bensch, 2020) – immer häufiger Bemühungen, die Rolle der Kommunen in der pflegerischen Versorgungsverantwortung vor Ort zu revitalisieren (vgl. Pkt. 3.2).

3.2 Pflege in den Kommunen und die kommunale Pflegeverantwortung

Im Gegensatz zu den Bundes- und Länderzuständigkeiten sind die Zuständigkeiten der Kommunen im Pflegeversicherungsrecht nur „unpräzise“ (Pfundstein & Bensch, 2020) geregelt. Dem widerspricht auf der Nachfrageseite der lebensweltliche Erfahrungskontext. Kommunen sind zuerst und in besonderer Weise von demografischen Megatrends wie kollektives Altern der Bevölkerung und damit zusammenhängenden pflegerischen Versorgungserfordernissen betroffen (Naegele, 2010). Von ihnen erwarten – empirischen Studien zufolge – insbesondere ältere Menschen zuerst und zuvorderst Hilfe und Unterstützung in sozialen Anliegen (Generali Zukunftsfonds & Institut für Demoskopie Allensbach, 2013).

Kommunen als Orte sozialer Daseinsfürsorge

Die Kommunen sind als „Orte der (sozialen) Daseinsvorsorge“ in erster Linie zuständig, wenn es um die Gestaltung von *Lebenslagen* und *–verhältnissen* (Preller, 1962) sowie daraus resultierender *sozialpolitischer Handlungsbedarfe* geht. „Den Gemeinden muß das Recht gewährleistet sein, alle Angelegenheiten der örtlichen Gemeinschaft im Rahmen der Gesetze in eigener Verantwortung zu regeln.“ (Grundgesetz Art. 28 Abs. 2, S. 1) (Prinzip der Allzuständigkeit). Was alles zur *sozialen Daseinsvorsorge*⁶ der Kommunen zählt, ist nicht vorgegeben und gilt als Gegenstand gesellschaftlicher und politischer Auseinandersetzungen (Deutscher Bundestag, 2016). Folgt man neueren Rechtsauffassungen (z. B. Burgi, 2013) und der im Sozialstaatsprinzip verankerten verfassungsrechtlichen Vorgabe der „Gleichheit der Lebensverhältnisse“ (Bäcker et al., 2020 Bd. I), dann zählt im demografischen Wandel die gesundheitliche und pflegerische Versorgung der Bevölkerung mit dazu. Dies hat auch 2016 die vom Deutschen Bundestag eingesetzte 7. Bundesaltenberichtskommission betont, als sie eine „*vorrangige kommunale Mitverantwortung für den Aufbau und die Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften*“ postuliert hat (Deutscher Bundestag, 2016) (Siehe auch Punkt 4.). Dem entspricht, dass die Kommunen neben Familie, Freundeskreis und Nachbarschaft das nächst größere gesellschaftliche, wirtschaftliche und politische Umfeld bzw. den nächst größeren Bezugsrahmen zur Bewältigung der in den verschiedenen Lebensphasen auftretenden sozialen Risiken und Herausforderungen definieren. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass es auch innerhalb Deutschlands eine nicht unerhebliche Vielfalt unter den Gemeinden gibt und nicht jede Kommune a priori dafür finanziell und fachlich-qualifikatorisch in der Lage ist. Und dass auch alle Kommunen wirklich eine konkrete Mitverantwortung wollen, wird von vielen Fachleuten bezweifelt. Dennoch reklamieren deutsche Kommunen und ihre Verbände (z. B. Deutscher Städtetag, 2015) übereinstimmend, sie seien aufgrund ihrer besonderen Nähe zu den Betroffenen und ihren Familien und ihrer daher detaillierteren „Sicht der Dinge“ an der Durchführung des den Pflegekassen gesetzlich zugewiesenen *Sicherstellungsauftrags* stärker zu beteiligen.

⁶Hier angelehnt an die Prägung durch *Ernst Forsthoff* (1938), der für eine Erweiterung des staatlichen Aufgabenbereichs aufgrund einer erhöhten sozialen Bedürftigkeit des einzelnen vor dem Hintergrund eines verringerten selbstbestimmten Lebensraumes in städtischen Lebensweisen argumentiert hat (<http://kommunalwiki.boell.de/index.php/Daseinsvorsorge>; Zugriff am 22.10.2016).

Kommunen in der Praxis der pflegerischen Versorgung

Schon immer waren die Kommunen in vielfacher Hinsicht in die praktische pflegerische Versorgung jenseits der ihnen im SGB XI zugewiesenen lokalen Koordinationsfunktion aktiv eingebunden: so z. B. als Gewährleistungsträger und damit letztverantwortlich bei Versorgungsengpässen und Sonderbedarfen (z. B. für die Pflege von Migrant:innen) und zudem als Sozialhilfeträger zuständig für die „Hilfe zur Pflege“ nach §§ 61 ff. SGB XII („Restkostenfinanzierer“). Als örtliche Träger der allerdings zumeist als „freiwillige Leistung“ geltenden Altenhilfe gemäß § 71 SGB XII sind sie Anbieter diverser Maßnahmen im „vorpflegerischen“ (präventiven) Bedarfsbereich bzw. für pflegerische Aufgaben, die nicht durch die Pflegeversicherung aufgrund ihres begrenzten Aufgabespektrum vorgehalten werden. Dazu gehören beispielsweise Hilfen zur Weiterführung des Haushalts, Alten- und Wohnberatung und Wohnraumanpassung, soziale Kontakterhaltung oder sonstige Unterstützungs- und Begleitdienste. Zunehmend sind sie auch im Bereich der Pflegeberatung engagiert, obwohl dies eigentlich im Zuständigkeitsbereich der Pflegekassen liegt; hier seit 2017 auch explizit im Pflegestärkungsgesetz III benannt (Pfundstein & Bensch, 2020; Pohlmann, 2020), etwa das Recht, im Rahmen der Gesetze eigene Pflegestützpunkte einzurichten. Die einzelfallbezogene häufige gemeinsame Zuständigkeit von Pflegeversicherung, örtlicher Altenhilfe und in vielen Fällen auch der Behindertenhilfe gemäß SGB IX verweist in besonderer Weise auf die Notwendigkeit, vor dem Hintergrund der komplexer gewordenen pflegerischen Bedarfslagen vor allem älterer Menschen und eines seit 2015 geltenden breiteren Verständnisses von Pflegebedürftigkeit die Aufgaben der Kommunen in der eigentlichen Pflegeversorgungsverantwortung zu präzisieren und dadurch zu stärken. Dazu stellt der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge in einem im November 2020 publizierten Positionspapier fest: *„Nationale und internationale Vergleiche und erfolgreiche Modellprojekte belegen, dass die Kommunen eine zentrale Rolle spielen können, wenn es um eine bedarfsgerechte, wohnortnahe und präferenzorientierte Versorgungslandschaft geht – unter Stärkung wohlfahrtspluralistischer⁷ Pflegesettings und –arrangements“* (Deutscher Verein, 2020: 20).

⁷Hierunter ist gemeint die gemeinsame pflegerische Versorgung im Zusammenspiel unterschiedlicher Akteure, Sektoren und Instanzen (Markt, Staat, Wohlfahrtsverbände, informelle/private, professionelle Akteure des Gesundheitswesens). Vielfach wird hier auch der Begriff „Wohlfahrtsmix“ benutzt. „Wohlfahrtspluralismus“ steht als Begriff für diese Vorstellung der Wohlfahrtsproduktion durch viele Akteure (Bäcker, Naegele & Bispinck 2020, Bd. II).

Zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der örtlichen Pflegeversorgungsverantwortung

Der *Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge*⁸ hat sich 2020 (S. 20f.) wie folgt dazu geäußert: Dem tatsächlichen Leistungspotenzial der Kommunen in der praktischen Pflegeverantwortung vor Ort stünden „*nur geringe Kompetenzen und Ressourcen*“ gegenüber. Sie sollten „*zur Gewährleistung einer bedarfsgerechten, innovativen und sozialraumorientierten Infrastrukturentwicklung im Bereich der (Langzeit-)Pflege stärker in Planung, Steuerung, Beratung und Entscheidung eingebunden werden*“. Dazu empfiehlt er u. a. „*eine verpflichtende Berücksichtigung der kommunalen Pflegeplanung bei der Zulassung von Einrichtungen der Pflege*“, wie bereits in einigen Bundesländern wie NRW und Rheinland-Pfalz eingeführt (Naegele, 2018; Rubin, 2020). Diese sei in eine „*kommunale Gesamtstrategie zu integrieren*“, in die auch die „*kommunale Altenhilfe nach § 71 SGB XII ... unter Beteiligung der Zivilgesellschaft einzubeziehen*“ sei. Die Pflegekassen sollen „*gemeinsam mit den Kommunen aufeinander abgestimmte oder integrierte Beratungsstrukturen schaffen und unterhalten*“ oder – falls dies nicht gewährleistet würde, „*den Kommunen diese Aufgabe zuweisen, verbunden mit einer Refinanzierungspflicht*“. Schließlich müsse auf „*kommunaler Ebene die verbindliche Implementierung von effizienten, sektorenübergreifenden Care- und Case-Managementstrukturen auf der Basis fachlich anerkannter Standards erfolgen*“ (Klie, 2020a).

Es bleibt abzuwarten, ob die auch für die nächste Legislaturperiode angekündigte weitere SGB-XI Reform zu einer flächendeckend wirksamen Stärkung der Rolle der Kommunen im Rahmen des SGB X I beitragen wird. Es gilt gerade hier immer noch die folgende Einschätzung zum SGB XI von 1993: „*Nach der Reform ist vor der Reform*“ (Igl & Naegele, 1993).

⁸Der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V. ist seit 140 Jahren das gemeinsame Forum für alle Akteure in der sozialen Arbeit, der Sozialpolitik und des Sozialrechts in Deutschland. Aktuell hat er 2.000 Mitglieder. Seit der Gründung des Deutschen Vereins im Jahre 1880 zählen u. a. Kommunen, die Freie Wohlfahrtspflege, die Wissenschaft, Einzelpersonen und zahlreiche weitere Akteure aus dem sozialen Bereich dazu (Deutscher Verein, 2020).

3.3 Familie als „größter Pflegedienst der Nation“⁹

In Deutschland gilt die Familie als kleinste Einheit der Gesellschaft und ist verfassungsrechtlich geschützt. Gemäß Subsidiaritätsprinzip und Bürgerlichem Gesetzbuch (BGB) sind die Eltern und Kinder zur gegenseitigen Hilfe im Not- und Bedarfsfall verpflichtet¹⁰, allerdings bei staatlicher *Vorleistungsverpflichtung* (Familiensubsidarität). Dies gilt in besonderer Weise für den Fall der (Langzeit-) Pflege. Es entspricht dabei der hierzulande auch heute noch – vor allem in den unteren Sozialmilieus vorherrschenden – *pflegekulturellen Orientierung* zur Übernahme der häuslichen Pflege durch Angehörige, auch wenn diese zunehmend an organisierte professionelle Unterstützung geknüpft ist: Ende 2019 wurden rund 80 % der Pflegebedürftigen gemäß SGB XI zu Hause versorgt (Statistisches Bundesamt, 2020). Diese Präferenz für die häusliche Pflege hat insbesondere mit der Neufassung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs noch zugenommen. Etwa 60 % der zu Hause Versorgten waren Frauen, rund ein Drittel war 85 Jahre und älter.

Dominanz der informellen Pflege in der häuslichen Versorgung

In der häuslichen Pflege dominiert die *informelle Pflege* zumeist durch engste Angehörige, darunter meist (Ehe-)Frauen, Töchter oder Schwiegertöchter. Nachbar:innen, Freund:innen oder Bekannte sind demgegenüber nur selten beteiligt (vgl. Pkt. 3.4). Die lange Zeit sehr seltene Pflege durch Männer scheint sich zumindest im Rentenalter allmählich auszuweiten, wenn auch gegenüber den Frauen auf einem deutlich niedrigen Niveau und mit anderen Schwerpunkten, im Wesentlichen im Management und in der Organisation. Direkte Männerpflege ist aber zumeist (Ehe-)Partnerinnenpflege. Häusliche Pflege wird zumeist zuerst vom Partner bzw. der Partnerin übernommen. Mit zunehmendem Alter des/r Pflegebedürftigen fühlen sich dann mehr und mehr die Kinder, meistens die Töchter, im Sinne einer lebenslangen Solidarität zuständig. Die Pflege durch Schwiegertöchter und –söhne ist demgegenüber deutlich seltener verbreitet. In der Mehrheit der Fälle lebt die Hauptpflegeperson in einem gemeinsamen Haushalt mit dem/r Pflegebedürftigen, dies gilt für Fälle mit hohen Pflegegraden fast ausschließlich. Angehörige der niedrigeren Bildungsgruppen und/oder Einkommenschichten

⁹Zu den folgenden Ausführungen vgl. Bäcker, Naegele & Bispinck 2020 Bd. II, insbesondere S. 772–776.

¹⁰Dies betraf auch die finanzielle Beteiligung an den Pflegekosten im Fall der pflegebedingten Sozialhilfebedürftigkeit (Unterhaltsverpflichtung), die allerdings mit Wirkung vom 1.1.2020 weitgehend abgeschafft wurde.

sind in der aktiven Angehörigenpflege überrepräsentiert; u. a. auch, weil sie sich professionelle Unterstützung seltener finanziell leisten können und/oder das Pflegegeld für die Aufstockung eines zu niedrigen Haushaltseinkommens benötigt wird. Mit einem Durchschnittsalter von etwa 60 Jahren sind mehrheitlich selbst bereits ältere Frauen für oft noch ältere Angehörige tätig (Nowossadeck et al., 2016). Aufgrund der steigenden Erwerbsquote auch in den Altersgruppen ab 45–50 gewinnt das „neue“ Vereinbarkeitsproblem von Pflege und Beruf eine bis dahin ungeahnte Dynamik und hat sich zu einem der drängendsten sozialen Probleme in der ambulanten Altenpflege entwickelt, das zunehmend auch die Akteure in der Arbeitswelt beschäftigt (siehe dazu auch den Beitrag von Reichert in diesem Band).

Belastungsrelevante Grenzen der häuslichen Pflege

Die häusliche Pflege vor allem älterer Menschen ist heute mit immer anspruchsvolleren Voraussetzungen konfrontiert, die wesentlich mit dem demografischen und sozialen Wandel zusammenhängen. Neben dem Rückgang des familiären Pflegepotenzials aufgrund der niedrigen Geburtenraten, wachsender Kinderlosigkeit Älterer, der Zunahme von Ein-Personenhaushalten älterer Menschen und Instabilität von Ehen und Partnerschaften schränkt vor allem die steigende Frauenerwerbsarbeit die familiären Unterstützungs- und Pflegebereitschaftspotenziale ein. Hinzu kommt, dass infolge der gestiegenen beruflichen und räumlichen Mobilität die Wohnorte von Familienmitgliedern weit auseinanderliegen können.

Die empirisch in vielen Studien belegte Bandbreite der physischen wie psychischen Belastungen einer dauerhaften häuslichen Pflege (z. B. Jacobs et al. (Hrsg.) 2015, 2016, 2017) zeigt die hohen Anforderungen, denen sich familiäre Pflegebereitschaft heute stellen muss, und dass diese immer stärker an effektive und nachhaltige materielle, professionelle wie zivilbürgerschaftliche Unterstützung gebunden ist, die vor allem von Angehörigen aus den mittleren und oberen Einkommens- und Bildungsschichten eingefordert wird. Der Pflegeaufwand steigt dabei erwartungsgemäß mit dem Pflegegrad. Der durchschnittlich für die tägliche Pflege erbrachte Zeitaufwand der Hauptpflegeperson entspricht dem eines Vollzeit-Arbeitstags. „Sich in die eigene Pflegebedürftigkeit hinein zu pflegen“, ist eine weit verbreitete Kurzbeschreibung der Belastungsdimensionen bei selbst bereits älteren und alten Hauptpflegepersonen. Andererseits kann häusliche Pflege auch mit positiven Konsequenzen verbunden sein. Viele Beziehungen wandeln sich auch zum Guten. Belege dafür sind das Gefühl, gebraucht zu werden, oder die Erkenntnis, neue Fähigkeiten erworben zu haben. Auch die aus einer starken lebenslangen emotionalen Zuwendung resultierende moralische Verpflichtung, die Mutter oder den Vater in dieser Situation nicht allein lassen zu wollen, ist ein wichtiges familiäres Pflegemotiv.

Professionelle Unterstützungspotenziale und „24-h Pflege“

Die kontinuierliche Zunahme der häuslichen Pflege hat trotz aller Probleme mehrere Ursachen, unter denen – neben Kapazitätsmängeln in der stationären Pflege – die ambulanten und teilstationären Unterstützungsleistungen der GPV dominieren. Durch die Zahlung von Pflegegeld, das je nach Pflegegrad gestaffelt ist und vorrangig vor professioneller Pflegeunterstützung gezahlt wird, wird ein unmittelbarer, finanzieller Anreiz für die Aufnahme der häuslichen Pflege ausgeübt (Dominanz des Geldleistungsprinzips). Weitere Anreize der GPV sind neben gezielten Beratungsleistungen (siehe den Beitrag von Igl in diesem Band) die zusätzliche Bereitstellung von ambulanten Pflegediensten, die bedarfsweise Finanzierung einer häuslichen Verhinderungspflege im Urlaubs- und im Falle der Krankheitsvertretung sowie die Möglichkeit, u. U. Einrichtungen der teilstationären Pflege (Tages-, Nacht- und Kurzzeitpflege) in Anspruch nehmen zu können. Auch Mittel für eventuell erforderliche bauliche Umrüstungsmaßnahmen in den Wohnungen sowie zur Anschaffung digitaler Unterstützung stehen zur Verfügung. Mit diesem Gesamtpaket stellt das SGB XI gezielt auf eine Stärkung der häuslichen Pflege ab. Auch werden für nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen Renten- und andere Sozialversicherungsbeiträge gezahlt, also ggf. auch für pflegende Töchter/Schwiegertöchter.

Allerdings erhält trotz deutlich ausgeweiteter Pflegeberatungsangebote derzeit nur rund jeder dritte Pflegehaushalt eine ergänzende Hilfe durch einen der zugelassenen Pflegedienste. Dessen ungeachtet steigt die Nachfrage laufend, was als Indiz für wachsende Überlastung der privaten Pflegepersonen insbesondere im Falle gleichzeitiger Berufstätigkeit gilt. Es ist wegen der vorherrschenden pflegeskulturellen Orientierung vor allem die Generation der jüngeren Hauptpflegepersonen, die professionelle Unterstützung nachfragen, weniger dagegen die Generation der pflegenden (Ehe-)Partner:innen.

Ein in jüngster Zeit zunehmend bedeutsam gewordenes „alternatives“ Pflegearrangement zielt auf die private Beschäftigung von im Pflegehaushalt lebenden Hilfskräften (sog. „Live-in-Arrangements“) mit angestrebter Versorgungssicherheit „rund um die Uhr“ („24 h Pflege“) (Klie, 2020b) (siehe auch den Beitrag von Kricheldorf in diesem Band). Die Pflegeversicherung bezahlt aber nur den entsprechenden Anspruch auf das Pflegegeld. Erfolgt eine reguläre Beschäftigung – hier wird der private Haushalt gleichsam zum Arbeitgeber –, fallen jedoch deutlich höhere Kosten an, die sich nur noch finanziell gut ausgestattete Familien leisten können. Zudem sind sozial- und arbeitsrechtliche Regelungen zu beachten wie Mindestlohn, Arbeitszeitgesetz, Entgeltfortzahlung, Urlaubsansprüche usw. Deshalb besteht ein hoher Anreiz, Betreuungskräfte illegal zu beschäftigen in Schwarzarbeit oder in Form von Scheinselbstständigkeit. Aufgrund der damit

u. U. verbundenen strafrechtlichen und finanziellen Risiken gewinnt als Alternative die legale Beschäftigung von Kräften aus dem EU-Ausland im Rahmen des Arbeitnehmer-Entsendegesetzes zunehmend an Bedeutung. In beiden Fällen handelt es sich dabei weit überwiegend um Frauen aus Osteuropa, vor allem aus Polen. Schätzungen für 2017 gingen dabei von mindestens 300.000 bis 400.000 Personen bei nicht genau bekannten Anteilen von legal und/oder illegal Beschäftigten aus, und mindestens jeder zwölfte Pflegehaushalt soll demnach davon Gebrauch machen. Diese Form der Care-Migration ist auch nicht nur auf Deutschland begrenzt, sondern hat bereits europaweit grenzüberschreitende Wanderungsbewegungen in Gang gesetzt, z. B. in der Vergangenheit häufig aus der Ukraine nach Polen, vor allem um dort die Lücken der in Deutschland beschäftigten polnischen Betreuungskräfte zu füllen, und ist insbesondere in süd-europäischen Staaten mit gering ausgebauter professioneller Pflegeinfrastruktur verbreitet, z. B. in Italien und Spanien.

Stärkung der häuslichen Pflege

Da die häusliche Pflege zunehmend an ihre Belastungs- und Kapazitätsgrenzen zu stoßen scheint, vor allem bei gleichzeitig ausgeübter Erwerbstätigkeit, richten sich Reformüberlegungen primär auf die professionelle Versorgungsoptimierung in der häuslichen Pflege. Aufgrund der wachsenden Komplexität von Bedarfslagen wird insbesondere für mehr Flexibilisierung des Leistungspaktes des SGB XI, effizientere Pflegeberatung und Herstellung von Versorgungskontinuität durch Case-Management plädiert (Rothgang & Müller, 2018; Deutscher Verein, 2020). Engpässe bestehen dabei aber insbesondere im zusätzlich benötigten Fachpersonal (siehe den Beitrag von Theobald in diesem Band). Verbesserungen erhofft man sich auch von einem vermehrten Einsatz von Digitalisierung in der Pflege (siehe auch die Beiträge von Kricheldorf und Müller in diesem Band). „Alternative“ Optionen beziehen sich auf den verstärkten Einsatz von ehrenamtlichen Helfer:innen, auf innovative Pflegearrangements rund um das Konzept der Wohngemeinschaftspflege (vgl. Pkt. 3.4) sowie insgesamt auf die erhofften Potenziale lokaler „sorgender Gemeinschaften“ mit mehreren beteiligten Gruppen von Akteuren (vgl. Pkt. 4.). Mit anderen Worten: Die gesamtgesellschaftliche Aufgabe Pflege soll auf „breitere Schultern“ verteilt werden (Die Bundesregierung, 2019). Da all diese Optionen zugleich den vermehrten Einsatz der Kommunen u. a. hinsichtlich Initiierung, Implementierung und Kontinuitätssicherung voraussetzen, wird auch von der Nachfrageseite her der Ruf nach Ausweitung der Kompetenzen der Kommunen in der praktischen Pflegeverantwortungsübernahme lauter. Dabei wird zunehmend häufiger ein analog zum Jugendhilferecht ausgerichtetes Altenhilfestrukturegesetz eingefordert (z. B.

Pohlmann, 2020; siehe auch den Beitrag von Müntefering in diesem Band). Offen ist dabei das Problem der Finanzierung bei bestehender struktureller kommunaler Finanzschwäche vielerorts.

3.4 Freiwilliges Engagement (Älterer) in der häuslichen Versorgung

Freiwilliges Engagement (FE) gilt in Deutschland als eine zentrale Dimension sozialer Teilhabe und gesellschaftlicher Mitwirkung und damit insgesamt als wertvolle Säule einer demokratisch verfassten Gesellschaft. So versteht z. B. der fünfte Altenbericht der Bundesregierung das freiwillige Engagement im Alter über Mitverantwortung hinaus auch als Aufforderung zur selbstverantwortlichen Altersgestaltung. In der sozialen Teilhabe liege demnach eine individuelle Dimension bezogen auf das persönliche Wohlbefinden und die präventive Vermeidung von Hilfebedürftigkeit, ebenso wie eine gestaltende Funktion, bezogen auf die alternde Gesellschaft selbst (BMFSFJ, 2012) (vgl. auch den Beitrag von Müntefering in diesem Band). FE wird üblicherweise mit den folgenden fünf Kriterien beschrieben: freiwillig, nicht auf materiellen Gewinn gerichtet, gemeinwohlorientiert, öffentlich bzw. im öffentlichen Raum stattfindend und gemeinschaftliche/kooperative Ausübung, d. h. mit anderen zusammen. In diesem Kapitel geht es um das FE Älterer als besonderes Leistungspotenzial in der häuslichen Altenpflege.

Empirie und Praxis des freiwilligen Engagements älterer Menschen

In Deutschland werden zunehmend neue Versorgungsarrangements unter Einbeziehung des zivilbürgerschaftlichen Engagements gefordert und auch seit 2013 im Rahmen des SGB XI (§ 45c) gefördert. Aufgrund der beiden besonderen „Ressourcen“ Älterer, nämlich *Erfahrung* und *freie Zeit*, rücken dabei zunehmend auch die diesbezüglich möglichen Potenziale für eine kollektiv alternde Gesellschaft in das Blickfeld der pflegerischen Gesamtversorgung. Dem entspricht, dass sich auch insgesamt immer mehr ältere Menschen auch faktisch freiwillig engagieren, wenngleich sehr selten in der Pflege von Nicht-Angehörigen (siehe weiter unten). Ihre FE-Quote (55+) wird regelmäßig im *Deutschen Freiwilligen-survey* mit erhoben. Sie ist seit Beginn der Messung im Jahre 1999 kontinuierlich gestiegen, von damals knapp 30 % auf etwa 40 % im Jahr 2014, dem letzten ausgewerteten Messzeitpunkt. Damit liegt sie nur leicht unter dem Durchschnittswert für die Gesamtbevölkerung. Allerdings geht das freiwillige Engagement naturgemäß mit dem Alter zurück, von etwa 45 % (55 bis 64 Jahre) auf 26 %

nach dem 75. Lebensjahr. Gute Gesundheit ist eine wichtige Voraussetzung für FE im Alter. Dies gilt auch für das Bildungsniveau und die finanzielle Lage. So steigt freiwilliges Engagement mit dem Bildungsgrad, dem beruflichen Status und dem Einkommen. Auffällig ist weiterhin eine höhere Beteiligung der Männer (BMFSFJ, 2017).

Ältere engagieren sich am häufigsten in Vereinen oder Verbänden, z. B. Kirchen und Wohlfahrtsverbänden, Frauen besonders stark im sozialen Bereich. Dabei richtet sich das Engagement in vielen Fällen auch auf die wechselseitige praktische Hilfe und Solidarität in sozialen Notsituationen und gilt dann am häufigsten Menschen der eigenen Altersgruppe. Zunehmend bedeutsam sind auch Formen gegenseitiger Unterstützung, z. B. Nachbarschaftshilfen, Ermöglichung längerer selbständiger Lebensführung sowie die Mitwirkung in Selbsthilfegruppen, z. B. für pflegende Angehörige. Ganz generell sind die herausragenden Motive für FE bei Älteren Freude und Spaß, der Kontakt mit anderen Menschen und mit anderen Generationen, aber auch der Wunsch, die „Gesellschaft mitgestalten zu wollen“. Dabei lässt sich auch für ältere Menschen ein Motivwandel erkennen: weg von den altruistischen und hin zu eher ereignis-, spaß- und selbstverwirklichungsbezogenen Motiven. Vergleichsweise selten sind Motive wie „Qualifikationen erwerben“ oder „beruflich vorankommen“, was naturgemäß zumeist auf jüngere Menschen zutrifft. Andererseits erwerben ältere Engagierte häufig soziale Fähigkeiten wie Teamfähigkeit und Zeitmanagement sowie Fachkenntnisse wie bestimmte Arbeitstechniken. Nach dem 75. Lebensjahr verlieren aber diese Motive und Anlässe an Gewicht, der Rückgang im Engagement ist zumeist gesundheitlich oder familial bedingt, etwa durch die Übernahme von Pflegetätigkeiten oder Enkelkinderversorgung (BMFSFJ, 2017).

Ältere Menschen übernehmen zwar oft die freiwillige Pflege oder Betreuung von anderen Menschen im sozialen Nahraum. Hier aber sind die Übergänge zwischen freiwilligem sozialem Engagement und privaten familiären Unterstützungsleistungen fließend. Der Engagement Survey belegt, dass informelle freiwillige Pflege im Vergleich der Altersgruppen häufiger von älteren Menschen erbracht wird. Verwandtenpflege ist besonders verbreitet bei Frauen im Alter von 55- bis 64-Jährige. Immer häufiger bilden zudem Großeltern eine wichtige Voraussetzung für die Erwerbstätigkeit der Töchter und Schwiegertöchter, insbesondere im Falle von Ein-Eltern-Familien. Die Tatsache, dass im Zuge des demografischen und sozialen Wandels die gesellschaftlichen Bedarfe und damit auch Chancen für solidarisches Handeln sowohl in Form des FE als auch der privaten Nachbarschafts- und Netzwerkhilfe insgesamt steigen, kommt zunehmend auch zum Engagement bereiten Älteren zugute.

Potenziale älterer Engagierter in der Pflege jenseits der Angehörigenpflege

Hierzu gibt die Empirie aufgrund der in den Antworten zur Selbstwahrnehmung zum FE kaum ausweisbaren Abgrenzung zur Mitwirkung in der privaten Angehörigenunterstützung keine quantitativ verlässlichen Auskünfte. Es ist jedoch Erfahrungswissen, dass die gegenüber Nicht-Verwandten geleistete Pflege gering ausfällt. Allerdings kommt es auf die Art der Pflege an. Geht es nicht um „hands-on-Pflege“, sondern z. B. um Besuchs-, Begleit- oder pflegeunspezifische Assistenzdienste, um beaufsichtigende Hilfen z. B. gegenüber Demenzkranken, um kurzfristige Aushilfen und dgl., dann dürfte das Potenzial deutlich höher sein. Ältere Freiwillige sind im wachsenden Umfang und mit großem Erfolg in der ambulanten Demenzbetreuung, z. B. als Pflegebegleiter, und sogar in der Hospizarbeit tätig. Es fehlen aber verlässliche Beteiligungszahlen. Dennoch gibt es nicht umsonst bundesweit immer mehr Bemühungen, das Potenzial älterer, am FE Interessierter zu bündeln und als ggf. auch planbare Ressource dauerhaft zu gewinnen. So entfällt z. B. ein Großteil der Bemühungen der Seniorenbüros, von Pflegestützpunkten oder der in der professionellen Altenpflege tätigen Wohlfahrtsverbände explizit sowohl auf die Werbung um Mitwirkung zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter älterer Menschen als auch um die praktisch-fachliche Unterstützung bereits Engagierter.

Förderung des FE Älterer in der häuslichen nicht-familiären Pflege

Insbesondere Kommunen sind seit Längerem darum bemüht, die FE-Potenziale in der Bevölkerung zu erschließen. In vielen Kommunen gibt es eigens dafür ernannte Freiwilligenbeauftragte, in rund 450 *kommunalen Seniorenbüros*. Sie sind u. a. auch Anlauf- und Vermittlungsstelle, um das FE Älterer für die kommunale soziale Daseinsvorsorge zu erschließen. In Dortmund z. B. besteht seit rund 30 Jahren ein ehrenamtlicher Sozialdienst Älterer, getragen und teilfinanziert von der Stadt. Er zielt explizit auf die Förderung des FE Älterer in gesundheitlichen und pflegerischen Anliegen der Bevölkerung und/oder auf die zwischenmenschliche Unterstützung bei Notsituationen. Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenbüros sieht hier sogar einen Schwerpunkt künftiger Arbeit im demografischen Wandel (Pohlmann, 2020). Erfahrungsberichte bestätigen, dass die FE-Bereitschaft nicht nur unter Älteren zunehmend an bestimmte Voraussetzungen gebunden ist, wie z. B. Mitwirkung bei Einsatzplanungen, Einbringen eigener Erfahrungen etc. Dazu zählt wesentlich auch die Schaffung von selbst- und mitbestimmten Ermöglichungsstrukturen sowie professionelle, auf Nachhaltigkeit und Verlässlichkeit gerichtete Unterstützung. Umstritten ist die Idee der finanziellen Entlohnung des FE; unstrittig dagegen die

Notwendigkeit der Schaffung einer nicht-monetär ausgerichteten Anerkennungskultur, die flächendeckend allerdings zu wünschen übriglässt. Allerdings besteht unter Expert:innen hierzulande weitgehend Einigkeit dahin gehend, dass die Funktion von FE Älterer immer nur *ergänzend* zur professionellen sozialen Arbeit sein kann. Dies gilt in besonderer Weise für die Altenpflege.

4 Lokale, kommunal organisierte „sorgende Gemeinschaften“

Mit dem 7. *Bundesaltenbericht* (Deutscher Bundestag, 2016) liegt seit 2016 ein neues kommunalpolitisches Leitbild für eine umfassende Neuorganisation der lokalen Pflegestruktur im Sinne eines *Pflege- und Unterstützungsnetzwerkes* vor, das auf ein Gesamtversorgungskonzept im Rahmen von „*caring communities*“ zielt („*sorgende Gemeinschaften*“). Diese sollten im Rahmen von Quartiersansätzen und -arbeit organisiert sein und sich durch die gelungene, einvernehmlich getroffene Kombination von professionellen Hilfen, institutionellen Angeboten, bürgerschaftlicher wie nachbarschaftlicher und familiärer Unterstützung auszeichnen (Klie, 2015, 2016). Eine vom Bundesfamilienministerium vertretene definitorische Annäherung lautet: „*Eine „sorgende Gemeinschaft“ ist das gelingende Zusammenspiel von Bürgerinnen und Bürgern, Staat, Organisationen der Zivilgesellschaft und professionellen Dienstleistern in der Bewältigung der mit dem demografischen Wandel verbundenen Aufgaben*“ (ISS, 2014: 4). Ziel ist „*die Aufrechterhaltung eines selbstbestimmten Lebens wesentlich durch eine entsprechende Gestaltung räumlich-dinglicher, sozialer und infrastruktureller Kontexte*“ (KDA, 2011).

Ausgehend vom Konzept der *Sozialraumorientierung* geht es um die „*erforderliche Anpassung der Sozialräume an die Bedürfnisse einer alternden Gesellschaft*“ (Deutscher Städtetag, 2015). Die „*Pflege der Zukunft*“ wird als „*Pflege im Quartier und in der Kommune*“ konzeptualisiert, die neuen Leitbilder sind „*Inklusion*“ und „*barrierefreies Lebensumfeld im sozialen Nahraum*“, „*Quartiers- und Gemeinwesenorientierung*“ sowie Schaffung einer lokalen, möglichst kleinräumigen „*Sorgekultur*“. Als erforderlich dafür werden „*integrierte, wohnquartiersbezogene pflege- und teilhabeförderliche lokale Strukturen und Netzwerke*“ angesehen, die im Rahmen einer am Subsidiaritätsprinzip orientierten kommunalen Alten-, Familien und Generationenpolitik *herzustellen* und nachhaltig auszugestalten sind.

Kommunale Alten- und Pflegepolitik gilt als ämter- und ressortübergreifende *Querschnitts- und Steuerungsaufgabe* mit primärerer Verantwortung der

Kommunen für die Bereitstellung und Ausgestaltung entsprechend teilhabeförderlicher lokaler Strukturen und Netzwerke. Ihnen obliegt explizit die Rolle einer *steuernden „Versorgungsinstanz“* (Deutscher Bundestag, 2016), die sich primär auf Initiierung, Hilfen bei der Implementierung und nachhaltige, auch finanzielle Stützung von unterschiedlichen *Versorgungsarrangements* bezieht. Notwendige Voraussetzungen für den Erfolg sind dabei insbesondere die Herstellung von Bereitschaft, Bewusstsein und politischer Legitimation, die Verbesserung der Daten- und Informationslage, eine möglichst kleinräumig angelegte Alten- und Pflegeberichterstattung mit einer darauf bezogenen Bedarfsabschätzung, die Bereitstellung von professionellem und qualifiziertem Personal, die Absicherung intrakommunaler bzw. ggf. auch überregionaler Kooperation sowie der Einbezug neuer und weiterer Akteure, so z. B. aus der Zivilgesellschaft, der Wohnungswirtschaft und der Sozialversicherungsträger (Naegele, 2018).

Sorgende Gemeinschaften entstehen nicht im Selbstlauf, sondern müssen als Alternativenwürfe professionell organisiert und stabilisiert werden. Voraussetzung wird eine sorgende Grundhaltung innerhalb und außerhalb des Quartiers, die lokal erst einmal hergestellt werden muss. Darin liegt die primäre Verantwortung der Kommunen im Rahmen ihres Daseinsvorsorgeauftrags. Angesichts wachsender sozialer Differenzierungen auch des Alters, zunehmender sozialer Segregation in den Kommunen, der vielerorts immer noch bestehender struktureller kommunaler Finanzknappheit und der grundsätzlichen Schwierigkeit, bei sog. harten sozialen Problemlagen auch praktische Solidarität auf informell-freiwilliger Basis dauerhaft und nachhaltig zu implementieren, ist damit ein hochvoraussetzungsvoller Zukunftsentwurf skizziert, der den flächendeckenden Praxistest erst noch bestehen muss.

Literatur

- Bäcker, G., Naegele, G., & Bispinck, R. (2020). *Sozialpolitik und soziale Lage: 2 Bände* (6. grundlegend überarbeitete Auflage). Wiesbaden: SpringerVS.
- BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend). (Hrsg.). (2008). *Fünfter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland – Potenziale des Alterns in Wirtschaft und Gesellschaft*.
- BMFSFJ. (Hrsg.). Vogel, C., Kausmann, C., & Hagen, C. (2017). *Freiwilliges Engagement älterer Menschen. Sonderauswertungen des Vierten Deutschen Freiwilligensurveys*. Deutsches Zentrum für Altersfragen. DZA.
- Burgi, M. (2013). *Kommunale Verantwortung und Regionalisierung von Strukturelementen in der Gesundheitsversorgung*. Nomos.

- Deutscher Bundestag. (2016). Siebter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Absicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften. Bundestagsdrucksache.
- Die Bundesregierung. (Hrsg.). (2019). *Konzertierte Aktion Pflege*. Vereinbarungen. Abschlussbericht.
- Deutscher Städtetag. (Hrsg.). (2015). *Für eine echte Stärkung der Kommunen in der Pflege*. Deutscher Verein. (Hrsg.). (2020). *Zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung*. Generali Zukunftsfonds und Institut für Demoskopie Allensbach. (Hrsg.). (2013). *Generali Altersstudie*.
- Igl, G., & Naegele, G. (1993). Neue Aspekte in der Pflege? Zur vorgesehenen Qualitätssicherung im Pflege-Versicherungsgesetz. *Soziale Sicherheit*.
- Igl, G. (2015). *Japanische und deutsche Altenpflege im Vergleich*. August 2015. Gutachten.
- Igl, G. (2018). Pflegeversicherung. In F. Ruhland et al. (Hrsg.), *Sozialrechtshandbuch* (6. Auflage). Nomos.
- Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik (ISS) e.V. (2014). Fachgespräch am 16. Dezember 2013. Sorgende Gemeinschaften – Vom Leitbild zu Handlungskonzepten.
- Jacobs, K. (2020). Die Pflegeversicherung: Eine vertragswettbewerbsfreie Zone. In Jacobs et al. (Hrsg.). *AOK Pflegereport*.
- Jacobs, K. et al. (Hrsg.). (2015). Pflege zwischen Heim und Häuslichkeit. *AOK Pflegereport*.
- Jacobs, K. et al. (Hrsg.). (2016). Die Pflegenden im Fokus. *AOK Pflegereport*.
- Jacobs, K. et al. (Hrsg.). (2017). Die Versorgung der Pflegebedürftigen. *AOK Pflegereport*.
- KDA (Kuratorium Deutsche Altershilfe). (Hrsg.). (2011). Das KDA-Quartierskonzept. Pro Alter, September/Okttober 2011.
- Klie, T. (2015). Wege in eine sorgende Gemeinschaft? In Landeszentrale für politische Bildung Baden-Württemberg (Hrsg.). *Der Bürger im Staat*.
- Klie, T. (2016). Caring Community. Auf dem Weg in eine sorgende Gemeinschaft. In H.-P. Zimmermann, A. Kruse, & T. Rentsch (Hrsg.). *Kulturen des Alterns. Plädoyer für ein gutes Leben bis ins hohe Alter*. Frankfurt/M.
- Klie, T. (2020a). Care- und Case-Management – Steuerung im Kontext von Pflegebedürftigkeit. *AOK-Pflegereport 2020*.
- Klie, T. (2020b). Osteuropäische Haushaltshilfen. Symptom von Strukturproblemen. *Soziale Sicherheit*.
- Naegele, G. (2018). Die Rolle der Kommunen in der pflegerischen Versorgung der Bevölkerung aus sozialpolitischer Sicht. In F. Welti et al. (Hrsg.), *Gesundheit, Alter, Pflege und Rehabilitation. Recht und Praxis im interdisziplinären Dialog*. Nomos.
- Naegele, G. (2010). Kommunen im demographischen Wandel. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*.
- Nowossadeck, S., Engstler, H., & Klaus, D. (2016). Pflege und Unterstützung durch Angehörige. DZA (Hrsg.): *Report Altersdaten*.
- Pfundstein, T., & Bensch, M. (2020). Vom Markt der Sorgen – sollen individuelle Pflegeleistungen kommunal gesteuert werden. *AOK-Pflegereport*.
- Pohlmann, R. (2020). Kommunale Altenhilfestrukturen stärken. Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenbüros e. V. (Hrsg.). Berlin.
- Preller, L. (1962). *Sozialpolitik. Theoretische Ortung*. Thieme.
- Rhee, J. C., Done, N., & Anderson, G. F. (2015). Considering long-term care insurance for middle income countries – Comparing South Korea with Japan and Germany. *Health Policy*.

- Rothgang, H., & Müller, R. (2018). Entlastungsbedarf für pflegende Angehörige. *Pflege-report der Barmer 2018*.
- Rubin, Y. (2020). Kommunale (Altenhilfe-)Planung. In K. Aner & K. Karl (Hrsg.), *Handbuch Soziale Arbeit und Alter* (2. Auflage). Springer Fachmedien
- Statistisches Bundesamt. (2020). Pflegestatistik. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse 2019. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/Downloads-Pflege/pflege-deutschlandergebnisse-5224001199004.html>.

Prof. Dr. Gerd Naegele war bis zu seiner Emeritierung Professor für Soziale Gerontologie an der Technischen Universität (TU) Dortmund und Direktor des Instituts für Gerontologie der TU Dortmund. Derzeit arbeitet er als Senior Researcher an seinem ehemaligen Institut und ist in der wissenschaftlichen Politikberatung zum Thema „Alternde Gesellschaft“ tätig. Er ist Gastprofessor an der Akdeniz Universität in Antalya/Türkei und an der Taipei Medical University/Taiwan. Zu seinen Forschungsschwerpunkten zählen Sozialpolitik, demografischer Wandel, Pflegepolitik, Sozialdienstleistungen und die Situation älterer Arbeitnehmer. Zu seinen jüngsten Veröffentlichungen gehören „Sozialpolitik und soziale Lage in Deutschland“, 2 Bände (zusammen mit G. Bäcker und R. Bispinck) und „Alte und neue soziale Ungleichheiten bei Berufsaufgabe und Rentenübergang“ (zusammen herausgegeben mit M. Hess) beide erschienen bei Springer VS.

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der 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.





Neue Gemeinschaften und neue Rollenverteilung in der japanischen Demenzversorgung – Beispiele guter Praxis

Ikuko Fujita

1 Grenzen der herkömmlichen Demenzbetreuung

In der „Behandlungsrichtlinie Demenz 2017“ der Japanischen Gesellschaft für Neurologie (*Japan Society of Neurology*) werden die Diagnosekriterien für Demenz (DSM-5)¹ wie folgt definiert: „In einer oder mehreren kognitiven Domänen (komplexe Aufmerksamkeit, exekutive Funktionen, Lernen und Gedächtnis, Sprache, perzeptuell-motorische Fähigkeiten, soziale Kognition) tritt im Vergleich zu einem früheren Leistungsniveau ein signifikanter Abfall der kognitiven Fähigkeiten auf, kognitive Defizite beeinträchtigen die Selbständigkeit bei den täglichen Aktivitäten und die Betroffenen benötigen Unterstützung bei komplexen instrumentellen Alltagsaktivitäten (IADL)“. In Japan stößt die Betreuung von Menschen mit Demenz allmählich an ihre Grenzen. Hauptsächlich ist dies auf den Personalmangel im Pflegebereich und einen Mangel an Betreuungseinrichtungen zurückzuführen.

¹DSM-5 ist die Abkürzung für die fünfte – und derzeit gültige – Auflage des *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (von 2013) und das führende psychiatrische Klassifikationssystem in den USA.

I. Fujita (✉)
Sanyo-Gakuen University, Okayama, Japan
E-Mail: fujita_ikuko@sguc.ac.jp

1.1 Zunehmende Zahl an Demenzkranken und Pflegekräftemangel

Die Geburtenjahrgänge 1947 bis 1949 – die sogenannten Babyboomer – bilden eine zahlenmäßig starke Altersgruppe innerhalb der Bevölkerung Japans. 2025 werden alle Babyboomer 75 Jahre oder älter sein und damit in die Altersgruppe der Hochaltrigen aufrücken. In einer Studie des Ministeriums für Gesundheit, Arbeit und Wohlfahrt (im Folgenden: „MHLW“) wurde die Zahl der Menschen ab 65 Jahren mit Demenz auf 4,62 Mio. (Stand 2012) geschätzt, was einer Prävalenz von 15 % entspricht (MHLW, 2019). Im Jahr 2025 soll die Zahl der Demenzkranken unter der Bevölkerung ab 75 Jahren zwischen 6,75 und 7,3 Mio. liegen. Wenn der Alterungsprozess der Bevölkerung 2042 seinen Höhepunkt erreicht haben wird, werden etwa 39 Mio. Menschen in Japan 65 Jahre oder älter sein. Man geht davon aus, dass dann 20 % der über 65-Jährigen und 55 % der über 85-Jährigen demenz sein werden, wobei der Bevölkerungsanteil der Menschen ab 75 Jahren auch danach noch weiter ansteigen wird.

Für das Jahr 2025 erwartet das MHLW einen Mangel an Pflegekräften in der Größenordnung von etwa 340.000 Personen (MHLW, 2018). Am stärksten wird die Metropole Tokyo von dem Personalmangel betroffen sein – dort werden voraussichtlich knapp 35.000 Pflegekräfte fehlen. Schätzungen des Ministeriums für Wirtschaft, Handel und Industrie (METI) zum Pflegepersonalbedarf, basierend auf den jüngsten statistischen Daten, rechnen für das Jahr 2035 sogar mit einem Mangel von 690.000 Pflegekräften. Da infolge der bedenklich niedrigen Geburtenrate auch die erwerbsfähige Bevölkerung – der wichtigste „Träger der Pflege“ in Japan – drastisch zurückgeht, sind die Sorgen groß. Um den Personalmangel zu kompensieren, wurden diverse Maßnahmen ergriffen, u. a. die Verbesserung der Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte – insbesondere der Entgelte –, der Einsatz von Pflegerobotern und der Aufbau eines Umfelds für die Aufnahme von ausländischem Pflegepersonal. Man kann allerdings nicht behaupten, dass diese Maßnahmen den bestehenden Personalmangel in der Pflege grundlegend behoben hätten.

1.2 Mangelnde Ressourcen zur Betreuung von Menschen mit Demenz

In Japan gibt es diverse Betreuungseinrichtungen für ältere Menschen: private Altenheime mit Pflegeversorgung (im Folgenden „Altenheime“), Service-Wohnungen für Senioren (im Folgenden „Service-Wohnungen“), Alten-

pflegeheime, geriatrische Pflegeeinrichtungen, Care Houses (kostengünstige Seniorenheime), Group Homes (Heime mit Wohngruppen)². Als Service-Wohnungen werden Einrichtungen für ältere Menschen bezeichnet, die im Prinzip keine Pflege benötigen. Geriatrische Pflegeeinrichtungen richten sich an Patienten mit Reha-Bedarf. Sie zählen als medizinische Einrichtung. Der Aufenthalt in diesen Einrichtungen ist zeitlich begrenzt, denn es wird davon ausgegangen, dass die Patient:innen früher oder später wieder in ihr Wohnumfeld zurückkehren werden. Folglich kommen für Menschen mit Demenz, die pflegebedürftig und in hohem Maße von medizinischer Versorgung abhängig sind, zum Wohnen de facto nur die o.g. Altenheime oder Altenpflegeheime infrage.

Aufgrund der hohen Kosten der Altenheime hoffen viele Demenzkranke und deren Angehörige auf einen Platz in einem Altenpflegeheim. Einem Untersuchungsbericht des MHLW über das Gesundheitswesen und die Förderung der Gesundheit älterer Menschen aus dem Jahr 2019 zufolge muss beim Einzug in ein Altenheim eine Vorauszahlung in Höhe von durchschnittlich 4,2 Mio. Yen geleistet werden, die zusätzlichen monatlichen Kosten belaufen sich auf durchschnittlich 280.000 Yen (MHLW, 2019). Tatsächlich dürften nur sehr wenige Menschen mit Demenz oder deren Familien in der Lage sein, diese Summen aufzubringen. Demgegenüber fällt bei den Altenpflegeheimen, die von Körperschaften der sozialen Wohlfahrt betrieben werden, keine einmalige Aufnahmegebühr an und die monatlichen Kosten liegen zwischen 60.000 und 150.000 Yen, womit der Zugang zu diesen Einrichtungen im Allgemeinen erschwinglicher ist als zu den Altenheimen.

Nach Angaben des MHLW haben sich 2019 etwa 292.000 Menschen um einen Platz in einem Altenpflegeheim beworben, stehen aber noch auf der Warteliste (MHLW, 2019). Allerdings beziehen sich diese Angaben auf Personen der Pflegestufe 3 oder höher³. Bezieht man auch Personen der Pflegestufe 1 und 2 mit ein, erhöht sich die Zahl der Antragsteller sogar auf 340.000. Der Grund dafür, dass sich die Aufnahme in Altenpflegeheime schwierig gestaltet, ist die abnehmende Rentabilität der betreffenden Einrichtungen, bedingt durch sinkende

²Hier handelt es sich um Einrichtungen, in denen aus dem Krankenhaus entlassene pflegebedürftige Personen auf Rückkehr in ihre häusliche Umgebung vorbereitet werden. Der Aufenthalt ist anders als bei den Altenpflegeheimen nicht auf Dauer angelegt. Die Einrichtungen verfügen außerdem über medizinisches Personal und führen Rehabilitationsmaßnahmen durch.

³Die Skala der Pflegestufen in Japan geht von 1 bis 5. Pflegestufe 1 bezeichnet die Pflegestufe mit der geringsten Pflegebedürftigkeit.

Pflegevergütungen, rückläufige Zuschüsse sowie steigende Personalkosten. Dies hat dazu geführt, dass die Rendite von 12,0 % im Jahr 2010 auf 7,5 % im Jahr 2012 und weiter auf 2,5 % im Jahr 2014 absank. Auch wenn also die Nachfrage nach Plätzen in Altenpflegeheimen hoch ist, geht dies nicht mit einem Anstieg der Zahl der Einrichtungen einher, da der Betrieb einer solchen Einrichtung für die Betreiber angesichts der niedrigen Rendite unattraktiver wurde. Darüber hinaus ist es insbesondere in städtischen Gebieten schwierig, Pflegepersonal zu rekrutieren. Dies hat mitunter dazu geführt, dass selbst wenn neue Einrichtungen entstehen, nicht alle Zimmer besetzt werden können.

1.3 Grenzen der konventionellen Rehabilitation

Während also einerseits davon ausgegangen wird, dass die Zahl der Menschen mit Demenz weiter zunehmen wird, stößt auf der anderen Seite die konventionelle Demenzversorgung aufgrund des Mangels an Pflegepersonal und Pflegereourcen (Einrichtungen) an ihre Grenzen. Weiter wird vermehrt darauf hingewiesen, dass *„die herkömmliche Demenzversorgung in Form von Reha- und Freizeitangeboten (rehabilitation/recreation) das Fortschreiten der Demenz nicht aufgehalten hat“*.

Die Demenzversorgung bezieht einerseits diverse Fachtherapien ein, wie Realitätsorientierung (ROT), Musiktherapie, *Dōsa*-Therapie (Bewegungsbehandlung), Gartentherapie oder Reminiszenztherapie, um das Fortschreiten der Demenz zu verzögern. Andererseits wird im Rahmen der Rehabilitation auch die sogenannte *„Asobilitation“* eingesetzt. Es handelt sich hierbei um eine japanische Wortschöpfung aus den Wörtern *„asobi“* (Spiel) und *„Rehabilitation“*; gemeint ist damit die Integration von Spiel(en) in die Rehabilitation. Typische Beispiele sind Handspiele, bei denen die Hände im Rhythmus der Musik abwechselnd geöffnet und geschlossen werden oder bei denen die rechte und die linke Hand jeweils unterschiedliche Bewegungen ausführen – eine Hand wird gespreizt, die andere zur Faust geballt usw. Es werden auch Origami gefaltet, mit *otedama*-Stoffsäckchen jongliert, Bilder ausgemalt und diverse andere Spiele gemacht. Bei den meisten dieser *Asobilitation*-Angebote handelt es sich um Spiele, bei denen Mitarbeiter:innen oder Helfer:innen der Einrichtung als Spielleiter:innen die Demenzkranken anleiten (Abb. 1), oder es sind Spiele, die ein Mensch mit Demenz alleine spielen kann.

Vor dem Hintergrund des oben geschilderten Mangels an Pflegepersonal und an Pflegereourcen (Einrichtungen) mag die Eins-zu-Viele-Kommunikation zu einem gewissen Grad unvermeidlich sein. Da auch die Tages- bzw. Wochenzeitpläne mehr

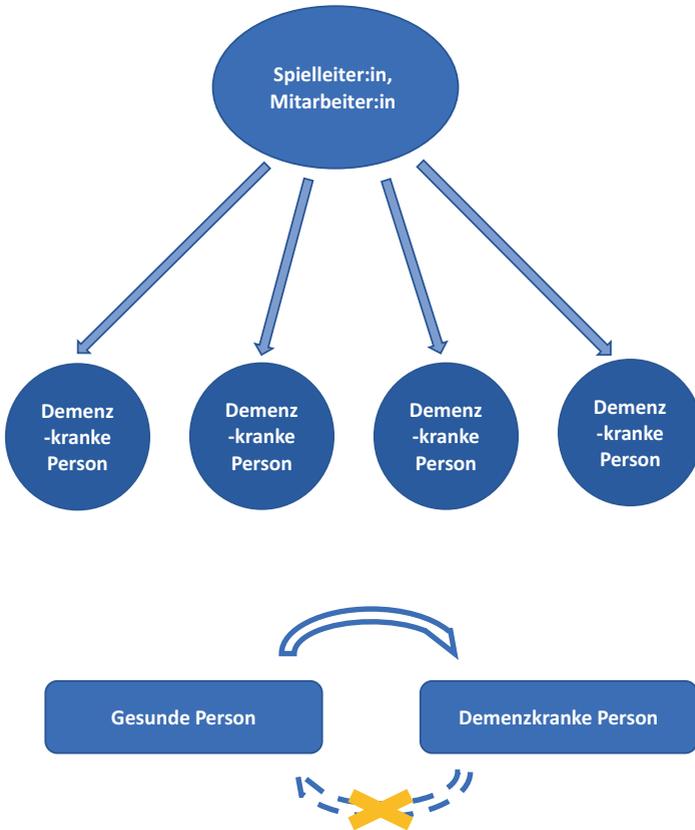


Abb. 1 Unidirektionale Handspiele in Pflegeeinrichtungen (oben) ohne Rückkopplung seitens des Demenzkranken (unten)

oder weniger festgelegt sind, führt dies zwangsläufig zu einer Einheitsbetreuung. Allerdings ist eine auf den einzelnen Demenzkranken individuell abgestimmte Betreuung wünschenswert, um das Fortschreiten der Demenz aufzuhalten und den Zustand zumindest nach und nach etwas zu verbessern. Wenn ein fester Zeitplan dazu führt, dass ein Demenzkranker weniger Gelegenheiten hat, eigenständig zu denken und zu handeln, kann dies den Demenzzustand verschlimmern. Mit diesem Dilemma ist auch das Pflegepersonal in Altenpflegeheimen mit ganzheitlicher Pflege konfrontiert.

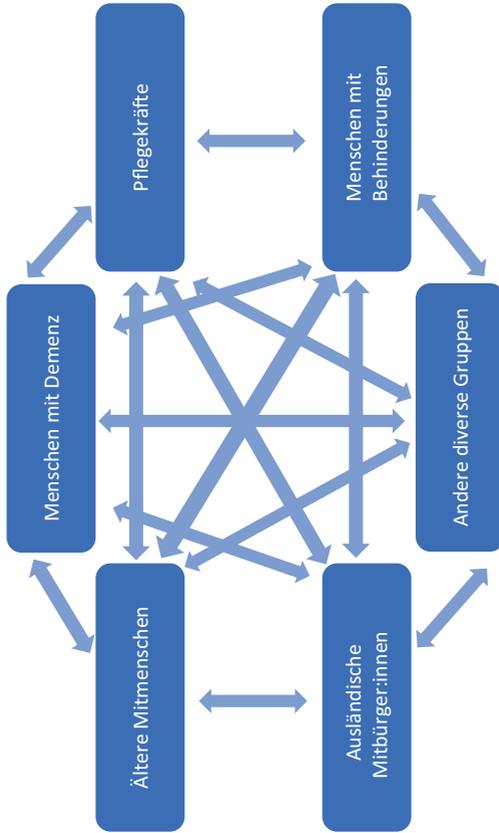


Abb. 2 Vernetzte Versorgungsstruktur

2 Für vernetzte Versorgungsstrukturen

2.1 Grundüberlegung

Im Folgenden wird auf die „vernetzte Versorgungsstruktur“ (meshugata kôzô kea) als die künftig erforderliche Form der Demenzversorgung eingegangen. Entwickelt wurde dieses Modell aus der Evaluierung fortschrittlicher Ansätze diverser Organisationen in der Demenzversorgung (Unternehmen, Gemeinschaften, Körperschaften der sozialen Wohlfahrt bzw. medizinische Einrichtungen).

Anstelle der bisherigen einseitigen Betreuung in Form von „Hilfe geben und erhalten“ bezeichnet eine „vernetzte Versorgungsstruktur“ eine Betreuung, bei der alle Beteiligten eine Rolle übernehmen, man sich gegenseitig unterstützt und miteinander kommuniziert. Konkret können z. B. auch Menschen mit Demenz, solange sie nicht unter funktionellen Beeinträchtigungen der Gliedmaßen leiden, Menschen mit Behinderungen beim Essen unterstützen, und Personen mit kognitiven Einschränkungen können Köch:innen zur Hand gehen, sofern sie in der Lage sind, bestimmte vorgegebene Abläufe zu erlernen. Bisher wurden Menschen mit Demenz oder Behinderungen von Verwaltungsbehörden und „gesunden“ Menschen wie ehrenamtlichen Helfer:innen häufig einseitig in die Rolle der Hilfeempfänger:innen gedrängt. Dies gilt im Übrigen auch für ausländische Mitbürger:innen oder behinderte Menschen. Angesichts des demographischen Wandels und einer zunehmenden Diversität in der Gesellschaft stößt die oben beschriebene, einseitig ausgerichtete Unterstützung an ihre Grenzen. Ein geeigneter Ansatz, um dem Arbeitskräftemangel und der Ressourcenknappheit zu begegnen, wäre nach Auffassung der Verfasserin ein Gesellschaftsmodell, alle Gruppen, auch Demenzkranke und Behinderte, unabhängig von Nationalität, religiöser Überzeugung oder sexueller Orientierung Aufgaben übernehmen, wechselseitig kommunizieren und sich gegenseitig unterstützen (Abb. 2). Die Schlüssel zu einer vernetzten Versorgungsstruktur liegen in den Bereichen „Kommunikation und Gemeinschaft“ sowie „Rollen und Aufgaben“. Im Folgenden werden einige Praxisbeispiele für vernetzte Versorgungsstrukturen vorgestellt.

2.2 Praxis der vernetzten Versorgungsstruktur

Demenz und Kommunikation und Gemeinschaft

Wichtige Aspekte in der Demenzversorgung sind Kommunikation und Gemeinschaft. Jeder von uns gehört – lange vor einer Demenzerkrankung – einer Gemeinschaft an. Das ist zunächst die Gemeinschaft der Familie. Dort wachsen wir auf und kommunizieren mit unseren Eltern, Geschwistern oder Großeltern. Später werden wir Mitglied einer Gemeinschaft an der Schule und an der Universität. Nach Abschluss der Ausbildung werden wir Teil einer Gemeinschaft am Arbeitsplatz. Oft bauen wir auch Beziehungen zu weiteren Gemeinschaften auf – Gemeinschaften von Menschen mit denselben Hobbys oder die lokale Gemeinschaft. Leben und Kommunikation bzw. Gemeinschaft sind also untrennbar miteinander verbunden.

Auch in der Demenzbetreuung werden Kommunikation und Gemeinschaft große Bedeutung beigemessen. Betreuungsansätze, die nicht nur aus einem einseitigen Ansprechen bestehen, sondern darauf abzielen, bestimmte Handlungsketten auszulösen, wie das Zuhören und das dadurch angeregte Nachdenken über die nächsten Sätze, gelten als wirksam, um das Fortschreiten der Demenz aufzuhalten. Aus diesem Grunde wird unter Federführung des MHLW dazu aufgerufen, *„Menschen mit Demenz verstärkt mit in die Kommunikation einzubeziehen“*.

– Beispiel 1: Vom MHLW geförderte Demenz-Cafés –

Sog. *„Demenz-Cafés“* bieten Menschen mit Demenz und ihren Familien die Möglichkeit, mit Menschen der lokalen Gemeinschaft oder Expert:innen in einen Informationsaustausch zu treten. Die Treffen finden z. B. ein- oder zweimal im Monat in öffentlichen Einrichtungen, Pflegeeinrichtungen oder Gemeindehäusern statt, mitunter auch in Cafés oder Gaststätten. Das Besondere an den Demenz-Cafés ist, dass sich auch Nicht-Betroffene an der Kommunikation beteiligen können. Die Veranstaltungen laufen nicht im Stil eines Frontalvortrags ab, sondern dienen dem Zweck, zusammenzukommen und miteinander zu sprechen. Menschen mit Demenz kommen miteinander ins Gespräch und Angehörige tauschen sich mit Angehörigen anderer Demenzkranker aus. Es soll sogar Fälle geben, in denen Pflegekräfte aus dem Bereich der Demenzpflege von Menschen mit Demenz aufgemuntert wurden. Das MHLW hat es sich zum Ziel gesetzt, bis Ende des Geschäftsjahres 2020 (31. März 2021) landesweit in allen Kommunen Japans Demenz-Cafés zu etablieren (MHLW, 2017).

An diesem Beispiel zeigt sich, wie die vernetzte Betreuung in der Praxis umgesetzt werden kann. Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen streben keine einseitige Betreuung durch Pflegekräfte an. Es sind durchaus auch

Konstellationen denkbar, in denen sich die Demenzkranken und/oder ihre Angehörigen um Pflegekräfte oder Menschen in der lokalen Gesellschaft kümmern. Aus einer solchen Gemeinschaft heraus entsteht eine vernetzte Versorgungsstruktur.

– Beispiel 2: Partizipativer Sport –

Es gibt auch Beispiele für Kommunikation im Rahmen sportlicher Aktivitäten. Sportliche Betätigung dient nicht nur dem Aufbau der Muskelkraft oder der Vorbeugung von Stürzen, sondern löst aktive Motivation aus: so wollen die Betroffenen z. B. „besser als Herr oder Frau X sein“ oder überlegen sich „wie kann ich besser werden?“ oder werden dazu angeregt „es unbedingt selbst einmal auszuprobieren“. Darüber hinaus wird der Kommunikation im Rahmen sportlicher Aktivitäten eine vorbeugende Wirkung gegen kognitiven Funktionsabfall zugeschrieben. Sport fördert die Kommunikation über die Generationen hinweg, von Kleinkindern und Jugendlichen bis hin zu Erwachsenen, und es gibt durchaus auch Beispiele, in denen junge Menschen dabei etwas von den älteren Menschen lernen.

Die Verfasserin hat im Rahmen einer Studie untersucht, wie sich die psychische Stabilität von Menschen mit Demenz vor und nach sportlicher Aktivität – in diesem Fall „SNAG-Golf“- verändert (Fujita et al., 2019)⁴. SNAG-Golf ist eine vereinfachte Version des Golfsports; anstatt ins Loch zu rollen, haftet der Ball dabei an einer Zielscheibe. Da diese Golf-Version auch mühelos von Menschen mit Demenz gespielt werden kann, kommt sie nicht selten auch als Freizeitaktivität in Innenräumen der Pflegeeinrichtungen zum Einsatz. Bei dieser sportlichen Aktivität wird der psychotherapeutische Aspekt der Reminiszenztherapie einbezogen und anhand eines psychologischen Tests, dem sog. „Baum-Test“⁵, vor und nach dem Sport untersucht, inwieweit der Sport eine Wirkung hat.

Es konnte gezeigt werden, dass Motivation und Selbstbestätigung nach dem Sport höher waren und auch die Anzahl der aktiven Kommunikationshandlungen – von sich aus andere ansprechen – zugenommen hatte. Das lässt darauf schließen, dass das Fortschreiten der Demenz durch Sport verlangsamt werden kann. Überraschend war, dass es auch Situationen gab, in denen Menschen mit Demenz anderen Demenzkranken die Regeln erklärten und sie in das Putten einwiesen⁶. Dies ist ein Beispiel für die oben erläuterte vernetzte Betreuung und

⁴SNAG ist eine Lernmethode für Golfanfänger:innen und steht für „Starting New At Golf“.

⁵<https://www.spektrum.de/lexikon/psychologie/baumtest/1954>.

⁶Putt ist ein Schlag auf dem Grün, bei welchem der Ball nicht fliegt, sondern nur rollt.

ein Vorzeigemodell dafür, wie Menschen mit Demenz, die bisher ausschließlich Empfänger von Betreuung waren, sich gegenseitig umeinander kümmern, indem sie miteinander in eine Kommunikation treten, was eine hemmende Wirkung auf das Fortschreiten der Demenz hat.

Demenzfreundliche Kommunen

Das MHLW fördert derzeit bis 2025 den Aufbau von „Systemen zur Bereitstellung von lokalen integrierten Unterstützungs- und Serviceleistungen (lokales integriertes Versorgungssystem)“, die darauf abzielen, die Würde älterer Menschen zu erhalten und ihr selbständiges Leben zu unterstützen. Diese Versorgungssysteme sollen ältere Menschen in die Lage versetzen, so lange wie möglich in ihrer vertrauten lokalen Umgebung zu leben und bis zum Lebensende ein selbstbestimmtes Leben zu führen. Diese integrierten lokalen Versorgungssysteme, die Demenzkranke und ihre Angehörigen mit einbeziehen, können als demenzfreundliche Kommunen bezeichnet werden.

Laut der britischen Alzheimer's Society zeichnet sich eine demenzfreundliche Kommune dadurch aus, dass *„Menschen mit Demenz motiviert sind, Selbstvertrauen haben und spüren, dass sie einen Beitrag zu sinnvollen Aktivitäten leisten und daran teilhaben können“* (Alzheimer's Society, 2013). *„Um das Ziel einer lokalen Gemeinschaft oder Gesellschaft zu verwirklichen, in der Menschen auch mit einer Demenzerkrankung als Mitglieder der lokalen Gemeinschaft an der Gesellschaft teilhaben und ein Alltagsleben führen können, muss vor allem die Gesellschaft sich ändern – sei es im Hinblick auf Vorurteile gegenüber Demenzkranken, das physische Umfeld oder die zwischenmenschlichen Kontakte.“* (Tokuda, 2018). Da die Zahl der Demenzkranken bisher sehr begrenzt war, wurden die Probleme kaum wahrgenommen. Angesichts der starken Zunahme ist es jedoch nicht länger möglich, die Probleme ausschließlich den Demenzkranken und ihren Angehörigen zu überlassen. So entstand die Idee der Gründung von lokalen Gemeinschaften mit dem Ziel, sich um die Demenzkranken und ihre Angehörigen gemeinsam zu kümmern. In der Praxis spricht man von demenzfreundlichen Kommunen, und es sind diese Kommunen, die die tragende Säule der oben erläuterten vernetzten Versorgungsstruktur bilden.

Welche Maßnahmen hat nun die Verwaltung in Japan angesichts der rapide ansteigenden Zahl älterer Menschen bei einer gleichzeitig schrumpfenden Bevölkerung ergriffen? Und wie stellt sich die Situation der demenzfreundlichen Kommunen in Japan derzeit dar? Hierzu sollen im Folgenden zwei zukunftsweisende Initiativen aus den Städten Fujinomiya in der Präfektur Shizuoka und Machida in der Präfektur Tokyo vorgestellt werden, die seit längerem an der Umsetzung einer demenzfreundlichen Gemeinschaft in Japan arbeiten.

– Beispiel 3: Demenzfreundliche Kommune –

Fujinomiya ist eine Stadt mit 130.000 Einwohnern in der Präfektur Shizuoka und legt seit 2008 bei der Stadtgestaltung den Fokus auf Menschen mit Demenz. Jedes Jahr werden hier die „*D-Series*“ veranstaltet, ein landesweites Softballturnier für Menschen mit Demenz. Bemerkenswert ist die Tatsache, dass auch im Organisationsteam immer Demenzkranke beteiligt sind. Auch der Ansatz bei Vortragsveranstaltungen zum Thema Demenz ist außergewöhnlich: In der Regel halten bei solchen Veranstaltungen Ärzt:innen oder andere Spezialist:innen Vorträge für Angehörige, die Familienmitglieder mit Demenz unterstützen. In Fujinomiya treten jedoch zuweilen auch demente Personen als Redner:innen auf. Die Veranstaltungen richten sich sowohl an Personen in der Demenzbetreuung als auch an ein allgemeines Publikum und bieten Demenzkranken die Gelegenheit, selbst zu Wort zu kommen. Auf diese Weise fördert Fujinomiya das Konzept einer Stadtgestaltung, bei der Menschen mit Demenz, die sie unterstützenden Angehörigen, aber auch Menschen ohne Demenz miteinander über sie gemeinsam betreffende Themen sprechen. Auch Demenzkranke empfinden Freude dabei, wenn sie einen Beitrag zur lokalen Gemeinschaft leisten und für andere Menschen nützlich sein können. In der konkreten Umsetzung sieht das dann so aus, dass auch Menschen mit Demenz aus der Sicht als Betroffene Ideen und Vorschläge einbringen, die dann im Kreis von Menschen mit und ohne Demenz gemeinsam besprochen werden. Bei diesem Format wird Demenz nicht gleichgesetzt wird mit einseitigem Empfangen von Hilfe, sondern es haben Menschen mit Demenz eine Aufgabe in der Gemeinschaft und unterstützen somit andere, sowohl demente als auch nicht-demente Menschen.

– Beispiel 4: Demenzfreundliche Kommune –

Die Stadt Machida hat 430.000 Einwohner und ist eine sogenannte Schlafstadt im Westen der Metropole Tokyo. Der Anteil der älteren Bürger ist dort stetig angestiegen. Für 2025 wird mit einem Altenquotienten von 25,5 % (etwa 110.000 Personen) gerechnet. Die Zahlen veranschaulichen, dass Machida auch im Vergleich zu anderen Regionen in Japan hinsichtlich der Alterung der Bevölkerung vor ganz besonderen Herausforderungen steht. Seit 2015 bemüht man sich verstärkt, bei der Stadtgestaltung und im Rahmen kommunalpolitischer Maßnahmen und Initiativen die Meinungen und Wünsche von Menschen mit Demenz einzubeziehen.

Bei einem Tagespflegedienst in Machida beginnen beispielsweise die morgendlichen Meetings damit, dass jeder einzelne Gast – einschließlich der Demenzkranken – gefragt wird, was er/sie an dem Tag gerne tun möchte. Auch

unter Demenzkranken gibt es durchaus Unterschiede hinsichtlich der körperlichen Verfassung und ihrer sonstigen Fähigkeiten. Bei dem genannten Tagespflegedienst wird großen Wert darauf gelegt, dass die dementen Personen selbst überlegen, was sie heute machen können und was sie tun wollen. Darüber hinaus verrichten die Demenzkranken, die die Tagespflegestätte nutzen, Tätigkeiten für lokale Unternehmen. Sie waschen z. B. im Auftrag lokaler Autovermieter und Autohändler Fahrzeuge oder schälen für einen Gemüsegroßhändler Zwiebeln für dessen Gewerbekunden – all dies gegen Entgelt. Die Demenzkranken arbeiten also und erhalten dafür eine Vergütung. Wie im Fall der Stadt Fujinomiya werden die Demenzkranken in Machida nicht nur einseitig betreut, sondern nehmen eine gesellschaftliche Aufgabe wahr. Eine solche demenzfreundliche Gemeinschaft verlangsamt nicht nur das Fortschreiten der Demenz, sondern kann zweifelsohne auch dazu beitragen, den Arbeitskräftemangel in der Demenzversorgung abzubauen.

Praxisbeispiele für die Übertragung von Aufgaben an Menschen mit Demenz

Erstaunlich viele Menschen betrachten Demenzkranke ausschließlich als Empfänger von Unterstützung. Überträgt man jedoch Demenzkranken gewisse Aufgaben, entwickeln sie ein Verantwortungsbewusstsein, was unter Umständen das Fortschreiten der Demenz verzögern kann. Auch in Pflegeeinrichtungen wie Altenpflegeheimen mit ganzheitlicher Pflege wird vermehrt Ergotherapie eingesetzt. So werden die Demenzkranken u. a. mit Aufgaben wie Gießen der Pflanzen und Bäume, Tischdecken und Servieren oder Reinigen betraut. Im Folgenden werden zwei Beispiele für vernetzte Versorgungsstrukturen vorgestellt, bei denen Menschen mit Demenz Aufgaben zugewiesen wurden.

– Beispiel 5: Betreuung von Menschen mit Behinderungen durch Menschen mit Demenz „Share Kanazawa“ –

Share Kanazawa ist eine neue Siedlung in der Präfektur Ishikawa mit einer Fläche von ca. 360.000 m². Auf dem Gelände befinden sich Service-Wohnungen für Senior:innen, ambulante Pflegeeinrichtungen, stationäre Einrichtungen für Kinder mit geistiger Behinderung und andere Sozialeinrichtungen, aber auch Studentenwohnungen mit Ateliers für Studierende der Kunsthochschule, Geschäfte, Bäder mit natürlichen heißen Quellen, Restaurants, Live-Music Clubs und andere Vergnügungseinrichtungen, Gemüsegärten oder Kochschulen. Ferner wurden eine Reinigung, ein Allwetterplatz, ein Hundeauslauf und ein Alpaka-Hof als Begegnungsstätten für die Anwohner:innen aus der Umgebung geschaffen. Bemerkenswert ist das zugrunde liegende Konzept: Es wird eine Siedlung

angestrebt, in der ältere Menschen, Jugendliche, Kinder und Menschen mit und ohne Behinderungen in einem bunten Miteinander gemeinsam leben können.

In der Siedlung arbeiten Menschen mit Behinderungen in Läden oder helfen in der Restaurantküche beispielsweise beim Gemüsewaschen. Menschen mit Demenz arbeiten in der Landwirtschaft oder gehen Menschen mit Behinderungen beim Essen zur Hand. Es kommt auch vor, dass Studierende älteren Menschen beim Baden helfen. Share Kanazawa ist ein Modellprojekt für die von der japanischen Regierung geförderte „japanische Version des amerikanischen CCRC-Konzepts“. CCRC (*Continuing Care Retirement Community*) steht für eine „Gemeinschaft, in der auch ältere Menschen ihr Leben lang aktiv sein können“ (Matsuda, 2015). Das Besondere an Share Kanazawa ist jedoch, dass es sich hierbei um eine Gemeinschaft handelt, in der nicht nur ältere Menschen, sondern auch Menschen mit Demenz oder Behinderungen, Ausländer:innen sowie Kinder und Eltern in der Kindererziehungsphase leben. In diesem Sinne verkörpert Share Kanazawa die Idealform der von der Verfasserin favorisierten vernetzten Versorgungsstruktur: einen Zustand, in dem Menschen mit Demenz und/oder Behinderungen, die bisher ausschließlich auf die Rolle der Pflegeempfänger reduziert waren, an der Gemeinschaft teilhaben, in dem sie eine Aufgabe wahrnehmen. Das Gefühl, jemandem zu nutzen, verlangsamt nicht nur das Fortschreiten der Demenz, sondern kann wie gesagt auch dazu beitragen, den Mangel an Pflegeressourcen zu überwinden.

– Beispiel 6: Ein von dementen Menschen betriebenes Restaurant –

Im Restaurant des Vereins „*Restaurant of Mistaken Orders*“ setzt sich die gesamte Bedienung, die in der Gaststube Bestellungen aufnimmt und die Speisen serviert, aus Menschen mit Demenz zusammen⁷. Daher kommt es durchaus auch vor, dass Bestellungen falsch aufgenommen bzw. weitergeben werden oder man das Essen eines anderen Gastes serviert bekommt. Aber wie der Name des Restaurants – *Restaurant of Mistaken Orders* – schon besagt, ist den Gästen bereits im Vorfeld bewusst, dass die Wahrscheinlichkeit von Fehlern bei der Bestellung hoch ist, daher gibt es auch so gut wie nie Beschwerden. Das *Restaurant of Mistaken Orders* veranstaltet zeitlich befristete Events, u. a. auch in einem Restaurant im Gebäude des MHLW. Die Initiative hat im In- und Ausland viel Beachtung gefunden, da sie zeigt, wie Menschen mit Demenz selbstbestimmt und mit viel Lebensfreude arbeiten, wenn ihnen eine Rolle zugewiesen wird. Dies ist ein Paradebeispiel für die Steigerung des Selbstbewusstseins durch Über-

⁷<http://www.mistakenorders.com>.

tragung von Aufgaben an Demenzpatienten und ebenso wie „Share Kanazawa“ ein Vorzeigemodell für eine vernetzte Versorgungsstruktur.

3 Zur Demenzversorgung der Zukunft

In der bisherigen Praxis in Japan wurde das Thema dieses Beitrags zumeist aus der Perspektive heraus betrachtet, wie die Betroffenen von ihrem Umfeld unterstützt werden können. Dabei wurden demente Menschen meist in der Rolle der Empfänger:innen von Hilfe bzw. Pflege wahrgenommen, die von Nicht-Dementen erbracht wird (Laien oder Professionellen). Die Vorstellung, dass auch Demenzkranke andere Menschen unterstützen können, existierte bisher dagegen kaum. Wie die behandelten Praxisbeispiele gezeigt haben, kann jedoch kein Zweifel daran bestehen, dass die aktive Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und in der Übernahme von Aufgaben nicht nur das Fortschreiten der Demenz verzögert, sondern auch dazu beitragen kann, den Ressourcenmangel in der Pflege zu überwinden. In Abgrenzung zur herkömmlichen Betreuung bezeichnet die Verfasserin diese Konzepte als „vernetzte Versorgungsstrukturen“. Sie ist davon überzeugt, dass jeder Mensch – unabhängig davon, ob er an Demenz leidet oder nicht – den Wunsch hat, „*einen Beitrag zur lokalen Gemeinschaft und Gesellschaft zu leisten*“ und „*anderen nützlich zu sein*“. Eine Gesellschaft, in der Unterstützung keine Einbahnstraße ist, sondern in der eine wechselseitige Kommunikation, ein wechselseitiges Geben und Nehmen, zustande kommt – bietet für Japan angesichts des fortschreitenden demographischen Wandels ein ideales Leitbild für die Zukunft.

Auch die japanische Regierung hat inzwischen begonnen, den Aufbau vernetzter Demenz-Versorgungsstrukturen mit den Schwerpunkten „Kommunikation/Gemeinschaft“ und „Rolle/Aufgaben“ ernsthaft in Angriff zu nehmen: Mit dem „New Orange Plan (Umfassende Strategie zur Förderung von Maßnahmen gegen Demenz)“, den das MHLW seit 2015 vorantreibt, wird eine entsprechende Transformation der Gesellschaft angestrebt (MHLW, 2017). Im Sinne einer lokal integrierten Versorgung sollen sich künftig nicht nur die Angehörigen um Familienmitglieder mit Demenz kümmern, sondern alle Anwohner:innen der lokalen Gemeinschaft gegenseitig unterstützen. Im Rahmen des „New Orange Plans“ werden derzeit Maßnahmen zur Förderung von Demenz-Helfer:innen (*dementia supporter*) und Demenz-Cafés vorangetrieben. Damit soll eine offene und wechselseitige Kommunikation der beteiligten Akteure gefördert werden, mit dem Ziel, ausgehend von den über Demenz-Helfer:innen und Demenz-Cafés zustande kommenden Verbindungen lokale Gemeinschaften zu verwirklichen, in denen Menschen mit Demenz aktiv

teilhaben können. Nur wenn dafür gesorgt wird, dass jeder einzelne Demenzkranke eine Aufgabe erhält, damit er/sie zur Gesellschaft beitragen kann, lässt sich der künftige Personal- und Ressourcenmangel im Bereich der Demenzpflege beheben. Eine wichtige, dabei zu lösende Herausforderung wird darin bestehen, zu klären, wie Menschen mit Demenz eine ihrer individuellen Situation angemessene Rolle übertragen werden kann, und wer diese Aufgabe der Rollenverteilung übernehmen soll.

Literatur

- Alzheimer's Disease International. (2016). *“Dementia Friendly Communities Key Principles and Global Developments”*.
- Alzheimer's Society. (2013). *“Building dementia-friendly communities: A priority for everyone”*.
- Japanese Society of Neurology. (Hrsg.). (2017). *Leitlinien für die Behandlung von Demenz 2017* [Ninchishō shikkan shinryō no gaidorain 2017]. Tokyo: Igaku-Shoin Ltd.
- MHLW. (2018). *Pressemittteilung: Zur Anzahl der benötigten Pflegekräfte auf Grundlage des 7. Geschäftsplanes der Pflegeversicherung* [Dai 7 ki kaigo hoken jigō tōkei ni motozuku kaigo jinzai no hitsuyō kazu ni tsuite]. <https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000207323.html>. Zugegriffen: 7. Nov. 2021.
- MHLW. (2019). *Anfrage: Zum Status der Bewerber:Innen für Spezial-Pflegeheime* [Tokubetsu yōgo rōjinhōmu no nyūsho moshikomisha no jōkyō]. https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000157884_00001.html. Zugegriffen: 7. Nov. 2021.
- MHLW et.al. (2017). *Umfassende Strategie zur Förderung von Demenz-Maßnahmen (New Orange Plan): Schaffung von demenzfreundlichen Gemeinschaften für ältere Menschen* [Ninchishō shisaku suishin sōgō senryaku (Shin orenji puran) – Ninchishō kōreisha nado ni yasashii chiiki zukuri ni mukete].
- NPO DFC Partners Inc. (2018). *“Eine demenz-freundliche Stadt, die alle gebaut haben“* [Minna ga tsukuru ninshichō furendorī machi da].
- Ohno, H., & Takahashi, S. (2014). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5* [DSM-5 Seishinshikkan no bunrui to shindan no tebiki]. Herausgegeben von der Japanischen Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie [Nihon Seishin Shinkei Gakkai]. Igaku-Shoin.
- PWC. (2020). *„Forschungsarbeiten und Studien bezüglich derzeitiger Bedingungen für Diversitätsmanagement in Altenheimen“, Projekt zur Gesundheitsförderung älterer Menschen 2019* [Kōreisha muke sumai ni okeru un'ei jitai tayōka ni kansuru jitai chōsa kenkyū. Reiwa gannen tabi rōjin hoken kenkō zōshin nado jigō].
- Awata, S. (2017). *„Was sind Dementia Friendly Communities? Ideen und die globale Bewegung der Dementia Friendly Communities* [Dementia Friendly Community to hanani ka. Dementia Friendly Community no rinen to sekai no ugoki]“, *Japanese Journal of Geriatric Psychiatry*, S. 458–465.
- Tokuda, T. (2018). *Eine demenz-freundliche Gesellschaft* [Ninchishō furendorī shakai]. Iwamanami Shoten.

Ikuko Fujita ist Professorin für Sozialpsychologie an der Sanyo-Gakuen University in Okayama. Zu ihren Forschungsgebieten gehören Gruppendynamik, Führung/Gruppenmanagement, Kommunikation und Kultur. Außerdem ist sie als Trainerin für mentale Leistungsfähigkeit von Spitzensportlern, einschließlich Olympioniken, tätig. Zu ihren Veröffentlichungen zählen „The Developmental Aspects of *Ibashi* from Childhood to Middle-stage of Adolescence“ (zusammen mit Shigetoshi Obinata), veröffentlicht in *The Journal of the Graduate School of Letters, Yasuda Women’s University* (Bd. 24, 2019) und „Introduction to Interpersonal Communication“, neue Ausgabe, erschienen bei Nakanishiya in 2022.

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der 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.





Die Platinum Society – ein „Rundum-Win-Win-Modell“ für eine alternde Gesellschaft

Tomoo Matsuda

1 Von der Silver Society zur Platinum Society

1.1 Die Platinum Society

Das Thema „Zivilgesellschaftliches Engagement und Inklusion“ dieser Sektion aufgreifend soll an dieser Stelle ein neues Konzept für eine alternde Gesellschaft – nämlich das einer „Platinum Society“ – vorgestellt werden. Die „Platinum Society“ steht für eine nachhaltige Entwicklung einer Gesellschaft, die durch Alterung nicht an „Glanz“ verliert. Sie ist für alle gesellschaftlichen Gruppen – Zivilgesellschaft, öffentliche Verwaltung, Wirtschaft und Wissenschaft – gewinnbringend. Sie beschreibt ein „Rundum-Win-Win-Modell“.

Der Anteil der Menschen ab 65 Jahren beträgt in Japan aktuell 28 %. Damit rangiert das Land im weltweiten Vergleich auf Platz 1. In Deutschland liegt der Anteil bei 22 %. Beide Länder sind in dieser Hinsicht also „führende Nationen“ im Hinblick auf die Alterung von Gesellschaften. In Japan – ebenso wie in Deutschland – geht der demografische Wandel mit einer steigenden Anzahl alleinlebender Senior:innen einher, die oftmals vom gesellschaftlichen Leben ausgeschlossen sind. Die Isolation alter Menschen, ihr einsames Sterben und steigende Ausgaben für die medizinische Versorgung und Pflege stellen ernste

T. Matsuda (✉)
Mitsubishi Research Institute, Tokyo, Japan
E-Mail: tmatsu@mri.co.jp

© Der/die Autor(en) 2022
F. Waldenberger et al. (Hrsg.), *Alterung und Pflege als kommunale Aufgabe*,
Dortmunder Beiträge zur Sozialforschung,
https://doi.org/10.1007/978-3-658-36844-9_7

Herausforderungen dar und machen Japan auch in dieser Hinsicht zu einer „führenden demografischen Problemnation“.

Ändert man jedoch den Blickwinkel, dann birgt eine alternde Gesellschaft neben Risiken und Bedrohungen auch Chancen. De facto sind 80 % aller Senioren in Japan gesund. Auch wenn die Anzahl der Menschen, die Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen, stetig steigt, so liegt deren Anteil derzeit noch bei lediglich 20 % (MHLW, 2019). Gefragt ist jetzt ein Bewusstseinswandel, so dass ältere Menschen nicht mehr nur als Last gesehen, sondern als wertvolle Bereicherung für das gesellschaftliche Leben geschätzt werden. Wichtig ist es, die Jahre, die im Alter noch bei guter Gesundheit verbracht werden können, durch gesellschaftliche Teilhabe und gegenseitige Hilfe zu verlängern und so Menschen davor zu bewahren, zum Pflegefall zu werden. Ebenso notwendig ist eine enge Kooperation zwischen Politik, Verwaltung und Zivilgesellschaft, um die stetig zunehmenden Ausgaben im Gesundheits- und Pflegebereich einzudämmen. Japan und Deutschland als Vorreiter alternder Gesellschaften, können sich so von Problemnationen zu weltweit führenden „Problemlösungsnationen“ entwickeln.

Es braucht dazu zunächst die gemeinsame Einsicht, dass eine alternde Gesellschaft nicht etwas Negatives, sondern etwas Positives darstellt. Diese Einsicht zum Prinzip machend schuf das Mitsubishi Research Institute¹ 2010 den Ausdruck „Platinum Society“ (MRI, 2010). Bislang wurde in Japan zur Beschreibung einer alternden Gesellschaft in Anlehnung an das Image silberhaarer Senior:innen der Begriff „Silver Society“ verwendet. Doch Silber oxidiert bekanntlich, und zudem suggeriert der Begriff, wie etwa der Name „Silver Seats“ als Bezeichnung für speziell ausgewiesene Sitzplätze für Ältere in Bahnen Hilfsbedürftigkeit. Platin hingegen ist hochwertiger als Silber, rostet nicht und verliert auch nicht an Strahlkraft. Hinzu kommt der Mehrgenerationen-Aspekt. Eine alternde Gesellschaft, in der Teilhabe und Inklusion ausreichend verwirklicht sind, dient nicht nur den Senior:innen selbst, sondern ist so konstituiert, dass auch junge Menschen, junge Eltern und Personen mittleren Alters „glänzen“ können (Abb. 1).

¹Das Mitsubishi Research Institute (MRI) ist ein privatwirtschaftlicher Think Tank der für öffentliche und private Kunden zu gesellschaftspolitischen Themen Expertisen erstellt.

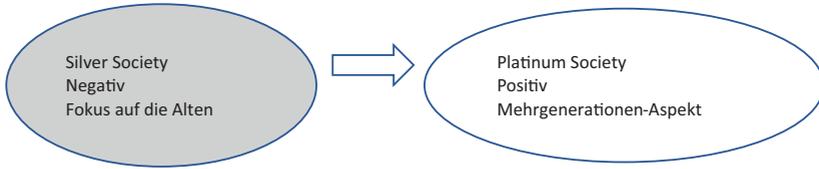


Abb. 1 Von der Silver Society zur Platinum Society.
Quelle: Eigene Darstellung

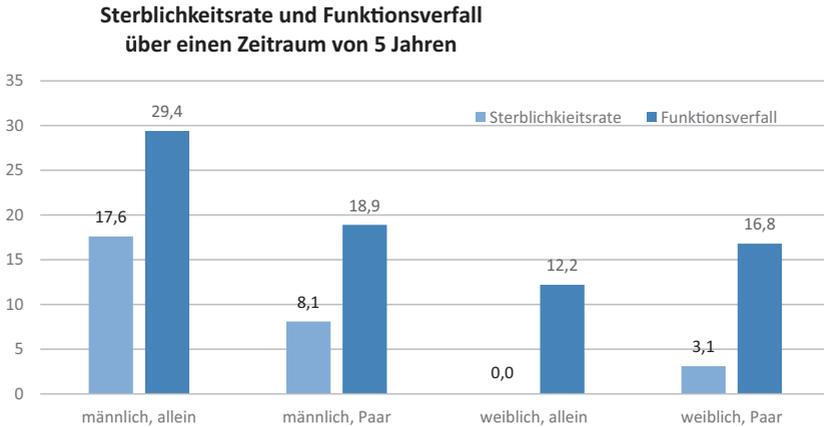


Abb. 2 Ergebnisse einer Fünfjahresstudie unter 300 Senior:innen ab 75 Jahren.
Quelle: International Longevity Center Japan, 2008

1.2 Japans demografische Herausforderungen

Zunächst sollen einige gesellschaftliche demografische Herausforderungen Japans erörtert werden. In einer Studie mit 300 Teilnehmenden ab 75 Jahren (International Longevity Center Japan, 2008) wurden die Befragten nach ihrer jeweiligen Wohnsituation kategorisiert und fünf Jahre in Folge bezüglich eines möglichen Abbaus ihrer körperlichen und geistigen Funktionen untersucht. Die Untersuchungskategorien lauteten „männlich, alleinlebend“, „männlich, mit Ehepartnerin lebend“, „weiblich, alleinlebend“ und „weiblich, mit Ehepartner lebend“. In der Gruppe „männlich, alleinlebend“ fiel der Funktionsabbau mit 29,4 % und die Sterberate mit 17,6 % innerhalb des Untersuchungszeit-

raums am höchsten aus. Bei alleinlebenden Frauen hingegen lag der Funktionsverfall bei 12,2 % und die Sterblichkeit bei 0 %. Der Unterschied zwischen den Geschlechtern ist also erheblich. Das Alleinleben stellt für Männer eine besondere Herausforderung dar. Für diese Gruppe erscheinen gesellschaftliche Teilhabe und Inklusion besonders dringlich (Abb. 2).

In einer anderen Studie gaben 1.559 Frauen zwischen 60 und 69 Jahren Antwort auf die Frage nach den für sie bedeutendsten Stressfaktoren im Alltagsleben (MRI, 2012). Die Antworten ergaben folgende Rangfolge: Platz 5 „Krankheit“, Platz 4 „Erdbeben“, Platz 3 „Kinder“ und Platz 2 „Finanzen“. Und was war Stressfaktor Nummer 1? Der Ehemann. Als Begründung wurde angeführt, dass der Mann nach seiner Pensionierung nur noch zu Hause sei und sich ohne jegliche Hobbies sozial isoliere, während die Frau sich weiterhin um seine Mahlzeiten kümmern müsse. Dadurch sei er zu einer „Belastung“ für sie geworden. Ein Problem ist dabei auch, dass sich viele ältere japanische Männer gar nicht darüber im Klaren zu sein scheinen, dass sie ihren Frauen „auf die Nerven gehen“. Offensichtlich ist es dringend notwendig, Probleme zu lösen, die eine Vereinsamung von Männern und eine Verschlechterung ihres Gesundheitszustands mit sich bringen sowie Stress bei den Partnerinnen verursachen. „Zivilgesellschaftliches Engagement und Inklusion“, das Thema dieser Sektion, bieten hierzu vielversprechende Lösungsmöglichkeiten.

2 Wegweisende Beispiele der Platinum Society

Im Folgenden werden nun einige wegweisende Beispiele aus Japan vorgestellt, die gesellschaftliche Teilhabe und Inklusion älterer Menschen befördern. Sie stehen exemplarisch dafür, wie nicht nur in Japan, sondern auch weltweit Probleme der gesellschaftlichen Alterung angegangen werden können.

2.1 Exadon – Gesellschaftliche Teilhabe von Senioren sowie Vorbeugung von Pflegebedürftigkeit und Demenz mithilfe japanischer Trommeln

Die Stadt Sado in der Präfektur Niigata liegt auf einer abgelegenen Insel im Japanischen Meer, die vom Hafen Niigata in etwa einer Stunde mit dem Tragflügelboot erreichbar ist. Ursprünglich diente die Insel als Ort, an den im 13. Jahrhundert der abgedankte Kaiser Juntoku, der buddhistische Priester Nichiren sowie im 15. Jahrhundert der Nô-Künstler Zeami und weitere Adelige,

Künstler oder Gelehrte verbannt wurden. Während der Edo-Zeit (1603–1868) florierte die Insel aufgrund der dort vorhandenen von Gold- und Silbervorkommen. Auch nach der Öffnung Japans und der Meiji-Restauration (1868) stand Sado für industriellen Aufschwung. Während ihrer Blütezeit 1980 lebten auf der Insel 85.000 Menschen. Die Zahl sank danach drastisch und lag im Jahr 2020 bei nur noch 50.000. 40 % der Bewohner sind heute 65 Jahre oder älter (Stadtverwaltung Sado, 2019). Bei einem Bevölkerungsrückgang von jährlich 1000 Menschen und einer entsprechenden Alterung der Gesellschaft wird es zunehmend schwierig, die Inselgemeinschaft zu erhalten. Japans Probleme zeigen sich in einem Mikrokosmos.

Das Projekt Exadon setzt hier an. Der Begriff setzt sich aus „Exercise (Bewegung)“ & „Sado“ (der Ort) & „don“ (das Geräusch beim Schlagen einer Trommel)“ zusammen. Das Projekt wurde im Februar 2014 als gemeinsames Projekt der Kodo Cultural Foundation, der Stadt Sado und der Shiosai-Klinik als Fitness-Programm zur Pflegeprävention initiiert. Die Teilnehmer sollen Freude am Trommeln und an der Ausübung traditioneller Künste verspüren und gleichzeitig durch körperliche Aktivitäten an der Verbesserung der eigenen Gesundheit arbeiten. Die so erreichte aktive Einbindung von Senior:innen in das gesellschaftliche Leben leistet einen Beitrag zur Gesundheitsförderung, Demenzprävention und zur Stärkung der lokalen Gemeinschaft.

Konkret soll Exadon zum einen „seelische Leiden“ wie Angstzustände, Depressionen oder Demenzerkrankungen und zum anderen „körperliche Leiden“ wie das sog. locomotive syndrome (Funktionseinschränkungen des Bewegungsapparats) und das metabolische Syndrom (Fettleibigkeit mit Folgen für Diabetes, Schilddrüsenerkrankungen und Bluthochdruck) sowie dadurch verursachte Knochenbrüche, Gehbehinderungen, Schlaganfälle oder Herzinfarkte vermeiden. Wenn dies auch nicht gänzlich gelingt, so können doch die körperlichen Schmerzen und Beeinträchtigungen gemindert werden. Bewegungs- und Ernährungsgewohnheiten, die ausgewogen sind und Spaß machen, können zudem seelischen und körperlichen Krankheiten vorbeugen. Bei Exadon werden durch „Trommeln und traditionelle Künste“ spielerisch Bewegungsabläufe antrainiert, eine nahrhafte und ausgewogene „Exadon“ gegessen und somit auch etwas über bessere Ernährungsgewohnheiten gelernt². Die Teilnehmenden tauschen sich aus, entwickeln gegenseitiges Verständnis und wünschen einander Glück. So wird auch für seelische Ausgeglichenheit gesorgt. Regelmäßige Bewegung,

²Ein Wortspiel: hier steht „don“ für die in der japanischen Küche beliebte „rice bowl“.

ungezwungene geistige Beschäftigung und gesellschaftliche Aktivität beugen nicht nur Demenzerkrankungen, sondern auch diversen anderen Krankheiten vor und wirken insgesamt positiv auf die Psyche. Viele traditionelle Künste zielen genau auf diese Aspekte. Trommeln verfügen über ein universelles Design. Sie können generationenübergreifend von Alt und Jung und auch von Menschen mit Behinderung gespielt werden. Die Koordinator:innen der Exadon-Klassen sorgen dabei für eine angenehm harmonische und fröhliche Atmosphäre (Abb. 3).

Trommeln spielen in der japanischen Kultur, etwa in Schreinen, seit jeher eine wichtige Rolle. Bei den in erster Linie mit Senior:innen durchgeführten Exadon-Experimenten werden vor und nach dem Trommeln Körperkraft, Vitalität sowie kognitive Fähigkeiten gemessen und Untersuchungen zu Depressionen und zum subjektiven Wohlbefinden durchgeführt. Statistische Analysen zeigen in Bezug auf Depressionen und ähnliche Erkrankungen teilweise signifikante Ergebnisse und klare positive Auswirkungen auf den Gemütszustand. Man kann Exadon also als wegweisendes Modell bezeichnen, das zum subjektiven körperlichen und seelischen Wohlbefinden beiträgt (Kobayashi, 2019). Gleichzeitig werden dabei traditionelle und ursprüngliche japanische Kunstformen gepflegt und die örtliche Gemeinschaft belebt.

Foto 1: Senior:innen beim Trommeln



Quelle: <https://www.exadon.com>.

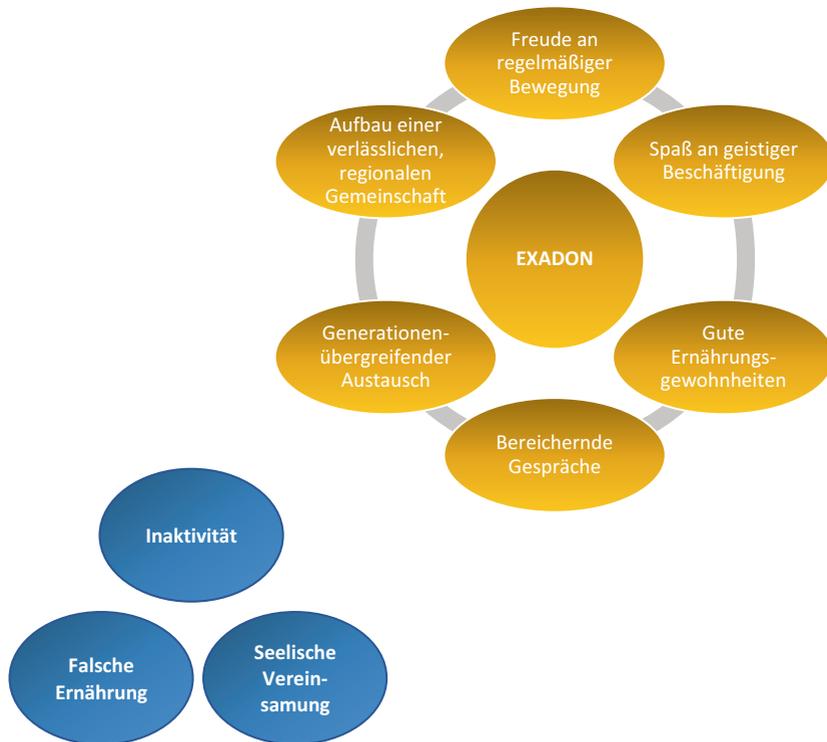


Abb. 3 Die Probleme des Alterns und die Vorzüge von Exadon

2.2 Das Iwaki Projekt zur Gesundheitsförderung

Die Präfektur Aomori landet regelmäßig auf den letzten Plätzen der landesweiten Rangliste zur durchschnittlichen Lebenserwartung, was auf eine hohe Raucherquote und einen hohen Salzverbrauch in der Ernährung zurückzuführen ist. Als Gegenreaktion werden seit 2005 unter dem Titel „Iwaki Projekt zur Gesundheitsförderung“ regionale Aktivitäten der Bewohner:innen des Bezirks Iwaki in der Stadt Hirosaki durchgeführt, die durch Prof. Shigeyuki Nakaji sowie Prof. Koichi Murashita von der örtlichen Universität initiiert wurden (Murashita, 2019). In jährlichen, großangelegten Gesundheitschecks wurden Daten von über 20.000 Erwachsenen und Kindern ab dem Grundschulalter erhoben. Dabei wurden

16 Jahre lang Gesundheitsdaten zu 2000 bis 3000 Themen abgefragt. Big Data ist in den vergangenen Jahren zu einem viel beachteten Thema geworden, doch bislang ausgewertete medizinische Daten stammen oft von erkrankten Personen. „Gesunden“ Menschen wurden hingegen meist nur 20 bis 30 Fragen gestellt.

Die umfangreichen Datensätze zur Gesundheit decken alle Themen – vom Genom über physiologische und biochemische Daten, Daten zum individuellen Lebensalltag sowie zum sozioökonomischen Umfeld – ab und sind auch international gesehen einzigartig. Aus diesem Grund wurde die Universität Hirosaki im Jahre 2013 in das Center of Innovation Programm (COI) des japanischen Ministeriums für Gesundheit, Arbeit und Soziales³ aufgenommen und widmet sich seither in einem Konsortium von über 40 Unternehmen und etwa 50 wissenschaftlichen Einrichtungen der Forschung und Entwicklung auf dem Gebiet der Prävention von Zivilisations- und Demenzerkrankungen.

Als Beispiel für eine Unternehmenskooperation sei auf das Konzept der Firma Kao „Smart Washoku“ (intelligentes japanisches Essen) verwiesen, das Folgeuntersuchungen bezüglich positiver Auswirkungen auf die Gesundheit enthält. Das private Bildungsunternehmen Benesse konzipierte ein „Programm zur Gesundheitsbildung“ und AEON Mall, berühmt für ihre großen Einkaufszentren, führt ein Projekt namens „Mall Walking“ durch, bei dem man Bonuspunkte für die von AEON herausgegebene Geldkarte „Waon“ sammeln kann (MRI, 2017). Dieser Ansatz aus Bürgerbeteiligung, der Nutzung von Big Data und der Schaffung eines Gesundheitsbewusstseins (*Health Literacy*) wurde als fortschrittlich gewürdigt und erhielt 2018 beim ersten Open Innovation Preis des Kabinettsbüros den Preis des Premierministers und somit die höchste Auszeichnung.

Bei der medizinischen Versorgung der Zukunft sollte weniger der Aspekt der Problembewältigung, also nicht die Heilung erkrankter Menschen, im Vordergrund stehen, sondern vielmehr dem präventiven Ansatz stärkeres Gewicht beigemessen werden. Einer der Gründe für steigende medizinische Ausgaben ist das geringe Gesundheitsbewusstsein in Teilen der älteren japanischen Bevölkerung. Um dieses positiv zu beeinflussen, führt die Universität Hirosaki mittels einer medizinischen Quality of Life-Untersuchung ein innovatives Programm zur Verhaltensänderung durch. Das Projekt fokussiert auf folgende vier Bereiche: „meta-

³Ministry of Health, Labour and Welfare (MHLW).

bolisches Syndrom“, „locomotive Syndrome“, „Mundhygiene“ und „Depression/Demenz“. Diesbezügliche Untersuchungen sowie die Erläuterung der Ergebnisse und präventive Gesundheitsberatung finden in nur zwei Stunden statt. Bisherige Evaluationsstudien zeigen, dass dadurch indikative Werte für Risiken von Diabetes, wie der HbA1c-Wert oder der Viszeralfettanteil, signifikant gesenkt werden konnten, d. h. die positiven Auswirkungen eines gestiegenen Gesundheitsbewusstseins können mittlerweile als bestätigt gelten.

Auch hinsichtlich Demenzerkrankungen, die in Japan als großes gesellschaftliches Problem des Alters gelten, wurden Untersuchungen durchgeführt. So wurden rund 2400 Gehirne von Senior:innen per Magnetresonanztomographie (MRT) untersucht, wobei im Rahmen von gleichzeitig vorgenommenen MMST (Mini-Mental-Status-Test zur Überprüfung der kognitiven Funktionen) festgestellt wurde, dass der MMST-Wert bei Menschen ab etwa 60 Jahren geringer ausfiel. Des Weiteren wurde belegt, dass Menschen, die an Schlafmangel litten, einen langsamen Gang aufwiesen und hinsichtlich ihrer Lebensqualität eher unzufrieden und unglücklich waren, im MMST wesentlich schlechter abschnitten. Durch die Analyse derartiger Daten mittels Künstlicher Intelligenz (KI) soll der Ausbruch von Demenzerkrankungen prognostiziert und somit vorbeugend eingegriffen werden (MRI, 2017).

Das Iwaki Programm trägt zur Verbesserung der Lebensqualität durch bürgerschaftliches Engagement bei, befördert gesundheitspolitische Maßnahmen, schafft neue Geschäftsfelder für Unternehmen und unterstützt neue Forschung an Universitäten. Es ist somit ein positives Beispiel, bei dem alle Beteiligten – zivile, öffentliche, wirtschaftliche und universitäre Akteure – profitieren. Die Erkenntnisse können zukünftig auch einen Beitrag zur weltweiten Gesundheitsförderung leisten, etwa im Rahmen der von den Vereinten Nationen propagierten Sustainable Development Goals⁴.

⁴Anmerkung: Insgesamt 200–300 Menschen (vornehmlich Ärzt:innen) führen das Projekt 10 Tage in Folge (von 6–15 h) im Bezirk Iwaki durch. Untersucht werden Menschen im Alter von 20–94 Jahren. Dauer pro Person: durchschnittlich 5–7 (10) Stunden (Grund- und Mittelschüler:innen werden ebenfalls separat untersucht). Quelle: Interview mit Prof. Koichi Matsushita, Universität Hiroshima.

Foto 2: Teilnehmer:innen am Iwaki Gesundheitsförderungsprojekt



2.3 „Share Kanazawa“ - Eine altersgemischte Community

„Share Kanazawa“ ist ein Mehrgenerationen-Wohnprojekt, das sich etwa 15 Autominuten vom Stadtkern Kanazawas in der Präfektur Ishikawa auf einer großzügigen Fläche von ca. 33.000 m² befindet. Hier stehen nicht nur die Seniorenwohnungen, das Herzstück der Community, sondern auch eine Sozialeinrichtung für Kinder mit Behinderung, Wohnungen für Studierende, ein japanisches Thermalbad für Bürger:innen aus der Umgebung, ein Restaurant, ein Café, Sportstätten und sogar eine Hundewiese zur Verfügung (Matsuda, 2017). Das Besondere an Share Kanazawa ist das „Mehrgenerationen“-Konzept. Dadurch, dass hier nicht nur alte Menschen, sondern auch Kinder mit Behinderung leben, Kinder aus der Nachbarschaft zum Kinderhort kommen und Wohnungen für Studierende zur Verfügung stehen, kommen viele unterschiedliche Generationen zusammen, was die Gemeinschaft besonders belebt. Eine über 90-jährige Bewohnerin einer Seniorenwohnung sagt: *„Ich wohne jetzt gegenüber dem Hort und höre die lebhaften Stimmen der Kinder. Manche mögen das vielleicht als Lärm empfinden, aber mir bereitet das immer große Freude.“*

Eine weitere Besonderheit ist die Trägerschaft. Im gemeinschaftlichen Einkaufsladen sind die Bewohner:innen der Seniorenunterkünfte für sämtliche Abläufe vom Einkauf bis hin zum Verkauf der Waren selbst verantwortlich. Sie arbeiten in Teilzeitschichten von zwei Stunden pro Tag und bekommen die Ver-

kaufserlöse ausgezahlt, was ihnen zusätzliche Motivation verschafft. Ebenso können sie sich auch bei der Gestaltung der Warenauslage oder beim Service einbringen, und der Austausch mit den Kunden gibt ihnen einen wichtigen zusätzlichen Antrieb im Leben. Träger dieses Gemeinschaftskonzepts ist die Soziale Wohlfahrtskörperschaft Busshien. In einer anderen Region, in der die Körperschaft aktiv ist und wo sich ältere Menschen regelmäßig um behinderte Kinder kümmern, zeigte sich, dass sich der Pflegegrad von Senior:innen verbesserte. Das neue Verantwortungsgefühl steigerte offensichtlich ihre Lebenskraft. Eine Aufgabe innerhalb der Gemeinschaft zu haben und selbst zu einer tragenden Kraft zu werden, erhält und verbessert den Gesundheitszustand älterer Menschen. *„Wir müssen uns von der bisherigen bipolaren Auffassung von ‚Unterstützern‘ und ‚zu Unterstützten‘ verabschieden. Sobald man sich selbst als hilfsbedürftig wahrnimmt, verliert man seine Energie. Doch wenn man spürt, dass man selbst jemanden unterstützen kann, baut das auf“*, erklärt Ryōsei Ōya, Vorstand des Busshien.

Eine dritte Besonderheit von „Share Kanazawa“ bilden die Wohnangebote für Studierende aus der Umgebung, die mit 30.000 Yen (ca. 250 EUR) inklusive Ateliernutzung äußerst günstig sind. Grund für diese geringe Miete ist, dass es Bedingung ist, dafür im Share Kanazawa ehrenamtlich tätig zu sein. Studierende der Kunsthochschulen helfen beim Design der Inneneinrichtung mit, beschäftigen sich mit den Senior:innen und Kindern oder arbeiten an der Restaurantkasse. Äußerungen von Studierenden wie *„Ich selbst habe aus dieser ehrenamtlichen Arbeit unglaublich viel Energie geschöpft“* zeigen, welche Tragweite die gegenseitige Hilfe unterschiedlicher Generationen hat. Klagt ein Pächter eines Restaurants der Community über das anstrengende Rasenmähen, so schließen sich andere Mieter:innen zusammen und veranstalten ein fröhliches „Rasenmähe-Event“. Das Konzept ist hier, dass sich die Mitarbeiter:innen der Körperschaft bei der Planung und Ausgestaltung von Veranstaltungen eher im Hintergrund halten.

Viertens ist das Prinzip der „Offenheit“ zu nennen. Gewöhnlich neigen Gemeinschaften dazu, exklusiv und in sich geschlossen zu bleiben. Doch bei „Share Kanazawa“ ist z. B. die Nutzung der japanischen Thermalquelle für Bewohner:innen der Region kostenlos. Cafés und Kneipen, die die Besucher:innen nach dem Baden aufsuchen, sind zu beliebten und einladenden Treffpunkten geworden (Gesellschaft zur CRCC-Förderung, 2020). Da es zudem noch eine Galerie für Kunstwerke und sogar Alpakas gibt, kommen sogar Tourist:innen aus anderen Präfekturen hierher. Diese Offenheit gegenüber der Region und der Mix an Angeboten sind äußerst attraktiv. Dadurch kann das Share Kanazawa als gutes Beispiel einer Platinum Society bezeichnet werden, in der alte Menschen die Dinge selbst in die Hand nehmen und jede Generation zu einem stärkeren Zusammenhalt in der Gemeinschaft beiträgt.

Foto 3: Share Kanazawa, Treffpunkt aller Generationen



Quelle: Share Kanazawa.

2.4 Internet of Seniors (IoS)

Das „Internet of Things (IoT)“, das „alle Dinge“ über das Internet verbindet, gilt als Wegbereiter für den gesellschaftlichen Wandel im digitalen Zeitalter. Auf der anderen Seite wird die Kluft zwischen älteren Menschen, die Informationstechnologie nutzen können, und solchen, die dazu nicht in der Lage sind, weltweit in vielen Nationen als Problem angesehen. In Japan leben mittlerweile sieben Millionen alte Menschen allein (Kabinettsbüro, 2020). Durch ihr Abgeschnitten-sein von der Gesellschaft steigt das Risiko von Demenzerkrankungen und es entstehen zunehmende Kosten im Bereich der Gesundheit und Pflege. Um die Isolierung der Älteren und die „digitale Kluft“ zu vermeiden, müssen sie selbst dazu befähigt werden, das Internet zu nutzen. Aufgrund der Auswirkungen der Corona-Pandemie sind besondere Maßnahmen nötig, damit betroffene Ältere, die derzeit weniger Gelegenheiten zum Ausgehen und zu sozialem Austausch haben, am gesellschaftlichen Leben teilhaben können.

Mit dem Ziel „Alle Senioren mit dem Internet verbinden“ und dem darauf gerichteten Konzept des „Internet of Seniors: IoS“ wurde 2017 der Verein IoS Japan gegründet (IoS, 2020). Takeshi Maki, Gründer und Vorstandsvorsitzender von IoS Japan, erklärt: „Durch die Vernetzung von Senioren mit dem Internet möchte ich eine lebendige und neuartige alternde Gesellschaft aufbauen, über Generationen, Regionen und Branchen hinweg.“ Der Verein gab 2020 ein

„Zoom-Handbuch von Senioren für Senioren“ heraus und setzt sich dafür ein, dass auch Anfänger:innen sich über Smartphones oder Computer austauschen können. Bemerkenswert ist, dass Senior:innen sich dies gegenseitig beibringen. Von ihren Familienangehörigen bekommen sie oft die Antwort: *„Ich habe es Dir doch gerade erst erklärt, warum fragst Du schon wieder?“*, sodass sie sich häufig scheuen, Familienangehörige zu fragen, wie man die Endgeräte nutzt. Es ist wichtig, die Probleme, mit denen sich Senior:innen oftmals schwertun, mehrmals langsam und sorgfältig zu erklären. Daher wird Wert daraufgelegt, nicht den Stolz der Senior:innen durch Aussagen wie *„Du bist aber vergesslich“* oder *„Frag doch nicht ständig“* zu verletzen, sondern ihnen die Dinge sorgfältig zu erklären und ihnen dabei Selbstbewusstsein zu geben.

Einmal pro Woche findet außerdem ein Online-Meeting statt, an dem Senior:innen zwischen 50 und 89 Jahren aus ganz Japan teilnehmen. Früher wurden auch gemeinsame Treffen und Reisen organisiert, doch als aufgrund von Corona keine persönlichen Begegnungen mehr möglich waren, begann man im April 2020 mit Online-Meetings. Ein Großteil der Teilnehmenden hatte keinerlei Erfahrung, doch jedes Mal, wenn ein Problem auftrat, half man sich gegenseitig und brachte sich das Notwendige bei, sodass mittlerweile ein reibungsloser Austausch stattfindet.

Einige sind sogar so fit im Umgang mit der Technik, dass sie ihre Bildschirme teilen, um ihre selbst geschossenen Fotos zu präsentieren. *„Ehrlich gesagt, hatte ich anfangs Angst davor, das Internet zu nutzen, doch als ich einmal damit anfang, konnte ich das nächste Meeting kaum erwarten. Die Gespräche mit den anderen Teilnehmern stimmen mich fröhlich und inspirieren mich.“* ... *„Durch das Coronavirus hatte ich weniger Gelegenheiten auszugehen und eher das Gefühl, von der Gesellschaft zurückgelassen worden zu sein. Doch nun, wo mir etwas Neues beigebracht wurde, hat sich mein Horizont erweitert.“* So die Stimmen einiger Teilnehmer.

Eine über 80-Jährige erzählte, sie pflege ihren Mann seit drei Jahren intensiv zu Hause, sodass sie keine Zeit mehr zum Ausgehen oder zum Treffen mit anderen gehabt habe. Auf eine Empfehlung hin habe sie an einem der Online-Meetings teilgenommen, und die anderen Teilnehmenden hätten ihr geholfen, die schweren Belastungen durch die Pflege besser zu bewältigen. Dadurch habe sie sich viel befreiter gefühlt, sodass sie ihren Mann jetzt noch besser pflegen könne.

„Wenn ich selbst glücklich bin, dann denke ich, dass ich meinem Mann dieses Glück ebenso wünsche und kann netter zu ihm sein.“ ... *„Schon vor Corona war mir die Vereinsamung alter Menschen ein Anliegen. Die Nutzung des Internets wirkt*

auch vorbeugend auf Demenzerkrankungen, daher möchte ich auf diese Art meine Kommunikationsmöglichkeiten vorantreiben“.

Auch mit einfacher Videotelefonie via Smartphone kann dem Wunsch, die Enkel zu sehen und ihre Stimmen zu hören, entsprochen werden. Smartphones sind nicht nur leichter zu bedienen als Computer, sondern in einem von Naturkatastrophen wie Taifunen oder Erdbeben häufig betroffenen Land wie Japan auch im Notfall ein effektives Kommunikationsmittel.

Foto 4: Das Internet trägt zu einer breiteren gesellschaftlichen Teilhabe von Senior:innen bei



Quelle: IoS Japan

2.5 Rikkyo Second Stage College – Die Universität als Ort für Austausch, Bildung und Begegnung

In einer Platinum Society werden Universitäten eine wichtige Rolle für die gesellschaftliche Teilhabe und zur Selbstverwirklichung von älteren Menschen spielen. In Japan gibt es derzeit etwa 780 Universitäten, davon sind ca. 20 % staatlich und 80 % privat. Aufgrund des Geburtenrückgangs haben viele von ihnen damit zu kämpfen, ausreichend Studierende zu rekrutieren. Auf der anderen Seite suchen mehr und mehr ältere Menschen nach Chancen, sich weiter zu bilden. Ältere Menschen mit viel Lebenserfahrung und Fachwissen können sich im Austausch mit Professor:innen und jungen Kommiliton:innen gegenseitig inspirieren. Dies kann die universitäre Lehre und Forschung sehr wohl bereichern.

Das Rikkyo Second Stage College (RSSC) der Universität Rikkyo wurde 2008 gegründet und richtet sich an Personen ab 50 Jahren beschränkt. Das Konzept setzt Ideen wie „noch einmal lernen“, „neue Herausforderungen“ und „generationenübergreifendes gemeinsames Lernen“ um. Das College unterstützt Senioren:innen, die sich auf eine neue Lebensphase einlassen. Die

Teilnehmer:innen immatrikulieren sich ein Jahr für den regulären Studiengang und können auf Wunsch noch ein weiteres Spezialisierungsjahr absolvieren. Einen akademischen Titel kann man hier zwar nicht erlangen, doch sowohl im regulären Studium als auch im Spezialisierungsfach erhält man ein Abschlusszertifikat und ein Zeugnis gemäß Schulbildungsgesetz. Jedes Jahr werden ca. 100 Studierende im regulären Studiengang aufgenommen, nachdem sie einen Aufsatz eingereicht und erfolgreich an einem Auswahlgespräch teilgenommen haben. Das Geschlechterverhältnis hält sich in etwa die Waage, das Durchschnittsalter beträgt ca. 63 Jahre, und es kommen ganz unterschiedliche Menschen zwischen 50 und 89 Jahren mit verschiedenen Bildungsgraden und diversem beruflichen Hintergrund zusammen.

Die College-Teilnehmenden sind hoch motiviert und genießen das Campusleben in allen Belangen. Fragt man sie nach den Gründen, weshalb sie sich für das Studium entschieden haben, so heißt es:

„In meiner Studienzeit war die Studentenbewegung auf einem Höhepunkt, sodass ich ins Berufsleben kam, ohne an der Uni viel gelernt zu haben. Das möchte ich jetzt noch einmal nachholen“. ... „Ich war bislang ausschließlich Hausfrau. Jetzt, wo ich mich nicht mehr um die Erziehung der Kinder kümmern muss, möchte ich meinen Horizont erweitern und neue Freunde finden“ (MRI, 2010).

Um durch Lernen den Senior:innen eine neue Form der gesellschaftlichen Teilhabe am Leben näher zu bringen, besteht der Lehrplan aus den drei Bereichen: „Allgemeinbildung in einer alternden Gesellschaft“, „Community Design und Business“ sowie „Gestaltung des zweiten Lebensabschnitts“ mit insgesamt 45 Einzelfächern wie Wirtschaft, Gesellschaft, Philosophie, Religion, Literatur, Kommunikation u. a. (RSCC, 2020). Attraktiv ist auch, dass in der ersten sowie zweiten Hälfte des Seniorenstudiums pro Semester je zwei Fächer aus den regulären Bachelorstudiengängen belegt werden können. Das „generationenübergreifende Bildungsangebot“, bei dem ältere und zwanzigjährige Studierende zusammenkommen, führt bei den jungen Studierenden im Austausch mit erfahrenen Senioren zu zahlreichen Entdeckungen und lehrreichen Eindrücken. Das ist auch für die Universität im Hinblick auf innovative pädagogische Konzepte und Forschungsansätze und damit auch für ihr Branding von Vorteil.

Ein weiteres Charakteristikum des RSSC besteht darin, dass hier kein einseitiger, primär theoretischer Frontalunterricht stattfindet, sondern viel Wert auf Interaktion gelegt wird. Es gibt häufig Gelegenheiten zu Diskussionen im Workshop-Format und zu Referaten. Zudem finden auch Besichtigungen von Pflegeeinrichtungen und andere extracurriculare Aktivitäten statt. Seminare sind

sowohl im regulären Studium als auch in der Spezialisierung Pflicht, wobei eine aktive und selbständige Teilnahme an der Planung und Durchführung als Seminarleiter:in, Newsletter-Beauftragte:r oder Seminarfahrts-Organisator:in vorausgesetzt wird.

Mit der Zeit lösen sich die Studierenden von ihren ehemaligen Funktionen und Titeln und schließen Freundschaften, die über reine Arbeitsbekanntschaften hinausgehen und vielmehr Lernpartnerschaften darstellen, in denen man sich gegenseitig bereichert. Die Aussage: *„Ich hätte nicht gedacht, dass ich in meinem Alter neue Freunde finden würde“*, steht beispielhaft für diese Erkenntnis. Ein anderer Teilnehmer sagt: *„Wenn man immer nur gearbeitet hat, weiß man später gar nicht, was man tun soll. Deshalb brauche ich eine Art Bewährungszeit, in der ich am RSSC lernen kann und mir über das bewusst werde, was ich wirklich tun möchte und tun kann.“*

Die überwiegende Zahl der Absolvent:innen des RSSC nennen als Ziele für die Zeit nach dem Abschluss Dinge wie: *„Ich möchte eine NPO gründen und mich für die Kinderbetreuung in meiner Region einsetzen“* ... *„Ich möchte Smartphone-Kurse für Ältere anbieten.“* Oder: *„Ich möchte meine Sprachfähigkeiten dafür einsetzen, ausländischen Touristen die japanische Kultur näher zu bringen“*; also mehrheitlich Vorhaben, die *„in irgendeiner Form einen Beitrag für die Gesellschaft leisten sollen“*. Zur Betreuung nach dem Abschluss wurde zudem 2009 ein „Support Center für soziales Engagement“ errichtet. 500 ehemalige Studierende, d. h. etwa 50 % der Absolventen, engagieren sich mittlerweile gesellschaftlich. Am RSSC bildet in diesem Sinne also auch Führungskräfte und Koordinator:innen für die lokale Gemeinschaft aus.

Foto 5: Seniorenstudierende und der Autor



Quelle: Autor

3 Zusammenfassung – Das „Rundum-Win-Win-Modell“

Die hier vorgestellten Vorreitermodelle einer Platinum Society bringen nicht nur Vorteile für einen einzelnen Sektor, sondern es profitieren diverse Akteure wie Bürger, Gemeinwesen, Industrie und Universitäten. Exadon ist gesellschaftliche Teilhabe mithilfe japanischer Trommeln. Das Iwaki Projekt fördert das Gesundheitsbewusstseins mittels Gesundheitsuntersuchungen und -beratung. „Share Kanazawa“ ist ein Beispiel für generationenübergreifende gegenseitige Hilfe, bei der Synergien zwischen unterschiedlichen Einrichtungen entstehen. IoS trägt zur gesellschaftlichen Teilhabe älterer Menschen durch das Internet und zur Überwindung der digitalen Kluft bei. Das Rikkyo Second Stage College schließlich sorgt durch lebenslanges Lernen für mehr Vitalität sowohl unter Senioren als auch an den Universitäten. Zusammenfassend lassen sich vier Vorteile konstatieren.

Erstens können Bürger:innen, darunter auch Senior:innen, mithilfe von Exadon oder dem Iwaki Projekt durch aktive gesellschaftliche Teilhabe und Gesundheitsförderungsprogramme gesünder und länger leben. Zudem eröffnen sich durch die gegenseitige und generationenübergreifende Hilfe in den regionalen Gemeinschaften neue Lebensinhalte für alte Menschen und ein stärkeres Solidaritätsgefühl der Bürger:innen untereinander.

Zweitens führt eine gesteigerte gesellschaftliche Teilhabe von Senior:innen, wie etwa im Falle von „Share Kanazawa“, im öffentlichen Bereich zu mehr Leben in der örtlichen Gesellschaft. Durch den Fortschritt in der Präventionsmedizin und eine Verlängerung der gesunden Lebenserwartung ist zu hoffen, dass Ausgaben im Gesundheits- und Pflegebereich reduziert werden können. Es sollte nicht darum gehen, wie man Pflegebedürftige „besser“ behandelt, sondern vielmehr sollten Ansätze wie das Iwaki Projekt vorangetrieben werden, bei denen es darum geht, Pflegebedürftigkeit durch Prävention möglichst zu vermeiden. Dadurch könnten auch diverse Arbeitsplätze im Bereich der Präventionsmedizin geschaffen werden. Wenn neue Arbeitsplätze entstehen und die lokale Wirtschaft wächst, steigert das auch die Steuereinnahmen, was den Kommunen wiederum mehr finanzielle Reserven für Gesundheits-, Pflege- und Sozialausgaben eröffnet.

Drittens entstehen für die Wirtschaft neue Geschäftsfelder rund um die Schaffung einer Platinum Society. Beispielhaft sind etwa regionale soziale Gestaltungskonzepte wie „Share Kanazawa“ oder Förderprogramme für Ernährung, Verpflegung, Bewegung und Gesundheit wie Exadon, Internetprojekte für Ältere wie IoS und darüber hinaus vielversprechende Geschäftszweige wie Transport- und Fahrhilfen für Senior:innen oder Dienstleistungen zur fürsorglichen Kontrolle.

Viertens sehen sich die Universitäten angesichts des fortschreitenden Geburtenrückgangs und dem damit einhergehenden Rückgang der Studierendenzahlen mit zunehmend schwierigen wirtschaftlichen Rahmenbedingungen konfrontiert. Universitäten sind mittlerweile keine Orte mehr, an denen nur 18- bis 22jährige studieren. Universitäten sollten ihre Pforten künftig verstärkt auch für Senior:innen öffnen, so wie es das Rikkyo Second Stage College bereits tut. Aussichtsreich sind zudem Kooperationen von Wirtschaft und Wissenschaft und die Nutzung von Big Data, wie es die Universität Hirosaki mit dem weltweit einzigartigen Iwaki Gesundheitsprojekt vormacht. Auf diese Weise wird die Platinum Society zu einem „Rundum-Win-Modell“, von dem Bürger:innen, das Gemeinwesen, Wirtschaft und Wissenschaft profitieren, und durch das ein positiver Kreislauf zur Verbesserung individueller und gesellschaftlicher Lebensverhältnisse in Gang gesetzt werden kann (siehe Abb. 4).

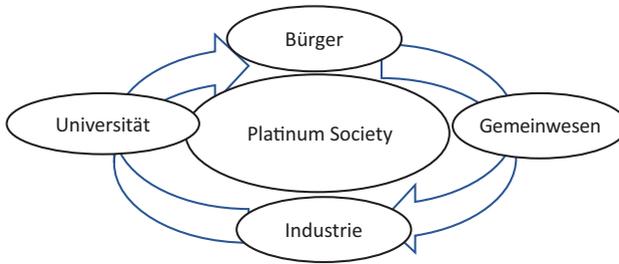


Abb. 4 Rundum-Win-Win-Modell.
Quelle: Eigene Darstellung

Die genannten Vorteile für die verschiedenen Akteure werden in der folgenden Tabelle noch einmal zusammengefasst dargestellt (Tab. 1).

Zivilgesellschaftliches Engagement und Inklusion befreien Senior:innen von dreierlei Sorgen. Erstens verbessern sie die körperliche Verfassung, also Freiheit von der Sorge in Bezug auf den Körper. Sie dehnen die gesunde Lebensphase im Alter aus und sorgen dafür, dass man auch im Pflegefall auf Hilfe in der lokalen Gemeinschaft zählen kann. Zweitens schaffen sie mehr wirtschaftliche Sicherheit, also Freiheit von Geldsorgen, indem man sich weniger Sorgen um Gesundheits- und Pflegekosten und damit verbundenen zusätzlichen Lebenshaltungskosten machen muss. Drittens sorgen sie für eine größere mentale Zufriedenheit, also für Freiheit von seelischen Sorgen. Alte Menschen haben eine Aufgabe, werden selbst zu Akteur:innen der (lokalen) Gesellschaft und unterstützen sich gegenseitig. Das befriedigt auch das Bedürfnis nach Bestätigung und danach, sich einzubringen und von anderen ein „Dankeschön“ zu hören. Diese Maßnahmen können nicht durch einen Akteur oder eine Kommune allein vorangetrieben werden. Vielmehr ist es wichtig, ein integriertes System zu konzipieren, welches das Zusammenspiel von Wirtschaft, Verwaltung und Wissenschaft gezielt fördert und unterstützt.

Tab. 1 Zusammenfassende Übersicht der durch die fünf Initiativen erzeugten Vorteile

	Bürger:innen	Gemeinwesen	Wirtschaft	Universitäten
Exadon	Gesundheitsförderung, Demenzvorsorge, Traditionen weitergeben	Belebung der örtlichen Gemeinschaft Präventivmedizin	Gesundheitsfördernde Geschäftsbereiche durch Projekte mit japanischen Trommeln	Forschung zu körperlichem und geistigem Wohlbefinden
Iwaki Gesundheitsförderungsprojekt	Gesteigertes Gesundheitsbewusstsein Gesellschaftliche Teilhabe	Höhere Teilnahme an Gesundheitschecks Stärkung der Präventionsmedizin	Forschungs Kooperationen zwischen Industrie und Universitäten Neue Geschäftsfelder	Umfassende Forschung anhand von KI und Big Data
Share Kanazawa	Generationenaustausch	Inklusion von Senior:innen und Menschen mit Behinderung, Schaffung von Arbeitsplätzen	Kombination von Wohnen, Pflege und Gastronomie	Studentenwohnungen, Ehrenamt
IoS: Internet of Senior	Gesellschaftliche Teilhabe, Gegenseitiges Lernen, weniger Isolation/Vereinsamung	Verbesserung bei Problemen wie Vereinsamung und digitaler Kluft	Austausch zwischen Senior:innen, neue Geschäftsfelder zur Beobachtung	Neuer Forschungsbereich: Senioren- IT
Rikkyo Second Stage College	Lernen Gesellschaftliche Teilhabe	Gesunde Lebenserwartung durch lebenslanges Lernen erweitern	Neue Geschäftsfelder für aktive Senior:innen	Senior:innenbildung Generationenübergreifender Austausch

Quelle:Eigene Darstellung

Literatur

Gesellschaft zur CCRC-Förderung [Shôgai katsuyaku no machi suishin shingikai]. (2020). Förderung einer „Continuing Care Community“, November 2020 [Shôgai katsuyaku no machi 11 gatsu gô].

- International Longevity Center Japan [Kokusai chōju sentā]. (2008). Verlaufsstudie zum Alltag von Senioren [Kōreisha nichijōseikatsu keizoku chōsa].
- IoS. (2020). Über die Aktivitäten von IoS (Internet of Seniors) [Katsudō ni tsuite]. <https://youtu.be/5jCETW-bZck>. Zugegriffen: 11.11.2021.
- Kabinettsbüro [Naikakufu]. (2020). Weißbuch zur gealterten Gesellschaft [Reiwa 2 nen ban kōreishakai hakusho], https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2020/zenbun/02pdf_index.html. Zugegriffen: 11.11.2021.
- Kobayashi, M. (2019). „Zum Effekt von Taikō-Übungen (Exadon): Möglichkeiten zu einer positiven Intervention aus Japan“ [Wadaikō ni yoru ekusasaizu (Ekusadon) no kōka: Nihonpatsu no poshitibu kainyū kihō to iu kanōsei]. *Journal of Public Affairs* [Kōkyō ken'yū], S. 31–52.
- Matsuda, T. (2017). *Buch zum Verständnis der Continuing Care Community (CCRC)* [Nihonban CCRC ga wakaruru hon]. Hōken.
- MHLW. (2019). Bericht über die Lage der Pflegeversicherungsleistungen 2019 [Kaigo hoken jigyō jōkyō hōkoku], <https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyo/19/index.html>. Zugegriffen: 11.11.2021.
- Mitsubishi Research Institute [Mitsubishi Sōgō kenkyūjo], MRI. (2010). Phronesis 04: Die „Platinum Society“ kommt [furoneshisu 04 – Purachina shakai ga yattekeru], https://www.mri.co.jp/knowledge/magazine/phronesis_004.html. Zugegriffen: 11.11.2021. 2x
- Mitsubishi Research Institute [Mitsubishi Sōgō kenkyūjo], MRI. (2012). Studienergebnisse 2012. Market Intelligence and Forecast System (mif) [2012 Nen Beshikku chōsa kekka. Seikatsusha shijō yosoku shisutemu], <https://mif.mri.co.jp/notice/99>.
- Mitsubishi Research Institute [Mitsubishi Sōgō kenkyūjo], MRI. (2017). Phronesis 16: Die große Umstellung der Unternehmensstrukturen [Furoneshisu 16: Jigyō kōzō no daitekan], https://www.mri.co.jp/knowledge/magazine/phronesis_016.html. Zugegriffen: 11.11.2021.
- Murashita, K. (2019). „Beitrag zu SDGs mit einem neuen Gesundheitsuntersuchungsmodell – Verfolgung künftiger Gesundheitsdienste umfassender Gesundheits-Big-Data. [Shin kenkō moderu de SDGs ni kōken suru – chō takōmoku biggu deeta wo beesu toshita mirai gata herusukeasaabisu no tsuikyū]“. *Health Evaluation and Promotion* [Sōgō Kenshin], S. 377–388.
- Rikkyo Second Stage College (RSCC) [Rikkyō sekando steeji daigaku]. (2020). Aufbau des Curriculums [Karikyuramu no kōsei], <https://rsc.rikkyo.ac.jp/curriculum/>. Zugegriffen: 11.11.2021.
- Stadtverwaltung Sado. (2019). Veröffentlichungen zur Bevölkerungsstatistik [Sado-shiyakusho. Tōkei shiryō: Jinkō no suii 2019].

Tomoo Matsuda ist Forschungsdirektor des Mitsubishi Research Institute und Gastprofessor an der Universität Kochi. Er ist Absolvent der juristischen Fakultät der Keio-Universität. Zu seinen Hauptforschungsthemen gehören die aktive, alternde Gesellschaft und die Revitalisierung lokaler Gemeinden. Er hat zahlreiche Forschungsprojekte mit dem öffentlichen und privaten Sektor durchgeführt und war Ausschussmitglied des Ageing Society Forum des Cabinet Office. Er ist Autor von „Bright reverse shift from Tokyo to the rural areas“, 2020, und „The Japan style of continuing care retirement community“, 2017.

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der 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.





Freiwilliges Engagement älterer Menschen in Deutschland

Franz Müntefering

1 Zum Verhältnis von zivilgesellschaftlichem Engagement und Beruf

In diesem Beitrag soll es ausdrücklich um das zivilgesellschaftliche Engagement gehen. Dieses ist ein wichtiger Teil des Lebens, nicht weniger wichtig als das Berufsleben, aber anders. Es ist nicht randständig. Es ist nicht beliebiges Beiwerk. Es ist nicht schrumpfend, jedenfalls sollte es das nicht sein. Es gewinnt eher an Gewicht, wenn der Anteil des beruflichen Lebens auch infolge der wachsenden individuellen Lebenserwartung abnimmt. Es macht jedenfalls Sinn, sich die Rolle des freiwilligen Engagements in unserem Leben, in unseren Gesellschaften und in unseren Demokratien immer einmal wieder bewusst zu machen und dies nicht dem blanken Zufall zu überlassen.

Das Leben ist mehr als der Beruf. Der Beruf ist aber ein wichtiger Teil des Lebens, und es ist vernünftig, dass wir uns mit Berufsausbildung, Studium und Qualifizierungen auf unseren Beruf intensiv vorbereiten und uns lebenslang beruflich fortbilden. Die Kombination von Spezialisierung und Vielfalt im Spektrum der Arbeitsteilung macht Lebensqualität auf hohem Niveau für alle möglich. Dass dabei in Sachen Gerechtigkeit und Sicherung der Lebensgrundlage vieles bisher unzureichend ist, bleibt allerdings eine Herausforderung. Beruf und zivilgesellschaftliches Engagement sind keine Gegensätze.

F. Müntefering (✉)
Deutsches Institut für Japanstudien, Tokyo, Japan
E-Mail: waldenberger@djtokyo.org

© Der/die Autor(en) 2022
F. Waldenberger et al. (Hrsg.), *Alterung und Pflege als kommunale Aufgabe*,
Dortmunder Beiträge zur Sozialforschung,
https://doi.org/10.1007/978-3-658-36844-9_8

2 **Zwei Komponenten des zivilgesellschaftlichen Teils des Lebens**

Der zivilgesellschaftliche (nicht berufliche) Teil des Lebens hat zwei Komponenten, die eng verknüpft sind und jeden von uns als Individuum betreffen. Erstens: Wie ist meine Lebensweise? Was interessiert mich? Wie will ich sein? Was ist mir wichtig? Da geht es um mich selbst. Zweitens bin ich Teil der Gesellschaft. Ich will teilhaben können und weiß, dass ich dafür teilnehmen muss. Es geht um meinen Beitrag und meine Teilnahme, mein zivilgesellschaftliches Engagement. Wir sind beim Thema.

Es ist zunehmend beliebt in Deutschland und auch akzeptiert, das Recht auf Selbstbestimmung einzufordern. „Ich will selbstbestimmt leben“, heißt es oft. Das meint persönliche Freiheit. Selbstbestimmung ist selbstbewusst aber nicht notwendigerweise egoistisch. Selbstbestimmung umfasst auch Mitverantwortung, einschließlich Selbstverantwortung.

Dabei sind wir Unikate und bleiben es auch. Es kann nicht darum gehen, uns unformer, gleichförmiger zu machen, sondern nur darum, unsere individuellen Chancen zu einem guten Leben so gut wie möglich zu nutzen und dazu beizutragen, dass möglichst viele andere Menschen das ihrerseits auch können.

Von Hannah Arendt stammt das Wort: Politik ist angewandte Liebe zum Leben. Das stimmt: Wer diese Liebe zum Leben nicht hat, kann schwerlich gute Politik für Menschen machen, und das gilt auch für zivilgesellschaftliches Engagement. Aber Liebe zum Leben geht nicht auf Knopfdruck und nicht jederzeit, das wichtigste scheint mir: Das eigene Leben schätzen und pflegen und das jedes anderen Menschen auch; sich mögen und die anderen auch; letztlich, den anderen helfen und sich selbst helfen lassen.

Und damit zum zivilgesellschaftlichen Engagement: Zu uns als Teil der Gesellschaft und zu unserem Beitrag, den wir leisten können, wollen oder müssen. Auch hier ist offensichtlich: Die Dinge sind in Bewegung. Wandel ist immer: Bekannte Beispiele sind Altersstruktur, Mobilität, Digitalisierung und Globalität. Von der offiziellen Politik abgesehen: Wo und was ist unsere Mitverantwortung?

Insgesamt arbeiten wir weniger Stunden im Beruf als unsere Eltern-generation, gemessen an der Wochenarbeitszeit und am Berufsanteil in unserem langen Leben. Die Belastungen in der Berufswelt ändern sich allerdings, oft von schwerer körperlicher Arbeit zu Hektik und Vielfalt; begleitet von neuzeitlichen Möglichkeiten vielfältiger Mobilität: Auto, Bahn, Flugzeug; zudem von einer riesigen Palette digitaler Informations- und Kommunikationsmöglichkeiten.

Lebenslanges Lernen ist keine Frage der Zielsetzung mehr, sondern wird zwingende Realität; und dies über die eigenen Stadt- und Landesgrenzen hinaus. Wohin führt das alles? Die Sorge wächst, dass bei diesen superkomplexen raschen Veränderungen an einigen Punkten der Welt eine maximale Konzentration finanzieller Masse und damit politischer Macht entsteht und gleichzeitig die erwartete Stabilität der Lebensperspektiven für eine große Gruppe der Arbeitnehmerschaft deutlich labiler wird, mit schrumpfender Tendenz. Das hieße: Unsicherheit wächst. Kein gutes Umfeld für zivilgesellschaftliches Engagement und dessen Verbreitung. Oder vielleicht doch und ganz besonders? Und die im Rentenalter zwischen 65 und 90 plus, wie erleben sie diese Welt?

Was hier nur angedeutet sein kann: Es geht nicht simpel um die Fortsetzung zivilgesellschaftlichen Engagements wie gehabt. Vielmehr ändern sich auch die Bedingungen, und neue Aspekte kommen hinzu.

3 Die Rolle der Gesellschaft in der Demokratie

Wenn über Demokratie gesprochen wird, richtet sich die Aufmerksamkeit meistens auf den verfassten Staat, in Deutschland auf den Bund und die Länder, auf die Kommunen auch und die politischen Parteien, wenngleich sie nicht Staat sind. Das bleibt auch wichtig. Aber zu selten wird realisiert, dass Demokratie nicht nur Legislative, Exekutive und Rechtsprechung ist, sondern auch Gesellschaftsform und Lebensform. Demokratie betrifft jeden einzelnen Menschen und bezieht so die Gesellschaft in ihrer Gesamtheit ein.

Als 1949 die Verfassung der neuen Bundesrepublik Deutschland als „Grundgesetz“ erarbeitet wurde und in Kraft trat, waren kluge Verfassungsmütter und -väter am Werk¹. Es beginnt mit den Grundrechten, Artikel 1 bis 19: Die Würde des Menschen ist unantastbar. Das Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit wird ausdrücklich genannt, auch das auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Gleichheit vor dem Gesetz. Gleichberechtigung von Männern und Frauen. Das Diskriminierungsverbot. Das sind die Artikel 1 bis 3, und so weiter.

Und dann Artikel 20: Der „Bund und die Länder“ bis Artikel 146. Diese Struktur des Grundgesetzes macht deutlich: Es geht um die Menschen, um jeden Einzelnen. Der Staat ist wichtig, garantiert die Rechte der Menschen,

¹Ende 1990 wurde dieses Grundgesetz dann auch Grundlage für das wiedervereinigte Deutschland.

die in unserem Land leben. Der Staat dient, indem er die Formen und die Inhalte des Zusammenlebens, so wie sie vereinbart sind und Gesetze wurden, schützt und nötigenfalls durchsetzt. Aber der Staat reguliert nicht weitergehend das individuelle Leben und nicht das gesellschaftliche. Der Staat lässt Platz für Selbstbestimmung und Mitverantwortung der Staatsangehörigen, aller Menschen, die in seinen Grenzen leben.

Dieser kurze Exkurs war nötig, damit klar ist, welche Bedeutung unser Grundgesetz jedem einzelnen Menschen und damit der Gesellschaft zuerkennt. Der Staat muss Freiheit und Gerechtigkeit und im möglichen Umfang Sicherheit gewährleisten. Die Solidarität aber liegt im Miteinander in der Gesellschaft, bei den einzelnen Menschen und nicht in der Macht des Staates. Zivilgesellschaftliches Engagement ist immer freiwillig. Der Staat kann dazu raten, kann es empfehlen und versuchen populär zu machen, erzwingen kann er es nicht. Trotzdem bleibt wahr: Zivilgesellschaftliches Engagement ist eine unverzichtbare Voraussetzung für das Gelingen einer demokratischen Gesellschaft in einem demokratischen Staat. Der einzelne Mensch im Verbund mit vielen anderen und der Staat begegnen sich auf gleicher Augenhöhe, auch wenn die Machtpotentiale so unterschiedlich sind. Und nie sind Selbstbestimmung und Mitverantwortung nach Alterskohorten aufgeteilt und unterschieden. Die Gesellschaft ist ein wesentlicher Faktor für das Gelingen der Demokratie, und jede und jeder von uns ist daran beteiligt. Aktiv oder passiv, handelnd oder nicht, immer hat es Auswirkungen. Niemand entkommt dem. Dies als kleinen Stopper, damit niemand eine Ausrede hat.

Ein bestimmtes Argument ist noch zu bewerten, das einem nicht selten begegnet: Kritiker:innen behaupten oft, man weise mit dem freiwilligen Engagement dem Einzelnen Verantwortung zu, die eigentlich dem Staat obliege. Der Staat wird für allzuständig erklärt. Manchmal nickt die Politik sogar in Selbstüberschätzung ab und wähnt sich bereitwillig allmächtig. Damit tut sie sich und der Demokratie keinen Gefallen. Demokratie geht nicht ohne eine aktive und solidarische Gesellschaft.

Das gilt besonders in den Kommunen, an der Basis. Viele Probleme sind eben nicht gelöst, wenn die Legislative Gesetze dazu beschließt und sie der Exekutive zur Umsetzung übergibt, um die Aufgaben an staatliche Stellen zu bringen. Oft ist das der richtige Weg und erfolgreich. Aber dem unverzichtbaren Part der Gesellschaft ist damit noch nicht entsprochen. Die Gesellschaft ist nicht der letzte und endverantwortliche Arm der politischen Exekutive, aber die beiden sind Geschwister. Und die Demokratie hat eine Basis, und das sind die Menschen.

4 Der Staat und die Alten

Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) ist gesellschaftspolitisch besonders breit aufgestellt. Aber auch das Gesundheitsministerium und das Arbeits- und Sozialministerium haben Zuständigkeiten im Bereich der Senioren. Das explizit für Senioren zuständige BMFSFJ legt alle vier Jahre einen „Altenbericht“ vor, den es zusammen mit einer Expertenkommission erstellt. Der aktuelle Altenbericht hat den Titel „Ältere Menschen und Digitalisierung“. In früheren Berichten ging es beispielsweise um die Rolle der Kommunen für die Seniorenpolitik und um das „Altenbild“, das wir von älteren Menschen in unserem Land haben. Altenberichte werden im Bundestag diskutiert und führen in der Regel auch zu parlamentarischen Aktivitäten. Zurzeit ist das auch bezüglich der Digitalisierung so. Immer geht es nicht nur um staatliches Handeln, sondern auch um die Beteiligung der älteren Generationen an den Debatten und sich jeweils ergebenden Aktivitäten.

Eine wichtige Frage für alle Beteiligten ist, ob sich weiter hinreichend „Nachwuchs“ für das zivilgesellschaftliche Engagement findet. Deshalb hat der Bundestag auch Anfang 2020 ein Gesetz zur Gründung der „Stiftung für Ehrenamt und zivilgesellschaftliches Engagement“ beschlossen. Stiftungsrat und Stiftungsvorstand sind inzwischen konstituiert und haben viel Aufmerksamkeit an vielen Orten im Lande gefunden. Ihr Ziel ist es, bewährte Engagement-Formen vor Ort zu stärken und zu helfen, dass möglicherweise neues zeitgemäßes Engagement entwickelt und forciert wird. Die Idee der Stiftung richtet sich an alle Altersgruppen in allen Kommunen, will aber einen Schwerpunkt setzen in strukturschwachen und ländlichen Regionen, die Lücken beim zivilgesellschaftlichen Engagement haben oder zu bekommen drohen.

5 Die Kommune und die Älteren und Alten

Viel verweist auf die besondere Rolle der Kommunen für eine zielgerichtete Seniorenpolitik. Anders als in der Kinder- und Jugendpolitik gibt es aber keine spezielle gesetzliche Zuordnung von Fragen der Seniorenpolitik an die Kommunen. Natürliche können Kommunen aus eigener Intention intensiv Seniorenpolitik betreiben, und nicht wenige tun das auch. Das findet allerdings seine Grenzen an den eigenen finanziellen Möglichkeiten. Kommunen ohne eine frei verfügbare Finanzspritze dürfen keine Schulden machen für „Nicht-Pflichtaufgaben“ wie Seniorenpolitik. Und so entstehen ungleichwertige Lebensverhältnisse,

die nach unserer Verfassung nicht ungerührt hingenommen werden sollten. Es wächst die Meinung bei Beteiligten, den Kommunen (die Zustimmung der Länder wäre allerdings nötig und wohl nicht leicht zu erreichen) in einem Altersstruktur-Gesetz eigene Aufgaben für die Seniorenpolitik zu geben und damit auch die erforderlichen Finanzmittel (siehe auch den Beitrag von Gerd Naegele in diesem Band). Praktischen Bedarf gibt es ganz sicher. Aber Politik ist bekanntlich das Bohren sehr dicker Bretter.

6 Das zivilgesellschaftliche Engagement

Es speist sich aus mehreren Motiven: Teilhabe und Teilnahme. Menschen wollen Teil der Gesellschaft sein und dabei auch selbst mehr oder weniger aktiv. Teilhabe steht für das Recht des einzelnen Menschen, in der Gesellschaft als Person anerkannt zu sein und mitzuwirken. Teilnahme entsteht mit der Bereitschaft und dem Impuls des einzelnen Menschen, dieses Recht aktiv zu nutzen. Das zivilgesellschaftliche Engagement hat Lebensqualität als Ziel vor Augen.

Aktivitäten im Bereich der Sozialpolitik sind ein sehr wichtiges und großes Wirkungsfeld, aber das zivilgesellschaftliche Engagement bezieht sich auf fast alle Lebensbereiche. Es realisiert sich ganz überwiegend mit, über und in Vereinen, Verbänden, Initiativen, Parteien, Kirchengemeinden, Seniorenräten und Seniorenbüros. Dies passiert oft in Verbindung mit einer begrenzten Zahl von Hauptamtlichen, die beruflich und mit klaren Funktionen und Kompetenzen organisatorischer Mittelpunkt sind, und einer größeren bis großen Zahl von „Ehrenamtlichen“, die für ihr Wirken kein Geld erhalten, aber begrenzt Erstattung von Fahrtkosten und sonstigen Unkosten, kleine Entschädigungen, Haftpflicht- und Unfallversicherungen.

Niemand weiß wohl genau, wie viele Menschen in diesem Sinne in der Gesellschaft freiwillig und ehrenamtlich und wie umfangreich und intensiv aktiv sind. Expert:innen schätzen die Zahl auf 23 bis 28 Mio. Unter ihnen sind zahlreiche Menschen im Rentenalter, also 65 Jahre plus. Über 65 Jahre alt sind in Deutschland z.Zt. etwa 17 Mio. Menschen. Nach den eben genannten Gesamtzahlen könnten demnach 4,5 bis 6 Mio. Senior:innen unter den Engagierten sein; mit steigender Tendenz. Die Gesamtbevölkerung Deutschlands zählte 2020 83,2 Mio.

Volkswirtschaftlich und im konkreten Bezug zur allgemeinen Lebensqualität darf man sagen: Wenn diese große Gruppe der zivilgesellschaftlich engagierten Älteren ihre Aktivitäten einstellen würde, brächen das gesellschaftliche Leben und damit die Lebensqualität für alle (!) dramatisch ein. Das zivilgesellschaftliche Engagement ist eben nicht nur das Sahnehäubchen, sondern gesellschaftlich

und volkswirtschaftlich ein unverzichtbarer und für die Demokratie systemrelevanter Faktor. Es ist für die Wohlstandsfähigkeit des Landes und für das Bemühen um Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse in allen Landesteilen von hohem Wert.

Das alles erlaubt die Feststellung: Die Herausforderungen, die sich aus dem Älterwerden und der wachsenden Zahl von älteren und alten Menschen ergeben, werden in großem Umfang von diesen selbst bewältigt. Man kann sagen: Die Alten sind nicht nur ein Problem, sie sind in großem Maße auch die Lösung.

Das erfordert, dass die Senior:innen ihre Interessen in dieser bisher einmaligen Entwicklung offen thematisieren, wie es sich für eine Demokratie gehört. Selbstbestimmt aber nicht egozentrisch, sondern in klarer Mitverantwortung für alle Generationen, auch für die von übermorgen. Denn, wie gesagt, Selbstbestimmung ist immer auch Mitverantwortung für das Ganze. Das freiwillige Engagement in Deutschland ist lebendig. Es ist vielfältig, ideenreich und zukunftsfähig, eine Erfolgsgeschichte mit Perspektive. Aber der Wandel, in dem wir leben, betrifft auch diesen attraktiven Teil unserer Gesellschaft und Demokratie.

7 Einige Beispiele für Aktionsfelder des Engagements

Eine der größten und bewundernswerten Bürgerbewegungen in Deutschland, die in den jüngsten zwei, drei Jahrzehnten groß geworden ist, ist der Hospiz- und Palliativdienst, der besonders im ambulanten Bereich mit qualifizierten Hauptamtlichen und vielen ausgebildeten Ehrenamtlichen organisiert ist. Bei den Betroffenen zuhause, mit persönlicher Zuwendung und viel Erfahrung, oftmals als wichtige Gesprächspartner:innen, Ratgeber:innen und Stützen auch für die Angehörigen in schwieriger Situation. Manche von ihnen helfen auch in Heimen und Senioreneinrichtungen, wenn sie angefordert werden. Aber es gibt leider auch immer noch Regionen, in denen dieses Angebot unzureichend ist. Unterdessen steigt mit den Altersstrukturen auch der Bedarf.

Freiwillig Engagierte übernehmen Patenschaften für Schulkinder und helfen ihnen, das Schulziel zu erreichen und möglichst auch einen Platz für eine zukunftssträchtige Berufsausbildung zu finden. Nicht immer sind die Familien in der Lage, zuhause diese zusätzliche Hilfe aus eigener Kraft zu leisten. Über 30.000 Kinder verlassen in Deutschland Jahr für Jahr die Hauptschule ohne jeden Abschluss. Für deren Arbeitsplatzperspektiven ist das deprimierend.

Die „Damen und Herren in Grün“ (das ist die Farbe ihrer Berufskleidung) gehen in Krankenhäuser, Pflegeheime und sonstige Einrichtungen und bieten

Patient:innen und Bewohner:innen Zeit an für kurze oder längere Gespräche. Zu reden gibt es immer was, und nicht alle Menschen haben Verwandte oder Bekannte, die Zeit für ein Gespräch mit ihnen haben, denn sie wohnen vielleicht weit weg, oder sind erwerbstätig, haben Kinder zu versorgen etc.

Es gibt in Deutschland bisher rund 450 Mehr-Generationen-Häuser (MGH). Sie sind keine Wohnhäuser, sondern Treffpunkte für alle Generationen. Wenige Hauptamtliche zusammen mit zahlreichen Ehrenamtler:innen helfen hier bei der Organisation von Erzählcafés, Schulaufgabenhilfe, Skatrunden, Mittagstisch, Beratung in sozialen und alltäglichen Fragen, Gymnastikstunden, Kulturangeboten, Chorgesang zum Mitmachen etc. Die Mehrgenerationenhäuser sind praktisch vielfältige Netzwerke, von der Bundespolitik für einige Jahre, und von den Kommunen oder privaten Sponsoren maßvoll gefördert. Sie sind offen für alle und gewinnen teils die Qualität eines „Dorf-Mittelpunktes“, wo alle sich zuhause fühlen. Ohne Übertreibung und aus Erfahrung: In ihrer gelungenen Art müsste es sie in jeder Kommune, in jedem Quartier, in jedem Stadtteil geben. Das wäre ein Fortschritt.

Zu bisher 500 „Lokalen Allianzen für Menschen mit Demenz“ kamen in 2020/21 noch einmal 150 hinzu. Von Bundesseite unterstützt und in vielfacher Weise mit der ehrenamtlichen Szene vor Ort und in der Region verbunden. Es geht darum, das Thema zu enttabuisieren, für Auskunft und Beratung ansprechbar zu sein, Selbsthilfegruppen zu initiieren und zu unterstützen, die Hausärzteschaft einzubeziehen, den Dementen Teilhabe und Teilnahme am Leben zu ermöglichen, orientiert an ihren verbliebenen Fähigkeiten. Das erfordert viel Fingerspitzengefühl. Demente Menschen sind keine „Fälle“, sondern bleiben Unikate, so wie Menschen ohne Demenz Unikate sind. Die Kranken verlieren Fähigkeiten, verändern sich, aber sie sind Menschen, die Hilfe von anderen Menschen brauchen.

In 100 Städten in Deutschland gibt es inzwischen „Standorte Digital-Kompass“, wo fitte Junge den interessierten Älteren und Alten sagen, welche Vorteile sich für deren realen Alltag mit dem Internet ergeben können und wie das funktioniert. Sie helfen, den praktischen „Internet-Führerschein“ zu machen. Das „Senioritätsprinzip“ (das heißt hier: Die Alten wissen Bescheid und unterrichten die Jungen) wird auf den Kopf gestellt. Manchmal müssen beide ihre neuen Rollen lernen, aber es funktioniert. Wo Zeitung, Buch, TV, Radio und Fotoapparat nicht in die Mülltonne geredet werden und das Digitale als deren Erfolgsfolge zu nützlichem Fortschritt wird, entspannt sich so manche Reserve. Und die Gutwilligen verlieren auch nicht die Fähigkeit, das Sinnvolle und Nützliche klar vom Maximalen zu unterscheiden. So vermeidet man, dass die exhibitionistischen und exzentrischen Varianten moderner Medien von vornherein den Spaß

an der Sache verderben. Und so mancher Jüngere empfindet solche Abartigkeiten neuer Medien ja auch.

8 Die Idee der „Organisierten Solidarität“

In vielen Bereichen gesellschaftlichen Engagements gibt es eine bewährte Zusammenarbeit von Hauptamt (normales Beschäftigungsverhältnis mit Lohn/Gehalt) und Ehrenamt (freiwillige Tätigkeit, meistens zeitlich begrenzt stunden- oder tageweise, ohne Bezahlung). Das kann zu Komplikationen in der Praxis führen zwischen „Profis“ und „Laien“. In den meisten Fällen aber wird es zum Garant für optimale Wirkung. Wo die Fachkraft keine Zeit und vielleicht auch kein Talent hat, sich flexibel um Details zu kümmern und sich auf den einzelnen Menschen einzulassen, sind die Ehrenamtlichen in der konkreten Situation ausdauernd orientiert auf die Bedürftigkeit von Menschen, denen sie begegnen und um die sie sich „kümmern“, um jeden Einzelnen.

Um eine bescheidene Zahl von Hauptamtlichen kann sich eine sehr deutlich größere Zahl von Freiwilligen organisieren und so ein großes, effektives Netzwerk bilden. Solidarität ist eben nicht immer nur die konkrete einzelne Handlung, sondern oft das Ergebnis und die Summe von vielfältigen Fähigkeiten und Bereitschaften und Ausdauer vieler. Das große Kapital der freiwillig Engagierten ist in der Regel die Zeit, von der sie mehr als die noch Berufstätigen haben und die sie ohne Minutenzeiger bedarfsgerecht einbringen können. Man kann mit Recht sagen, dass sich in diesen Situationen und Konstellationen die Kraft der Gesellschaft optimiert. Doch, man kann Solidarität nicht organisieren. Denn sie braucht nicht nur guten Willen, sondern auch gutes Können und Nachhaltigkeit.

9 Teilhabe und Teilnahme und das Mitbestimmen

Mannigfache Formen konkreter Mitbestimmung und Mitwirkung gehören zum freiwilligen Engagement auch von Senior:innen dazu. In zahlreichen Kommunen gibt es Seniorenräte (gewählt) oder Beiräte (meistens benannt oder berufen), die die Interessen der Senior:innen der Stadt/des Stadtteils im Stadtrat vertreten können oder in dessen Fachausschüssen. Andere sind „Sachkundige Bürger:innen“ und als solche Mitglieder in einschlägigen Ausschüssen des Rates. Oft ist auch der „kurze Draht“ zur Spitze der administrativen Stadtverwaltung ein bewährter Weg der Interessenvertretung.

Aber es gibt natürlich auch Frauen und Männer, die 65 Jahre und älter sind und gewählte Abgeordnete in Parlamenten oder Räten, auch in wichtigen Funktionen Leistungsträger:innen. Das ist gut so, denn es darf nicht das Ziel sein, in der Demokratie „Generationen-Politik“ zu machen und dazu bestimmte Altersgruppen aus dem Entscheidungsbereichen der Politik hinauszukomplimentieren oder auszuschließen.

In der Demokratie müssen spezifische Interessen eingebracht werden, von allen Generationen. Aber politisches Denken und Handeln muss immer die Interessen aller Betroffenen berücksichtigen, und auch die der Gesamtgesellschaft heute und in der kommenden Generation. Es ist auch ein Irrglaube zu mutmaßen, Politiker:innen würden entlang der mutmaßlichen Interessenlage ihrer Generation entscheiden. Vor Ort sind in hundert Kommunen „Senioren-Büros“ etabliert und bewähren sich als ständige Ansprechpartner, Impulsgeber und Kontaktstellen für die Älteren und Alten. Hier entstehen Ideen und Initiativen. Kluge Kommunen holen sich hier gerne Informationen und Anregungen für ihre konkrete Politik vor Ort; eine „indirekte“ Form der Interessenvertretung, aber nicht wirkungslos – im Gegenteil.

10 Die Rolle der Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen (BAGSO)

Die BAGSO besteht seit über dreißig Jahren. Sie vertritt die Interessen der älteren Generationen in Deutschland. Sie setzt sich für Teilhabe und Teilnahme der Älteren ein und für ein aktives, selbstbestimmtes und möglichst gesundes Älterwerden in sozialer Sicherheit. Sie wirbt für ein solidarisches Miteinander aller Generationen und orientiert sich am Grundsatz der Gleichwertigkeit aller Menschen, im eigenen Land und weltweit. Die BAGSO ist überparteilich und überkonfessionell.

Rund 120 Vereine und Organisationen der Zivilgesellschaft sind aktuell Mitglied der BAGSO. Sie sind in vielfältiger Weise den Zielen zeitgemäßer Seniorenpolitik verbunden. Sie beteiligen sich in den Fachkommissionen der BAGSO an der Erarbeitung von Stellungnahmen zu aktuellen Themen, in 2020 mehrfach zur Digitalisierung, zur häuslichen und stationären Pflege und wiederholt zur Pandemie und ihrem Verlauf. Der BAGSO-Bundesvorstand beschließt und verantwortet die Positionierungen.

Jeweils vor Bundestagswahlen wendet sich die BAGSO mit „Wahlprüfsteinen“ an die im Bundestag vertretenen demokratischen Parteien, befragt diese und veröffentlicht deren Stellungnahmen. Alle drei Jahre organisiert die BAGSO

den „Deutschen Seniorentag“ (DST). Die Politik ist jeweils hochrangig vertreten. Im Programm des DST sind Vorträge, Diskussionen, Veranstaltungen und ein vielfältiger Markt der Informationen, Aktionen und praktischen Hinweise.

11 Nachwuchs für zivilgesellschaftliches Engagement

Bedarf an freiwilligem Engagement und Chancen dafür gibt es lebenslang. Der/die Klassensprecher:in in der Schule und der/die Spielführer:in in der Jugend-Fußballmannschaft sind frühe Beispiele. Das setzt sich fort in Mitgliedschaften und Funktionen in Gewerkschaften und Kirchengemeinden, in Feuerwehr, Schützen- und Gesangsvereinen, in der „Tafel“, die Nahrungsmittel für Bedürftige organisiert und an diese verteilt, in Gefährdeten-Hilfsvereinen, die sich um Alkohol- und Drogenabhängige kümmern, in Clubs, die in soziale Projekte spenden, in politischen Parteien, die für das Gelingen unserer Demokratie ganz wichtig sind, und in vielen anderen Aktivitäten.

Alle Jahrgänge sind im zivilgesellschaftlichen Engagement vertreten, mehr oder weniger. Die Statistik zeigt: Ab Alter 75 – etwa – geht die Bereitschaft jedoch deutlich zurück. Das ist auf Anhub plausibel, muss aber nicht das letzte Wort und darf auf keinen Fall eine „akzeptierte Größe“ sein. Zurzeit ist die stärkste Alterskohorte der Bevölkerung in Deutschland zwischen etwas 55 und 70 Jahre alt, denn 1950 bis 1965 waren sehr geburtenstarke Jahrgänge, übrigens in Ost- und West-Deutschland ziemlich parallel. Seit rund 1970 hat sich die Geburtenrate auf deutlich niedrigerem Stand bei kleinen Schwankungen eingependelt.

Mit Blick in die kommenden Jahrzehnte ergibt sich sofort die Frage: Wächst genügend „Nachwuchs“ für das freiwillige zivilgesellschaftliche Engagement in seiner Vielfalt nach? Eine garantierte Sicherheit dafür gibt es nicht, denn die Freiwilligkeit steht nicht infrage. Aber pessimistisch sein muss man auch nicht. Dabei dürfen wir uns nicht nur auf die Älteren verlassen, sondern auch bei den Jüngeren und jungen Jahrgängen für Engagement werben. Es gibt gute Argumente und viele Interessierte. Und wer schon vor und bis 55/60 in der Gesellschaft aktiver Teil und engagiert war und ist, bleibt dies auch gerne noch danach.

Es wächst erkennbar die Zahl derer, die den Rentenantritt nicht als Klippe zum „Rundum-Ruhestand“ sehen. Körperlich fit sind ohnehin die meisten mit 55/60 noch, auch noch deutlich länger, zumindest viele. Immer mehr fragen sich vor dem Renteneintritt selbst: Wie soll mein Leben demnächst denn aussehen, wie

kann ich gesund bleiben, wie kann ich weiter Sinn stiften, echt lebendig bleiben, Können und Wissen einsetzen, mitwirken, „dazu gehören“? Über all das dürfen und müssen wir sprechen. Zu diesem Aspekt gehört auch, dass immer mehr freiwillig einige Zeit über ihren Renteneintrittstag hinaus im Beruf bleiben möchten, des Geldes wegen, aber auch wegen der Verbundenheit zum Beruf.

Ein anderer Bereich für Engagement wird auch immer offensichtlicher: Die Zahl derer steigt, die sich im Rentenalter irgendwann um ihre Partner:innen begleitend und nicht selten auch fürsorgerisch und pflegend kümmern. Da geht es vor allem um Paare, die miteinander 75 und 80 Jahre und älter werden. Man darf vermuten, dass die größere Zahl älterer Menschen gerade an dieser Stelle ein erheblicher Teil der Lösung des Engagements-Bedarfs der Alten bleiben wird.

Man sieht bei all dem: Auch das „Berufsbild“ zivilgesellschaftlichen Engagements ist im Wandel. Dabei bleibt es ein vernünftiges Anliegen jeder Demokratie, Sinn für und teils auch Lust auf soziales Engagement zu lenken und zu vermitteln. Das kann auch die Berufswahl beeinflussen und auch die Hinwendung zum freiwilligen Engagement im großen gesellschaftlichen Geflecht; von früher Jugend an.

Dabei gilt auch, sich bewusst zu machen, dass freiwilliges Engagement gesund ist, ja gesund, und genau dies ist ein wichtiges Argument im Älterwerden. Es muss für die Gesellschaft selbstverständlich sein, für das Engagement zu werben, aber auch zu danken und die zu ehren, die sich dort besonders um eine „gelingende Gesellschaft“ verdient machen. Es sind viele, und sie sind und bleiben unentbehrlich.

Das Prinzip „Helfen und sich helfen lassen“ ist die bewährte Maxime einer solidarischen Gesellschaft und die ist ein gutes Stück aller Demokratie.

12 ... und Covid-19

Ein Beitrag wie dieser in der Zeit der großen Pandemie kommt nicht ohne einige Worte zu den Erfahrungen der Jahre 2020/2021 aus. Die waren nicht überall auf unserem Planeten gleich krass, wurden in einigen asiatischen Ländern souveräner abgewehrt als bei uns, aber insgesamt war und ist es ein globales Ereignis von ungeahnten Dimensionen und verheerenden Konsequenzen. Profis mussten ran, aber auch die standen oft recht ratlos vor Herausforderungen, auf die man nicht vorbereitet war und waren deshalb ziemlich unsicher. Aber in den Wochen und Monaten seitdem wurde doch erkennbarer, dass Solidarität stärker und verbreiteter ist, als es manchmal scheint. Es gab und gibt offensichtlich viele Menschen, die zur spontanen Hilfe bereit sind (siehe auch den Beitrag von

Martina Brandt et al. in diesem Band). Der unglückliche Start in Deutschland, in dem Generationen teils gegeneinander zu stehen schienen, hat sich nicht als Gesamtbild durchgesetzt. Es ist nicht zu beschönigen, was sich an Unverständnis und Ignoranz Bahn brach, aber die große Mehrheit von den Jungen bis zu den Alten hat sich in ihrer gegenseitigen Achtung und Hilfsbereitschaft bewährt. Viel besser wäre es natürlich gewesen, die Pandemie wäre uns erspart geblieben, aber etwas erfahren und lernen kann man doch durch sie. Dies gehört dazu.

Franz Müntefering war von 2015 bis 2021 Präsident der Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen (BAGSO). Er war mehr als 32 Jahre Mitglied des Deutschen Bundestages, Minister in Nordrhein-Westfalen und Minister auf Bundesebene. Seit seinem Ausscheiden aus dem Bundestag im Jahr 2013 engagiert er sich in vielfältiger Weise gesellschaftlich. Besonders am Herzen liegen Franz Müntefering die Förderung des gesunden und aktiven Alterns sowie die Förderung der Hospiz- und Palliativversorgung. Er hat kürzlich zwei Bücher über seine Sicht auf das Älterwerden veröffentlicht, das jüngste im Kontext der aktuellen COVID-19-Pandemie.

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der 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.





Zivilgesellschaft und Inklusion – zusammenführende Kommentierung

Franz Waldenberger

Die Alterung einer Gesellschaft ist im Gegensatz zu anderen langfristigen Entwicklungstrends zwar relativ gut prognostizierbar, die zugrunde liegenden Zusammenhänge und Auswirkungen sind allerdings ausgesprochen komplex, da sie alle Bereiche des gesellschaftlichen Lebens betreffen. Entsprechend sind ganzheitliche Analysen und Strategien notwendig. Zivilgesellschaftliches Engagement und Inklusion zählen zu den zentralen Anliegen holistischer Lösungsansätze. Die Beiträge in dieser Sektion zeigen auf, wie die Inklusion älterer Menschen gelingen kann, welche Rolle lokale Gemeinschaften bei der pflegerischen Versorgung im häuslichen Umfeld spielen können und welche Vorteile entsprechende Lösungen bieten. Dabei wird deutlich, dass Inklusion auf kommunaler Ebene an erhebliche Voraussetzungen gebunden ist, insbesondere die Zusammenarbeit verschiedener Stakeholdergruppen.

Müntefering und Naegele erläutern aus deutscher Perspektive, wie Alterung und Pflege gesamtgesellschaftlich gestaltet und bewältigt werden können. Es geht hier zum einen um arbeitsteilig von Bund, Ländern, Kommunen, den Pflegekassen und den Familien erbrachte Leistungen, zum anderen um freiwilliges Engagement. Bei Letzterem spielen gerade auch ältere Bürger:innen selbst eine zentrale Rolle, da sie in der Regel nicht nur über fachliche und soziale Kompetenzen verfügen, sondern auch mehr Zeit aufbringen können als berufstätige Personen. Ältere Bürger:innen sind also, wie es Müntefering

F. Waldenberger (✉)
Deutsches Institut für Japanstudien, Tokyo, Japan
E-Mail: waldenberger@djtokyo.org

© Der/die Autor(en) 2022
F. Waldenberger et al. (Hrsg.), *Alterung und Pflege als kommunale Aufgabe*,
Dortmunder Beiträge zur Sozialforschung,
https://doi.org/10.1007/978-3-658-36844-9_9

137

pointiert zusammenfasst, „*nicht nur ein Problem, sie sind in großem Maße auch die Lösung.*“ Freiwilliges Engagement profitiert in Deutschland von gut etablierten Strukturen in Kirchengemeinden, auf der Ebene lokaler Vereine und in politischen Parteien. Von der lokalen Verwaltung geförderte Seniorenbüros helfen zusätzlich bei der Beratung und Koordination. vielerorts gibt es zudem sogenannte Mehrgenerationenhäuser, die Räume für intergenerationale Begegnung, Austausch und Unterstützung bieten.

Die deutsche Erfahrung zeigt, dass freiwillige Helfer:innen dann motiviert sind, wenn sie nicht nur als Arbeitskräfte eingesetzt werden, sondern auch mitentscheiden und mitgestalten können. Als neues, an der Nachbarschaftshilfe ausgerichtetes Leitbild ganzheitlicher lokaler Versorgungsstrukturen wird in Deutschland seit einigen Jahren das Konzept der „*sorgenden Gemeinschaften*“ diskutiert. Hier sollen im weiteren Wohnumfeld solidarisch und flexibel lokale Pflegebedarfe gedeckt werden. Bislang bleiben sorgende Gemeinschaften – von wenigen Ausnahmen abgesehen – jedoch nach Einschätzung Naegeles „*ein hochvoraussetzungsvoller Zukunftsentwurf, der den flächendeckenden Praxistest erst noch bestehen muss.*“

Matsuda und Fujita berichten über ganzheitliche Ansätze bei der Gestaltung der Alterung und Pflege in Japan. Die Inklusion älterer Mitbürger:innen stellt angesichts der zunehmenden sozialen Isolation alleinlebender Senior:innen eine dringliche Herausforderung dar. Beide Beiträge zeigen, dass von einer gesellschaftlichen Integration älterer Bürger:innen nicht nur diese selbst, sondern alle beteiligten Gesellschaftsgruppen profitieren können. Matsuda nennt dies ein „*Rundum-Gewinnmodell*“. Um ein solches Modell zu realisieren, müssen die Chancen der Alterung stärker in den Blick genommen werden. Gemeint sind damit auch innovative Geschäftsmodelle für Unternehmen, z. B. in Verbindung mit Digitalisierung und Big Data, und neue Marktchancen für Bildungseinrichtungen im Rahmen lebenslangen Lernens. Fujita zeigt, wie die Inklusion Demenzkranke im lokalen Kontext gelingen, und wie dadurch nicht nur Versorgungsengpässen begegnet werden kann. Vielmehr kann eine bessere soziale Integration älterer Menschen Demenz bereits vorbeugen bzw. den Verlauf verlangsamten helfen und den Betroffenen wie auch ihren Angehörigen ein erfüllteres Leben ermöglichen.

Es sei hier ergänzend angemerkt, dass es zu den von Fujita beschriebenen demenzfreundlichen Gemeinden in Japan Pendanten in Deutschland gibt. Demenzfreundliche Kommunen sind Teil des seit 2014 bestehenden Bundesmodellprogramms „*Lokale Allianzen für Menschen mit Demenz*“, das seinen Ursprung

in der UN-Behindertenrechtskonvention zur Inklusion hat.¹ Der Fokus liegt auf der Verbesserung der häuslichen Versorgung unter Einbezug des bürgerschaftlichen Engagements. Ähnlich wie bei den sorgenden Gemeinschaften soll dazu und dadurch eine „Kultur des Helfens“ ein neues Miteinander und „Barrierefreiheit in den Köpfen“ geschaffen werden. Wichtige Kooperationspartner sind neben den Kommunen, Vereine, Unternehmen, Wohlfahrtsverbände, Kirchengemeinden, Krankenhäuser, Sozialstationen und Pflegestützpunkte, Mehrgenerationenhäuser, Seniorenbüros, Arztpraxen und Selbsthilfeorganisationen. Bis 2021 soll die Zahl der zuletzt (2018) rund 500 lokalen Versorgungsnetzwerke auf insgesamt 650 ausgeweitet werden.

Die deutschen und japanischen Beiträge weisen inhaltlich viele Gemeinsamkeiten auf. So teilen sie die Idee einer ganzheitlichen lokalen Lösungsstrategie unter Einbeziehung verschiedener Stakeholder und betonen, dass gesellschaftliche Teilhabe Teilnahme implizieren muss. Ältere Bürger:innen sind nicht nur als potenzielle Versorgungsfälle zu sehen, sondern wichtige Stützen vor allem lokaler Gemeinschaften. Alle Beiträge betonen die Bedeutung lokaler generationenübergreifender Begegnungsorte als Orte der Beratung, Kommunikation und der gegenseitigen Unterstützung. Hier sind Kommunen gefordert, aber zum Gelingen bedarf es auch zivilgesellschaftlichen Engagements. Digitalisierung bietet neue Chancen gesellschaftlicher Teilhabe, birgt aber auch Gefahren der Exklusion. Um Letzteren entgegenzuwirken haben sich in beiden Ländern Initiativen gebildet, die sich darum bemühen, älteren Bürgern den Umgang mit digitalen Medien näher zu bringen.

Sowohl in Deutschland als auch in Japan sind umfassende Konzepte für inklusive, lokale Versorgungsstrukturen entwickelt worden. Beispiele sind die demenzfreundlichen Gemeinden und die sorgenden Gemeinschaften. Letzteren entspricht auf japanischer Seite der Entwurf eines umfassenden Pflegesystems auf Gemeindeebene, das in dem sowohl von Matsuda und als auch von Fujita erwähnten Projekt „Share Kanazawa“ umgesetzt ist. Ansätze vernetzter Versorgungsstrukturen unter Einbindung der Zivilgesellschaft gehen in Japan bis in die 70er Jahre zurück (Hatano et al., 2017). Das japanische Ministerium für Gesundheit, Arbeit und Wohlfahrt propagiert entsprechende Modelle bereits

¹Als erste Kommune, die systematisch begann, Angebote für Menschen mit Demenz aufzubauen, gilt die Stadt Würzburg. Hier wurde bereits 1992 der Trägerverein „Hilfen für alte Menschen im Alltag“ als Zusammenschluss der Stadt Würzburg, der fünf Würzburger Wohlfahrtsverbände sowie weiterer Organisationen gegründet (Heinrich-Böll-Stiftung, 2021).

seit 2009 (MHLW, 2009) und plant bis zum Jahr 2025, wenn die Babyboomer-Generation die Altersgrenze von 75 erreichen wird, die landesweite Einrichtung entsprechender Community-Based Integrated Care Systemen² – ein Vorhaben, dessen Umsetzung es sich lohnt genauer zu verfolgen, gerade auch aus deutscher Sicht.

Trotz vieler Gemeinsamkeiten im Problemverständnis und bei den Lösungsansätzen gibt es auch deutliche Unterschiede, etwa bei der Konzipierung und Implementierung. Dies ist nicht zuletzt durch unterschiedliche soziale Strukturen auf Gemeindeebene bedingt. In Deutschland übernehmen Kirchengemeinden, Vereine und politische Parteien vielfach zivilgesellschaftliche Aufgaben, was so in Japan nicht möglich ist. Zu der politischen Interessenorganisation der Senioren durch die Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen (BAGSO), die Müntefering erwähnt und deren Vorsitz er lange Zeit innehatte, findet sich in Japan ebenfalls kein Pendant.

Japan setzt in seinen Lösungsansätzen stärker auf digitale Strategien, wie das von Matsuda angeführte „Big Data“ Projekt in Iwaki (Präfektur Aomori) zeigt. Dieser Unterschied spiegelt sich auch in den digitalen Zukunftsentwürfen beider Länder wider. Deutschlands Vision „Industrie 4.0“ ist deutlich industriefokussiert. Japans Zukunftskonzeption einer „Society 5.0“ schließt dagegen soziale Herausforderungen explizit mit ein und sieht in der Digitalisierung ein großes Inklusionspotenzial (Waldenberger, 2018).

Insgesamt ergibt sich der Eindruck, dass ganzheitliche Lösungsansätze in Japan, auch wenn sie gemeindebasiert sind, eher top-down konzipiert und implementiert werden, während in Deutschland die Zivilgesellschaft bereits in der Planungs- und Umsetzungsphase stärker eingebunden wird. Dies überrascht, denn in Japan verfügen Gemeinden anders als in Deutschland über ein klares Gestaltungsmandat im Bereich der Senioren- und Pflegepolitik. Allerdings fehlt es ihnen oft an finanziellen Mitteln, personellen Ressourcen, Informationen und in Folge dessen nicht zuletzt auch an Eigeninitiative, sodass man sich am Ende auf die Vorgaben und die Hilfe „von oben“ verlässt.

Bei alledem bleibt zu berücksichtigen, dass es innerhalb Japans und innerhalb Deutschlands erhebliche Unterschiede zwischen Gemeinden gibt. Diese Vielfalt auf lokaler Ebene spiegelt historisch gewachsene Unterschiede in den wirtschaftlichen, sozialen, demographischen und politischen Verhältnissen wider. Hinzukommen

² https://www.mhlw.go.jp/english/policy/care-welfare/care-welfare-elderly/dl/establish_e.pdf. Siehe dazu ausführlicher die Anmerkung von Naegele in diesem Band.

Zufälle oder auch Persönlichkeiten im zivilgesellschaftlichen bzw. kommunalpolitischen Umfeld, die zur rechten Zeit und am rechten Ort durch ihre Eigeninitiative und Führungsqualitäten den entscheidenden Unterschied machen.

Ganzheitliche Lösungsansätze sind wichtig, aber sie sind letztlich nur begrenzt plan- und gestaltbar, gerade weil sie so viele unterschiedliche Gruppen einzubinden versuchen und weil lokale Gegebenheiten stark variieren. Wichtig ist es, auf lokaler Ebene ein gemeinsames Problembewusstsein zu schaffen sowie Freiräume für Engagement zu bieten, um lokal vorhandene Problemlösungspotenziale mobilisieren zu können. Zugleich geht es darum, eine Kultur des Helfens in lebendigen Nachbarschaften zu fördern, ohne dabei den Einzelnen zu überfordern bzw. Privatsphären zu verletzen.

Literatur

- Hatano, Y., et al. (2017). The vanguard of community-based integrated care in Japan: The effect of a rural town on national policy. *International Journal of Integrated Care*, 17(2), 2.
- MHLW. (2009). Bericht der Forschungsgruppe für eine umfassende gemeindebasierte Pflege. Zusammenstellung der Argumente für die weitere Diskussion. <https://www.mhlw.go.jp/houdou/2009/05/h0522-1.html>.
- Waldenberger, F. (2018). Society 5.0. Japanese Ambitions and Initiatives. In Konrad Adenauer Stiftung (Hrsg.). *The Digital Future* (International Reports, 1, 2018). <https://www.kas.de/de/web/auslandsinformationen/artikel/detail/-/content/society-5.0>

Prof. Dr. Franz Waldenberger ist Direktor des Deutschen Instituts für Japanstudien (DIJ) in Tokio. Er ist von der Universität München beurlaubt, wo er eine Professur für Japanische Wirtschaft innehat. Seine Forschungsschwerpunkte sind die japanische Wirtschaft, Corporate Governance und Human Resource Management. Zu seinen jüngsten Veröffentlichungen gehören *Governance, Risk and Financial Impact of Mega Disasters. Lessons from Japan*, 2019 (Springer Nature), gemeinsam herausgegeben mit A. Kamesaka, und „*The Future of Financial Systems in the Digital Age: Perspectives from Europe and Japan*“, 2022 (Springer Nature), gemeinsam herausgegeben mit Markus Heckel.

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der 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.



Strategien zur Überwindung des Pflegerkräftemangels



Pflegepersonalmangel in Japan – die Rolle älterer und ausländischer Pflegekräfte

Masanobu Masuda

Dieser Beitrag beschäftigt sich mit den Herausforderungen und Maßnahmen zur Arbeitskräftesicherung im Bereich der professionellen Pflege in Japan. Dabei wird auch auf die Beteiligung älterer Menschen – den potentiellen Pflegekräften der Zukunft – sowie auf die politische Diskussion rund um den Einsatz ausländischer Arbeitnehmer:innen in der Pflege eingegangen.

1 Ausbau der japanischen Pflegeversicherung

Die japanische Pflegeversicherung wurde im April 2000 eingeführt. Seither sind mehr als zwanzig Jahre vergangen. In diesem Zeitraum ist nicht nur die Zahl der Versicherten im Alter von 65 Jahren und älter sprunghaft angestiegen, sondern auch die Zahl der als pflegebedürftig anerkannten Personen sowie der Nutzer:innen von Pflegedienstleistungen.

Wie aus Tab. 1 ersichtlich, betrug die Zahl der Versicherten in der Altersgruppe 65+ Ende April 2020 35,58 Mio. Im Zuge der fortschreitenden Alterung der Gesellschaft hat sich diese Zahl seit Einführung der Pflegeversicherung um das 1,6-fache erhöht. Die Zahl der als pflegebedürftig anerkannten bzw. als hilfebedürftig eingestuften Personen lag Ende April 2020 mit 6,69 Mio. 3,1 mal so hoch. Dass die Zahl der Betroffenen stärker angewachsen ist als die der

M. Masuda (✉)
Tokyo Online University, Tokyo, Japan
E-Mail: masuda.masanobu@internet.ac.jp

© Der/die Autor(en) 2022
F. Waldenberger et al. (Hrsg.), *Alterung und Pflege als kommunale Aufgabe*,
Dortmunder Beiträge zur Sozialforschung,
https://doi.org/10.1007/978-3-658-36844-9_10

Tab. 1 Veränderungen in 20 Jahren Pflegeversicherung

Kategorie	Ende April 2000	Ende April 2020	Anstieg (Faktor)
Versicherte ab 65 Jahren	2165	3558	1,6
Als pflegebedürftig (hilfebedürftig) anerkannte Personen	218	669	3,1
Nutzer:innen von Dienst- leistungen	149	563	3,8
<i>davon häuslichen Dienstleistungen</i>	97	384	4,0
<i>stationären Dienstleistungen</i>	52	95	1,8
<i>ambulanten Dienstleistungen</i>	–	84	–

Angaben in 10.000 Personen

Quelle: Basierend auf Unterlagen des MHLW.

Versicherten, zeigt, dass die Pflegeversicherung inzwischen ein fester Bestandteil des Lebens älterer Menschen geworden und es heute allgemein üblich ist, eine Anerkennung als pflegebedürftig bei der Kommune¹ zu beantragen, wenn Pflegeleistungen notwendig werden.

Auch die Zahl der tatsächlichen Nutzer:innen von Pflegedienstleistungen stieg von 1,49 Mio. im April 2000 auf 4,74 Mio. im April 2020 und damit auf das 3,2-fache. Insbesondere die Zahl der Nutzer:innen von häuslichen Diensten erhöhte sich von 970.000 im April 2000 um 2,87 Mio. auf das 4,0-fache, d. h. auf 3,84 Mio. im April 2020. Parallel dazu hat auch die Zahl der ambulanten Pflegedienste und -einrichtungen rapide zugenommen. Laut einer „Untersuchung über Pflegeeinrichtungen und -betriebe“ (*Survey of Institutions and Establishments for Long-term Care*) des Ministeriums für Gesundheit, Arbeit und Wohlfahrt (*Ministry of Health Labor and Welfare*; im Folgenden: MHLW) gab es Stand 1. Oktober 2019 34.825 ambulante und 24.035 teilstationäre Pflegedienste, 11.580 ambulante Behandlungspflegedienste sowie 40.118 häusliche Pflegeunterstützungsdienste (Care-Management-Einrichtungen). Die stationäre Pflege wird im Wesentlichen in den 8234 Altenpflegeheimen, 4337 geriatrischen Pflegeeinrichtungen und 13.384 Gruppenwohnheimen für Demenzkranke erbracht.²

¹In Japan sind die Kommunen die Träger der Pflegeversicherung.

²Hier handelt es sich um Einrichtungen, in denen aus dem Krankenhaus entlassene pflegebedürftige Personen auf Rückkehr in ihre häusliche Umgebung vorbereitet werden. Der Aufenthalt ist anders als bei den Altenpflegeheimen nicht auf Dauer angelegt. Die Einrichtungen verfügen außerdem über medizinisches Personal und führen Rehabilitationsmaßnahmen durch.

Darüber hinaus gab es Kapazitäten für 510.000 Personen in privatwirtschaftlich betriebenen Altenheimen (*fee-based homes for the elderly*,) und für 240.000 Personen in Wohnungen mit Service für Senioren (Stand: 2018).

Im Zuge des Ausbaus an Pflegediensten und -einrichtungen hat auch die Zahl der dort beschäftigten Pflegekräfte zugenommen. Einer aktuellen Umfrage des MHLW zufolge hat sich ihre Zahl von 550.000 im Geschäftsjahr 2000 um 1,32 Mio. auf 1,87 Mio. im Geschäftsjahr 2017 erhöht (MHLW, 2019a). Wie in Deutschland so zählt auch in Japan der Pflegesektor zu den Branchen, die einen Anstieg der Erwerbstätigen verzeichnen. Schätzungen zufolge arbeiten von den 1,87 Mio. Pflegekräften 960.000 in stationären Pflegeeinrichtungen und 510.000 in der ambulanten Pflege. Als erforderliche Zugangsqualifikation dafür gibt es staatlich anerkannte „zertifizierte Pfleger:innen“. Daneben wird empfohlen, eine vom MHLW vorgegebene Schulung für Berufseinsteiger:innen zu absolvieren.³ Für die Pfl egetätigkeit in Pflegeeinrichtungen oder in der häuslichen Pflege ist eine explizite pflegebezogene Qualifikation nicht unbedingt erforderlich. Das MHLW weist Pflegedienstbetreiber jedoch an, Mitarbeiter:innen einzusetzen, die die Qualifikation der zertifizierten Pfleger:innen erworben oder Schulungen wie die o.g. Schulung für Berufseinsteiger:innen abgeschlossen haben.

Nach Schätzungen – basierend auf den Pflegekosten – lag der Gesamtwert der Pflegedienstleistungen im Geschäftsjahr 2000, dem Einführungsjahr der Pflegeversicherung, bei 3,6 Billionen Yen und stieg bis 2020 um den Faktor 3,5 auf 12,6 Billionen Yen an (MHLW, 2020, S. 161). In dieser Größenordnung bewegen sich auch die von der Pflegeversicherung übernommenen Kosten. Sie umfassen neben den Betriebskosten und Gewinnen der Pflegedienstleister insbesondere die Entgelte für die Pflegekräfte.

2 Probleme der Deckung des Pflegepersonalbedarfs

2.1 Arbeitskräftemangel

Während einerseits die Nachfrage nach Pflegepersonal aufgrund der steigenden Zahl von Pflegebetrieben und -einrichtungen zunimmt, tritt andererseits der

³ „Examierte/r (zertifizierte/r) Krankenpfleger/in“ ist eine staatlich anerkannte, vom Minister des MHLW erteilte Qualifikation. Daneben gibt es die Lizenz für praktisch ausgebildete nicht-examierte Krankenpfleger:innen, die vom Gouverneur der Präfekturen verliehen wird.

Arbeitskräftemangel in der Pflege immer deutlicher zu Tage, zumal auch seit der Konjunkturerholung nach 2010 die Pflegebranche mit anderen Wirtschaftszweigen um Fachkräfte konkurriert. Ein Indikator für den Mangel an Pflegekräften ist das Verhältnis von Stellenangeboten zu Arbeitssuchenden. Im Geschäftsjahr 2018 lag der Durchschnittswert für alle Berufe bei 1,46, in den Pflegeberufen aber mit 3,95 erheblich darüber. Das bedeutet, dass auf einen Arbeitssuchenden in der Pflege vier Stellenangebote kommen. 2010 hatte der Wert noch bei 1,33 gelegen und ist somit in weniger als einer Dekade etwa auf das Dreifache angestiegen (MHLW, 2019a). Bei genauerer Betrachtung zeigen sich jedoch große regionale Unterschiede. Z.B. lag im April 2019 das Verhältnis von Stellenangeboten zu Arbeitssuchenden in der Präfektur Okinawa bei 2,27, während Tokyo mit 6,05 dagegen einen deutlich höheren Wert verzeichnete. Hier kamen also auf einen Arbeitssuchenden sechs Stellenangebote.

Unter den Gründen für die Schwierigkeiten, den Arbeitskräftebedarf in der professionellen Pflege zu decken, sind zunächst die Arbeitsbedingungen zu nennen, insbesondere die zu niedrige Entlohnung. Daten aus 2013 belegen, dass das Gehaltsniveau in der Pflege im Branchenvergleich gering ist. Dies galt auch für das Anfangsgehalt von Pflegekräften in Sozialeinrichtungen, sowohl bei Absolvent:innen von Oberschulen als auch von Universitäten (MHLW, 2013). Auch die Fluktuationsrate in den Pflegeberufen lag insgesamt eher über dem Durchschnitt aller Branchen (MHLW, 2015).⁴ Ein weiterer Grund ist das schlechte Image der Arbeit in der Pflege. Die Pflege gilt als „3 K-Arbeit“ – die drei „K“ stehen für die japanischen Worte für „schmutzig“, „anstrengend“ und „gefährlich“.⁵ Neben dem vergleichsweise niedrigeren Gehaltsniveau hat dies dazu geführt, dass die Schülerzahlen in den Ausbildungseinrichtungen für zertifizierte Pflegekräfte in den letzten Jahren stark zurückgegangen sind und kaum noch junge Arbeitskräfte den Pflegeberuf aufnehmen wollen.

War es in Zeiten der Rezession wegen der schwachen Nachfrage in anderen Branchen bisher noch verhältnismäßig einfach, Mitarbeiter:innen für den Sektor der sozialen Wohlfahrtspflege wie etwa Pfleger:innen zu rekrutieren, entscheiden sich bei wirtschaftlichem Aufschwung und steigender Arbeitskraftnachfrage die Arbeitssuchenden wieder vermehrt für andere Wirtschaftszweige. Z.B. liegt der durchschnittliche Stundenlohn für nicht festangestellte Pflegekräfte in der häuslichen Pflege landesweit bei etwa 1100 Yen. Diesen erhält man aber auch in

⁴Die Gesamtfluktuationsrate 2013 lag für Pflegekräfte bei 16,6 % und die durchschnittliche Fluktuationsrate für alle Branchen bei 15,6 %.

⁵„K-Arbeiten“: „Kitanai, kitsui, kiken“, bedeutet übersetzt „dreckig, anstrengend und gefährlich“.

Tokyo für einen Nebenjob in einem Supermarkt oder Convenience-Store. Es gab sogar Fälle, in denen im städtischen Raum Altenpflegeheime gebaut wurden, weil für sie eine hohe Nachfrage besteht. Bei Eröffnung zeigte sich jedoch, dass aus Personalmangel nur ein Teil der Zimmer belegt werden konnte.

Selbst wenn Stellen ausgeschrieben oder Arbeitsämter eingeschaltet werden, gibt es zu wenig Bewerber:innen. Aus diesem Grund greifen die Pflegeanbieter zunehmend auf Leiharbeitsunternehmen und Personalvermittlungsagenturen zurück. Nach einem Artikel der Zeitung Asahi Shimbun vom 7. Februar 2020 wurden im medizinischen Bereich 78,7 % der examinierten Krankenpfleger:innen und der praktisch ausgebildeten nicht-examinierten Krankenpfleger:innen⁶ sowie 41,5 % der Pflegekräfte über Personalvermittlungsagenturen rekrutiert. Eine Vermittlung von examinierten Krankenpfleger:innen kostet im Durchschnitt 920.000 Yen. Bei nicht-examinierten ausgebildete Krankenpfleger:innen liegt die Vermittlungsgebühr bei durchschnittlich 500.000 Yen. Selbst wenn es gelingt, so Mitarbeiter:innen zu rekrutieren, ist es nicht selten, dass diese schnell wieder aufhören. Vor allem beim Einsatz von Zeitarbeitskräften gibt es nicht selten Qualifikationsmängel sowie Kommunikationsschwierigkeiten mit der Stammbesellschaft. Auch belasten die hohen Vermittlungs- und Überlassungsgebühren die Betriebe oftmals finanziell. Wird der vorgeschriebene Personalschlüssel von Pflegekräften und Krankenpfleger:innen nicht erreicht, so wird die Pflegevergütung um 30 % reduziert. Die Betreiber sind dann letztendlich gezwungen, erneut auf Personalvermittlungsagenturen und Leiharbeiter zurückzugreifen.

2.2 Insolvenzen von Altenpflegeeinrichtungen

2019 gingen insgesamt 96 Betreiber von Altenheimen oder Pflegeeinrichtungen in Konkurs. Das waren 13 mehr als 2018 und damit die bisher höchste Zahl an Insolvenzen in einem Jahr überhaupt (Asahi Shimbun, vom 27. Januar 2020). Differenziert nach Pflegeformen entfiel die Mehrheit mit 51 Fällen auf ambulante Pflegedienste, gefolgt von teilstationären Pflegediensten (24), Altenheimen (10) und Senioren-Wohnungen (6).

Der Anstieg der Insolvenzen ist darauf zurückzuführen, dass zwar einerseits die Zahl der Nutzer:innen von Pflegediensten steigt, sich andererseits aber der Wettbewerb unter den Anbietern verschärft und ein Mangel an *home helpers*⁷

⁶ Siehe Fußnote 2.

⁷ Darunter versteht man Pfleger:innen, die pflege-/hilfsbedürftige Menschen zu Hause u. a. bei der Grundpflege (Essen, Baden etc.), im Haushalt und bei Arztbesuchen unterstützen.

und anderem Pflegepersonal herrscht. Häufig sind es kleinere Unternehmen, die insolvent werden. Das liegt daran, dass es für diese insbesondere bei allgemeinem Personalmangel besonders schwierig ist, gegenüber den Großen attraktivere Arbeitsbedingungen anzubieten, was ihre Rekrutierungsbemühungen noch zusätzlich erschwert. Darüber hinaus treibt der Arbeitskräftemangel die Personalnebenkosten in die Höhe, z. B. für Rekrutierung und Förderung von Personal. Nach dem vom MHLW im Dezember 2019 veröffentlichten „Überblick über die Ergebnisse der Studie zur wirtschaftlichen Lage im Pflegebereich“ (*Briefing Survey on Economic Conditions in Long-term Care*) lag die durchschnittliche Rentabilität⁸ aller Pflegedienstleistungen – ermittelt anhand der Geschäftsabschlüsse des Geschäftsjahres 2018 – bei 3,1 %. Bis zur Revision der Pflegevergütung im Geschäftsjahr 2015 hatte der Wert bei etwa 8 % gelegen. Die stark gesunkene Rentabilität wird vor allem auf den steigenden Anteil der Personal- und Outsourcing-Kosten zurückgeführt.

3 Umfassende Maßnahmen zur Deckung des Pflegepersonalbedarfs

3.1 Bedarf an Pflegekräften im Geschäftsjahr 2025

Das MHLW schätzt, dass zum Ende des Geschäftsjahres 2020 ca. 2,16 Mio. und zum Geschäftsjahresende 2025 ca. 2,45 Mio. Arbeitskräfte in der Pflege benötigt werden (MHLW, 2019a). Ausgehend von den rund 1,9 Mio. Beschäftigten im Geschäftsjahr 2016 werden bis zum Geschäftsjahresende 2020 ca. 260.000 und bis zum Geschäftsjahresende 2025 ca. 550.000 zusätzliche Pflegekräfte benötigt. Pro Jahr müssen also etwa 60.000 neue Pflegekräfte zusätzlich rekrutiert werden. Angesichts des derzeitigen Arbeitskräftemangels gestaltet sich die Rekrutierung von Pflegepersonal jedoch schwierig, darum ist mit weiteren Personalengpässen im Pflegebereich zu rechnen. Sofern sich die Arbeitsmarktlage nicht verbessert, ist davon auszugehen, dass im Geschäftsjahr 2025 etwa 300.000 Pflegekräfte fehlen werden (Abb. 1).

Besonders gravierend ist die Lage bei den *home helpern*, – die als „Kern“ der häuslichen Pflege gelten. Am 12. Februar 2020 berichtete die Zeitung Asahi Shimbun, dass zu diesem Zeitpunkt etwa 430.000 *home helper* Hilfen im Alltag

⁸Verhältnis von Gewinn (Einnahmen abzüglich Kosten) zu den Einnahmen.

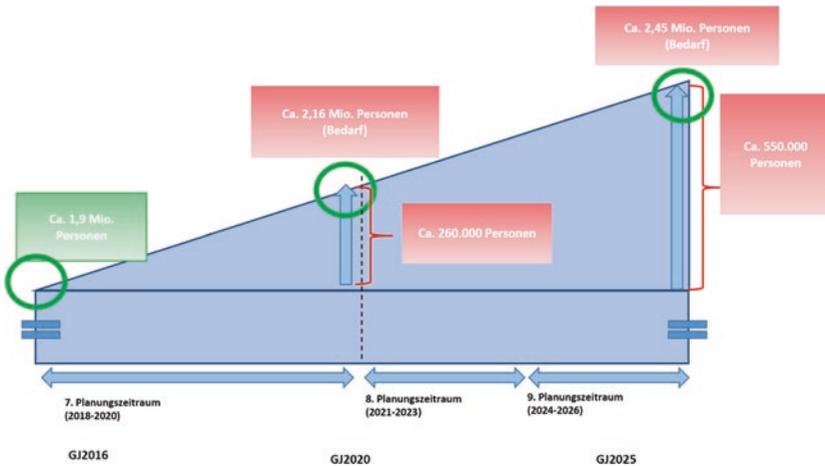


Abb. 1 Pflegepersonalbedarf bis 2025

und bei der Grundpflege erbringen. Davon sind ca. 70 % nicht festangestellte, sogenannte „registered helper“, die meisten davon Frauen. Laut einer Studie des Nationalen Gewerkschaftsbundes *Zenrōren* aus dem Jahr 2019 beträgt ihr Durchschnittsalter etwa 59 Jahre, mehr als die Hälfte sind 60 Jahre oder älter. Wenn diese *home helper* aus Altersgründen einmal ihre Tätigkeit aufgeben müssen und keine jungen Arbeitskräfte nachrücken, wird sich der Personalmangel in der Pflege weiter verschärfen. Tatsächlich ist das Verhältnis von Stellenangeboten zu Arbeitssuchenden im Bereich der häuslichen Pflege mit 13,1 (Geschäftsjahr 2018) extrem hoch – auf 13,1 offene Stellen bei Pflegebetrieben kommt *ein* Arbeitssuchender (MHLW, 2019a). Der Mangel an Pflegekräften in der häuslichen Pflege lässt befürchten, dass der vom MHLW bis 2025 angestrebte Ausbau von gemeindebasierten integrierten Versorgungssystemen (*Community-based Integrated Care System*)⁹ nur schwer realisierbar sein dürfte. Dieses System soll eine umfassende Unterstützung der Pflegebedürftigen gewährleisten, damit diese sorgenfrei in ihrer vertrauten Wohnumgebung leben können (Hatano, Y. et al., 2017).

⁹Laut der Website MHLW fördert das Ministerium bis 2025 die Einrichtung eines umfassenden kommunalen Pflegesystems zur Unterstützung und Bereitstellung von Dienstleistungen in der Gemeinde.

3.2 Staatliche Maßnahmen

Zur Sicherung von Pflegepersonal ergreift die Regierung, d. h. das MHLW, Maßnahmen auf folgenden Handlungsfeldern:

– Verbesserung der Arbeitsbedingungen von Pflegekräften –

Da das Gehaltsniveau von Pflegekräften unter dem Gesamtdurchschnitt aller Branchen liegt, sollen Zuschüsse an die Leistungserbringer und zu den Pflegevergütungen die Gehälter anheben. Im Mai 2008 wurde auf Initiative von Parlamentsabgeordneten ein Gesetz verabschiedet mit dem Ziel, eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen des Pflegepersonals zu prüfen. Im April 2009 führte diese Initiative zu einer Erhöhung der Pflegevergütung sowie in einem „Zuschuss zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen von Pflegekräften“. Dabei handelt es sich um staatliche Subventionen in Höhe von insgesamt ca. 400 Mrd. Yen an die Leistungserbringer mit dem Ziel, bis März 2022 das monatliche Gehalt pro Pflegekraft um 15.000 Yen anzuheben. Damit konnte das monatliche Entgelt von Pflegekräften bis zum Geschäftsjahr 2020 um durchschnittlich 75.000 Yen pro Pflegekraft erhöht werden.

– Sicherung und Ausbildung vielfältiger Humanressourcen –

Hier geht es zum einen um zinslose Kredite an Auszubildende, die den Beruf des bzw. der zertifizierte:n Pfleger:in anstreben, sowie andererseits um zinslose und unter bestimmten Bedingungen rückzahlungsfreie Kredite zur Finanzierung der Vorbereitung des Wiedereinstiegs in den Pflegeberuf für ehemalige Pflegekräfte. Darüber hinaus wird auch ein umfassendes Förderprogramm für Interessierte mittleren und höheren Alters ohne Erfahrung in der Pflege angeboten, angefangen von einführenden Schulungen bis hin zu Jobbörsen nach Abschluss der Schulung.

– Vermeidung von Fluktuation, Förderung von Berufsbindung und Steigerung der Produktivität –

Hier geht es um die Förderung des Einsatzes von Pflegerobotern und Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) im Pflegealltag, den Ausbau von Kinderbetreuungsstätten in Pflegeeinrichtungen und –betrieben für das hier tätige Personal, die Unterstützung von Pflegekräften, die an beruflichen Aufstiegsschulungen teilnehmen sowie um die Entlastung des Pflegepersonals bei „berufsfremden“ Aufgaben, z. B. durch Verringerung des Dokumentationsaufwands etc. Künftig sollen weitere Maßnahmen folgen mit dem Ziel, den Einsatz von Pflegerobotern und IKT zu beschleunigen und Leitlinien zur Steigerung der Produktivität zu umzusetzen.

– Steigerung der Attraktivität der Pflegeberufe –

Hier zielen entsprechende Initiativen darauf, bei Schüler:innen und Auszubildenden, deren Eltern sowie den Berufsberater:innen an Schulen und Ausbildungsstätten das Interesse an der Pflegearbeit zu wecken. Ferner werden Schnupperversammlungen organisiert, um einen Einblick in die praktische Pflege zu vermitteln. Daneben soll künftig bei Jugendlichen, jungen Eltern und rüstigen Senioren für die Attraktivität des Pflegeberufs geworben werden.

– Förderung der Aufnahme ausländischer Arbeitskräfte –

Derzeit sind Vorbereitungen im Gange, die Beteiligung ausländischer Arbeitnehmer an der Pflege zu fördern (MHLW, 2019a).

4 Mitarbeit älterer Menschen in der praktischen Pflegearbeit

4.1 Werbung um rüstige Senior:innen

Japan verzeichnet derzeit bereits einen Rückgang der Gesamtbevölkerung, und auch die Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter ist seit der zweiten Hälfte der 1990er Jahre rückläufig. Angesichts dieser Situation setzt man auf nicht-berufstätige Frauen mittleren Alters (sogenannte Vollzeit-Hausfrauen) und/oder auf rüstige Senior:innen als potentielle Pflegekräfte der Zukunft.

Zunächst sind Maßnahmen zur Verlängerung der Beschäftigungsdauer älterer Arbeitnehmer:innen in der Pflege zu nennen. Das derzeitige „Gesetz zur Stabilisierung der Beschäftigung älterer Menschen“ (*Kōreisha koyō anteihō*) verpflichtet Unternehmen, durch Anhebung oder Abschaffung der Altersgrenze oder durch Wiedereinstellung nach Erreichen der Altersgrenze Mitarbeiter:innen die Möglichkeit zu geben, bis zum Alter von 65 Jahren zu arbeiten. 2020 wurde es dahin gehend reformiert, dass Unternehmen auferlegt wurde, ihren Mitarbeiter:innen bis zum Alter von 70 Jahren eine Beschäftigungsmöglichkeit bereitzustellen. Tatsächlich ist die Arbeitsmotivation bei älteren Menschen in Japan hoch (MIC, 2020). Ein Blick in die häusliche Pflege oder in Pflegeeinrichtungen zeigt, dass es durchaus üblich ist, auch nach Erreichen der Altersgrenze weiter zu arbeiten. In japanischen Pflegeeinrichtungen waren 2018 17 % der Arbeitskräfte 60 bis 69 Jahre und 5 % 70 bis 79 Jahre alt (Center for Care Labor Safety, 2021). Jede fünfte Arbeitskraft war damit älter als 60 Jahre. Der Anteil ist in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen.

Große Erwartungen gelten der Beteiligung rüstiger Senior:innen an den „Umfassenden Maßnahmen zur Pflegeprävention und Unterstützung im Alltagsleben“ (*Sōgō jigyō*), die die Kommunen als Träger der Pflegeversicherung durchführen. Konkret geht es um die Mitwirkung Älterer bei häuslichen und teilstationären Dienstleistungen und/oder bei der Alltagsunterstützung, z. B. bei Essenzustellung, Hausmüllentsorgung oder regelmäßigen Besuchen. Darüber hinaus hofft man auf die Mitwirkung älterer Menschen in ehrenamtlichen Aktivitäten im lokalen Nahraum. Diese Ansätze werden hauptsächlich unter Federführung von Kommunen, sozialen Wohlfahrtskommissionen (*Council for Social Welfare*) oder lokalen nicht gewinnorientierten Organisationen (NPOs) entwickelt und durchgeführt.

4.2 Ältere Menschen als Pflegehelfer:innen¹⁰

„Pflegehelfer:innen“ sind nicht festangestellte Personen, die die fest angestellten Pflegefachkräfte einer Einrichtung in ihrer Arbeit unterstützen. Ihre ursprünglichen Aufgaben waren sehr umfassend: neben ihren Hauptaufgaben – der eigentlichen Pflege und der Pflegedokumentation – oblag ihnen auch die Reinigung der Räume, das Bettenmachen, die Zubereitung der Mahlzeiten, das Aufräumen, regelmäßige Kontaktaufnahme zur Überwachung des Wohlbefindens und die Rolle eines oder einer Gesprächspartnerin. Durch die Übernahme dieser vielfach „pflegefremden“ Tätigkeiten durch Pflegehelfer:innen sollen die Pflegekräfte entlastet und ihre Professionalisierung gefördert werden.

Die Tätigkeiten der Pflegehelfer:innen lassen sich nach Qualifikationsanforderungen wie folgt unterteilen:

- Verhältnismäßig anspruchsvolle Tätigkeiten, die ein gewisses Fachwissen und Erfahrung erfordern (z. B. regelmäßige Besuche zur Überwachung des Wohlbefindens, Gesprächspartner:innen für Demenzkranke, Unterstützung bei Hobbyaktivitäten).
- Tätigkeiten, die Fachkenntnisse und Fertigkeiten erfordern, die im Rahmen von kurzen Schulungen erworben werden können (z. B. Bettenmachen, Essensausgabe, Flüssigkeitszufuhr)

¹⁰Der Inhalt der Arbeit zu Betreuungsassistenten und die Fallstudie der Präfektur Mie in diesem Kapitel basieren auf dem METI-Dokument „Betreuungsassistentenprojekt für ältere Menschen“.

- Tätigkeiten, die auch mit geringen Fachkenntnissen und Fertigkeiten ausgeführt werden können (z. B. Reinigen und Aufräumen von Wohnräumen, Vorbereiten von Hilfsmitteln und anderen Gegenständen).

Eingesetzt wurden Senioren-Pflegehelfer:innen erstmals im Rahmen einer Kooperation mehrerer geriatrischer Pflegeeinrichtungen in der Präfektur Mie, darunter auch die Einrichtung des Vorsitzenden der *Japan Association of Geriatric Health Services Facilities*. Auf die dabei ausgeschriebenen Stellen für gesunde ältere Menschen im Alter von 60 bis etwa 75 Jahren gingen dreimal so viele Bewerbungen ein wie es Stellen gab. Einrichtungen, die Pflegehelfer:innen beschäftigten, berichteten, dass sich viele ehemalige Angestellte oder Lehrer:innen beworben hatten. Die Bewerber:innen wurden nach ihren Wünschen bezüglich der Arbeitszeiten gefragt, diese wurden dann mit den Wünschen der am Projekt beteiligten Einrichtungen abgeglichen. Dabei zeigte sich, dass die Interessierten ihre Tätigkeit pro Tag auf etwa 3–4 h beschränken, am liebsten Vormittags- oder Nachmittagschichten haben und pro Woche an nur 3–4 Tagen arbeiten wollten. In einer Befragung gaben Pflegehelfer:innen u. a. folgende Antworten: „*Hat mir Auftrieb in meinem Leben gegeben.*“ Oder: „*Ich habe Selbstvertrauen gewonnen, dass ich auch mit 70 Jahren noch etwas Sinnvolles leisten kann*“. Von den Pfleger:innen in den betreffenden Einrichtungen kamen überwiegend positive Rückmeldungen, auch wenn die älteren Helfer für nur wenige Stunden am Tage arbeiten, wie: „*Unsere Arbeitsbelastung ist zurückgegangen.*“ Oder: „*Wir können nun mit mehr Ruhe unserer Arbeit nachgehen*“.

Die Ergebnisse des Pflegehelfer:innen-Projektes lassen sich folgendermaßen zusammenfassen:

- Linderung des Personalnotstandes: durch die Einstellung gesunder, rüstiger Senior:innen aus dem lokalen Umfeld gewinnt die Pflege neue Akteur:innen hinzu.
- Entlastung der Pflegekräfte von „pflegefremden Aufgaben“: Die fest angestellten Pflegekräfte können sich wieder verstärkt auf ihre eigentlichen Tätigkeiten konzentrieren.
- Schaffung von attraktiven Arbeitsplätzen für Senior:innen: Ältere Menschen können nach ihren eigenen Zeitwünschen arbeiten.
- Pflegeprävention: Wechselseitiger Beitrag zur Erhaltung der Gesundheit älterer Menschen.

Das MHLW hat das System der Pflegehelfer:innen als effektive Maßnahme gegen den Pflegepersonalmangel eingestuft und 2019 an mehreren Standorten

Japans entsprechende Pilotprojekte durchgeführt. Seit 2020 führen darüber hinaus Präfekturen und Kommunen im Rahmen des neu aufgelegten Programms „Seminare zur Förderung des Einsatzes agiler Senioren in der Pflege“ Schulungen für interessierte Senior:innen durch. Die Absolvent:innen der Kurse werden danach als Pflegehelfer:innen an Pflegeeinrichtungen und –betriebe vermittelt.

5 Maßnahmen zur Förderung der Aufnahme ausländischer Pflegekräfte

In Anbetracht der Personalknappheit in der Pflege richten sich zunehmend Hoffnungen auf die Anwerbung ausländischer Pflegekräfte. Hierfür stehen derzeit vier Optionen mit unterschiedlichen Voraussetzungen und Förderanreizen zur Verfügung.

– Wirtschaftspartnerschaftsabkommen (WPA) –

2008 begann Japan mit Indonesien, den Philippinen und Vietnam WPAs abzuschließen, die den bilateralen wirtschaftlichen Austausch und die Zusammenarbeit mit Japan stärken sollen. Die Abkommen sehen auch vor, dass sich Anwärter:innen für Berufe in der Kranken- und Altenpflege nach Japan kommen können, um im Pflegebereich zu arbeiten. Anwärter:innen für die Pflege-Qualifikation können als zertifizierte Pfleger:innen in Japan weiter arbeiten, sofern sie nach einer mindestens dreijährigen Tätigkeit in einer Pflegeeinrichtung in Japan die staatliche Prüfung zum bzw. zur zertifizierten Pfleger:in bestanden haben. Bei Nichtbestehen der Prüfung müssen die Betroffenen in ihr Land zurückkehren.

Diese Maßnahme galt ursprünglich nicht explizit als Instrument, um ausländische Pflegekräfte zu rekrutieren. Nachdem sich jedoch die Personalknappheit im Pflegebereich weiter verschärft hat, hat sie heute auch offiziell diesen Status. Bis 1. Oktober 2019 kamen über diesen Weg insgesamt 5063 Anwärter:innen nach Japan, von denen 985 Personen die Qualifikation als zertifizierte Pfleger:innen erworben haben.

– Aufenthaltstitel Pflege –

Durch eine Reform des Einwanderungsgesetzes können seit September 2017 Personen, die eine Ausbildung an einer Ausbildungsstätte für zertifizierte Pfleger:innen absolviert und die entsprechende Qualifikation erworben haben, den „Aufenthaltstitel Pflege“ erhalten. Wer als ausländische:r Auszubildende:r nach Japan kommt, dort mindestens zwei Jahre eine Ausbildung an einer

Pflegeausbildungseinrichtung durchlaufen und die staatliche Prüfung zum zertifizierten Pfleger erfolgreich bestanden hat, kann dann unbegrenzt als zertifizierte:r Pfleger:in in Japan arbeiten.

– Technische Praktika –

Das seit November 2017 im Pflegebereich eingeführte technische Praktikum (*Technical Intern Training Program (Ginō jissshū seido)*) zielt darauf ab, ausländische Praktikant:innen in Japan so zu qualifizieren, dass sie nach Abschluss ihres Praktikums in ihren Heimatländern mit den erworbenen Qualifikationen arbeiten können. Es geht also um Transfer von praktischem Wissen in das jeweilige Heimatland. Das Programm selbst besteht schon seit 1993. Im Bereich der Pflege können die Praktikant:innen unter Anleitung eines oder einer Ausbilder:in maximal fünf Jahre in einer japanischen Pflegeeinrichtung arbeiten. Danach müssen sie in ihre Heimatländer zurückkehren.

Die Pflege ist jedoch nur ein mögliches Einsatzfeld. Viele im Rahmen des Programms angeworbene Praktikant:innen sind in der Landwirtschaft, Fischerei, Industrie oder in der Bauwirtschaft beschäftigt. Ende 2019 gab es insgesamt ca. 420.000 technische Praktikant:innen in Japan. Seit Längerem wird kritisiert, dass sie häufig an Arbeitsplätzen mit schlechten Arbeitsbedingungen eingesetzt werden, auf die sich junge Japaner:innen nicht bewerben würden wegen zu niedriger Löhne, zu langer Arbeitszeiten und weil nur einfache Tätigkeiten durchgeführt werden, bei denen man nicht von einem „Erwerb von Fähigkeiten“ sprechen kann. Aus diesen Gründen geben viele Praktikant:innen oftmals vorzeitig ihre Stelle auf.

– Fachkraft mit mittlerer Qualifikation –

Die Option „Qualifizierte Fachkraft“ ist das jüngste, hier behandelte Instrument. Es wurde geschaffen, um die erwähnten Schwachstellen der technischen Praktika zu beheben. Das Programm besteht seit April 2019. Es ermöglicht die Aufnahme von ausländischen Arbeitskräften mit speziellem Fachwissen oder -fertigkeiten und gilt offiziell als eine zeitlich befristete Maßnahme zur Linderung des Personalmangels in Japan. Zu diesem Zweck wurde 2018 das Einwanderungsgesetz novelliert, um die Grundlage für das neue System zu schaffen. Dem allgemeinen Arbeitskräftemangel soll dadurch begegnet werden, indem Ausländer:innen aufgenommen werden, die bereits über spezielle Fachkenntnisse/Fertigkeiten sowie japanische Sprachkenntnisse verfügen. Die Betroffenen erhalten den neu geschaffenen Aufenthaltstitel „Qualifizierte Fachkräfte“ (*specified skilled worker*) und werden während der Dauer ihrer Anwesenheit genauso behandelt wie japanische Arbeitskräfte. Sofern das fachliche Niveau

bestätigt und die Sprachkenntnisse durch Tests nachgewiesen sind, können die betreffenden Personen für maximal fünf Jahre in japanischen Pflegeeinrichtungen arbeiten. Danach müssen sie in ihr Heimatland zurückkehren. Sollten sie aber während ihrer fünfjährigen Arbeitstätigkeit erfolgreich eine Prüfung zum:r zertifizierten Pfleger:in ablegen, können sie nach Ablauf der fünf Jahre als zertifizierte Pfleger:innen weiter in Japan arbeiten

In der Pflege bezieht sich die Aufnahme von ausländischen Arbeitskräften auf den Aufenthaltstitel „Qualifizierte Fachkraft Kategorie I“.¹¹ Dabei handelt es sich um Ausländer:innen, die Tätigkeiten ausüben, welche Fähigkeiten erfordern, für die beträchtliche Kenntnisse oder Erfahrungen in bestimmten Industriebereichen erforderlich sind. Zur Stärkung der Initiative wurden zusätzlich „Programme zum Aufbau eines Umfelds für die Aufnahme von ausländischem Pflegepersonal“ gestartet, um einen reibungslosen Übergang in die japanischen Pflegeeinrichtungen zu gewährleisten. Konkret werden in den Entsendeländern Prüfungen zur Beurteilung der Pflegekompetenzen und der pflegebezogenen japanischen Sprachkenntnisse durchgeführt. Des Weiteren gibt es in Japan Gruppenschulungen zur Verbesserung der Pflegekompetenzen und Unterstützungsprogramme zum Erlernen der japanischen Sprache sowie Beratung und Hilfe bei Sorgen im Zusammenhang mit der Pflegetätigkeit.

Ursprünglich ging die Regierung davon aus, dass im ersten Jahr der Einführung (2019) insgesamt bis zu 47.000 und in den fünf Folgejahren bis 2023 bis zu 345.000 qualifizierte Fachkräfte inklusive Pflegekräfte nach Japan kommen. Bis Ende Dezember 2020 hatten aber nur 15.663 Ausländer:innen den Aufenthaltsstatus „Qualifizierte Fachkraft“ erworben. Allein im Bereich der Pflege hatte man mit 60.000 Bewerbern in den ersten fünf Jahren ab 2019 gerechnet, davon 5000 im ersten Jahr. Stand Ende Dezember 2020 betrug die Zahl jedoch lediglich 939. Als Gründe für das Zurückbleiben hinter den Erwartungen wird u. a. auf die mangelnde Attraktivität dieser Maßnahme verwiesen. So seien die Entsendeländer noch nicht entsprechend aufgestellt, die Aufenthaltsdauer auf maximal fünf Jahre begrenzt und überdies nicht gestattet, Familienmitglieder nachzuholen. In der Praxis ist jedoch das größte Hindernis die seit März 2020 anhaltende Corona-Pandemie. Um die weitere Ausbreitung des Virus in Japan zu vermeiden, wurden Einreisebeschränkungen für Ausländer:innen verhängt und die Aufnahme von neuen Arbeitskräften aus dem Ausland ausgesetzt.

¹¹Hierbei handelt es sich um Fachkräfte mit mittlerer Qualifikation. Dagegen erfasst die Kategorie II Fachkräfte mit höherer Qualifikation. Ihre Aufenthaltsdauer unterliegt keiner Beschränkung, d. h. sie können ihr Visa beliebig oft verlängern. <https://www.migrationpolicy.org/article/japan-labor-migration-reforms-breaking-past>.

- Unterstützende Maßnahmen durch Regierung und/oder Kommunen -

Die Regierung ergriff darüber hinaus weitere Fördermaßnahmen zur Gewinnung ausländischer Pflegekräfte. So unterstützt Japan beispielsweise in Zusammenhang mit den o. g. Wirtschaftspartnerschaftsabkommen Einrichtungen, die Anwärter für die Qualifikation des zertifizierten Pflegers aufnehmen, indem ein Teil der Kosten für den Japanisch-Unterricht, die Pflegeschulungen und für den Aufbau des Lernumfelds übernommen werden. Im Zusammenhang mit dem o. g. „Aufenthaltstitel Pflege“ werden zinslose Bildungskredite für Auszubildende der Schulungseinrichtungen gewährt.

Auch in einzelnen Kommunen findet man beachtenswerte Ansätze zur Förderung der Aufnahme und Beschäftigung ausländischer Pflegekräfte. Die Stadt Yokohama beispielsweise unterstützt Interessierte mittels E-Learning dabei, sich die für die Pflege in Japan notwendigen Kenntnisse, Fertigkeiten und Sprachkenntnisse anzueignen. Ferner wird ein Tool eingesetzt, mithilfe dessen per Spracheingabe Pflegeberichte erstellt werden können. Die Stadt hat auch Werbevideos über die Arbeit in der Pflege in mehreren Sprachen erstellt. Darüber hinaus wurden diverse Unterstützungsmaßnahmen für die Pflegeeinrichtungen und die ausländischen Auszubildenden auf den Weg gebracht, u. a. Mietzuschüsse für Betreiber von Pflegeeinrichtungen, die Wohnungen für neue Pflegekräfte anmieten, oder Zuschüsse zu Sprachkursen an japanischen Sprachschulen sowie zu den Pflegefachschulgebühren für ausländische Auszubildende, die mit dem Ziel nach Japan kommen, die Qualifikation des zertifizierten Pflegers zu erwerben.

6 Zusammenfassung

Infolge des rapide voranschreitenden demografischen Wandels steigt der Altenquotient in Japan. Die Bevölkerungszahl geht insgesamt bereits zurück. Die Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter (15 bis 64 Jahre) ist schon länger rückläufig. Es ist damit zu rechnen, dass es künftig noch schwieriger werden wird, genügend Arbeitskräfte auch für den erforderlichen Ausbau der professionellen Pflege zu rekrutieren.

Die hier vorgestellten Maßnahmen der Regierung zur Deckung des Pflegepersonalbedarfs haben zu einer gewissen Besserung der Personalsituation in der Pflege geführt. So zeigen beispielsweise Zahlen von 2017, dass in einigen ländlichen Präfekturen das Gehaltsniveau von Pflegekräften mittlerweile angeglichen werden konnte oder sogar höher ist als das Durchschnittsentgelt aller Branchen der jeweiligen Region (MHLW, 2019a). Auch hinsichtlich der Fluktuations-

rate zeichnen sich Verbesserungen ab: 2019 betrug sie in der Pflege etwa 15,4 % und wich damit kaum vom Gesamtdurchschnitt aller Branchen mit 15,6 % ab.¹² Auch trägt der Einsatz von IKT und Robotern in der Pflege dazu bei, die Arbeitsbelastung des Pflegepersonals zu verringern. So wurde anlässlich der Revision der Pflegevergütung die Einführung von Informations- und Kommunikationstechnologie z. B. zur Überwachung des Wohlbefindens von Pflegebedürftigen oder als Verwaltungssoftware ausdrücklich befürwortet und entsprechende finanzielle Anreize geschaffen (MHLW, 2021).

Im Hinblick auf die Einbeziehung älterer Menschen in die praktische pflegerische Versorgung arbeitet man gegenwärtig erfolgreich an einem System zur „Unterstützung pflegebedürftiger älterer Menschen durch rüstige Senioren“. Dazu gehören u. a. Einführungsseminare für Personen mittleren und höheren Alters ohne Pflegeerfahrung, Programme der Kommunen für „umfassende Maßnahmen zur Pflegeprävention und Unterstützung im Alltagsleben“ (*Sōgō jigyō*) sowie Ansätze wie der Einsatz von Pflegehelfer:innen.

Die Strategie der Anwerbung und Aufnahme von ausländischem Pflegepersonal gilt mittlerweile auch offiziell als notwendige Ergänzung und wird entsprechend politisch vorangetrieben. Einer Untersuchung aus 2019 zufolge beschäftigen 6,6 % aller Pflegeeinrichtungen ausländische Arbeitskräfte mit steigender Tendenz (Center for Care Labor Safety, 2019). Es ist davon auszugehen, dass vor allem in Regionen mit besonders hohen Bedarfszahlen, also insbesondere in den Städten, die Nachfrage nach ausländischen Pflegekräften steigen wird. Das Beispiel der Stadt Yokohama zeigt, wie Verwaltungsbehörden und die Betreiber von Pflegeeinrichtungen erfolgreich die berufliche wie soziale Integration von ausländischen Pflegekräften unterstützen können. Es ist wünschenswert, auch Arbeitsverhältnisse und -bedingungen für ausländische Arbeitnehmer so auszugestalten, dass die ausländischen Pflegekräfte dauerhaft in Japan bleiben können und wollen. Dies betrifft auch unterstützende Lebensumfeld-, Infrastruktur- und Wohnraummaßnahmen.

¹²Die Fluktuationsrate der Beschäftigten im Pflegebereich basiert auf Center for Care Labor Safety (2019), die durchschnittliche Fluktuationsrate für alle Branchen auf MHLW (2019b).

Literatur

- Center for Care Labor Safety. (2019). „Studie zu Pflegearbeit 2019“ [Reiwa gan`nen do kaigo rôdô jittai chôsa]. http://www.kaigo-center.or.jp/report/2020r02_chousa_01.html. Zugegriffen: 28. Nov. 2021.
- Center for Care Labor Safety. (2021). „Schaffung von Arbeitsplätzen in der Pflege, an denen diverses Personal zusammenarbeiten kann“ [Tayôna jinzai ga katsuyaku dekiru kaigo jigyôsho zukuri].
- Hatano, Y. et al. (2017). The vanguard of community-based integrated care in Japan: The effect of a rural town on national policy. *International Journal of Integrated Care*, 17(2), 1–9.
- MHLW. (2013). „Zusammenfassung der Ergebnisse der Primärerhebung zur Lohnstruktur 2013 (Landesweit)“ [Heisei 25 nen chingin kôzô kihon tôkei chôsa (zenkoku) kekka no gaikyô]. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/itiran/roudou/chingin/kouzou/z2013/>. Zugegriffen: 28. Nov. 2021.
- MHLW. (2015). „Unterlagen zur 4. Sitzung der Expertenkommission des Rates für Soziale Sicherheit: Sicherung der Personalressourcen für Soziale Hilfe“ [Dai yon kai shakaihoken shingikai fukushibukai fukushi jinzai kakuho senmon iinkai]. <https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000075030.html>. Zugegriffen: 28. Nov. 2021.
- MHLW. (2019a). „Unterlagen zur 83. Sitzung der AG Pflegeversicherung des Rates für Soziale Sicherheit: Sicherung des Pflegepersonals und Innovation im Pflegesektor“ [Shakaihoshôshingikai. Kaigohoken bukai, 83 kai: Kaigojinzai no kakuho. Kaigo genjô no kakushin.]. <https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000555621.pdf>. Zugegriffen: 25. Dez. 2020.
- MHLW. (2019b). „Studie zu Beschäftigungstrends 2019b“ [Reiwa gan`nen koyô dôkô chôsa]. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/itiran/roudou/koyou/doukou/20-2/index.html>. Zugegriffen: 28. Nov. 2021.
- MHLW. (2020). „Trends im Wohlfahrtsstaat und der Pflege“ [Kokumin no fukushi to kaigo no dôkô]. <https://www.hws-kyokai.or.jp/publishing/type/magazine/103-magazine-list/2414-fukushi-doko2020.html>. Zugegriffen: 28. Nov. 2021.
- MHLW. (2021). „Revision der Pflegesätze für 2021“ [Reiwa san`nendo kaigo hôshû kaitei ni tsuite]. https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00034.html. Zugegriffen: 28. Nov. 2021.
- MIC. (2020). „Statistik-Themen Nr. 129: Die älteren Menschen in Japan aus statistischer Sicht. (Anlässlich des Tages des Respektes vor älteren Menschen)“ [Tôkei topikku No. 129: Tôkei kara mita wagakuni no kôreisha – Keirô no hi ni chinande.]. https://www.soumu.go.jp/menu_news/s-news/01toukei02_01000015.html. Zugegriffen: 28. Nov. 2021.
- Nikkei Healthcare. (2020). Ausgabe Nr. 364. Februar, 2020, 24–42.

Prof. Dr. Masanobu Masuda ist ordentlicher Professor am Department for Human Welfare der Tokyo Online University. Er hat 30 Jahre lang für das Ministerium für Gesundheit, Arbeit und Wohlfahrt gearbeitet und war an der Einrichtung des Pflegeversicherungssystems in Japan beteiligt. Seine Schwerpunkte sind die Politik der sozialen Sicherheit, die Wohlfahrt älterer Menschen und die Probleme der kinderarmen Gesellschaft. Zu seinen jüngsten Arbeiten gehören „Verification of the Long-term Care Insurance in Japan“ (2016) und „Commentary of Public Assistance System“ (2020).

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der 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.





Zur Situation der Pflegekräfte in Deutschland – Herausforderungen und Lösungsansätze

Hildegard Theobald

1 Einführung

Demografischer und sozialer Wandel haben in westlichen Ländern zu einer Reform der Pflegepolitiken geführt. Charakteristisch für die Entwicklung in Mitteleuropa und in einigen Ländern in Südostasien – wie Japan und Korea – ist die Etablierung universeller Pflegepolitiken (Campbell & Ikegami, 2010; Theobald & Kern, 2011; Ranci & Pavolini (eds.), 2013). Diese Reformen gehen in vielen Ländern mit einer marktorientierten Restrukturierung der professionellen Pflegeinfrastruktur einher und haben dabei die Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen in der professionellen Pflegearbeit erheblich beeinflusst. Sie haben einerseits zwar zu einer Expansion von Erwerbsmöglichkeiten geführt, andererseits wurde diese in vielen Ländern von einer länderspezifisch geprägten Verschlechterung der Arbeitsbedingungen begleitet (Burau et al., 2007; Theobald & Chon, 2020; Theobald et al., 2018).

Die Einführung universeller Sozialleistungen in der Pflege hat in den meisten Ländern zu einer stärkeren Einbeziehung der nationalen Politikebene geführt, wobei sich große Länderunterschiede in der konkreten Ausformung gezeigt haben (Strohmeier Navarro Smith, 2010; Anttonen et al., 2013; Theobald & Ozanne, 2016). Im internationalen Vergleich gilt Deutschland als ein Land, in dem die kommunale Ebene mit der Einführung der Pflegeversicherung erheblich an

H. Theobald (✉)
Universität Vechta, Vechta, Deutschland
E-Mail: hildegard.theobald@uni-vechta.de

© Der/die Autor(en) 2022
F. Waldenberger et al. (Hrsg.), *Alterung und Pflege als kommunale Aufgabe*,
Dortmunder Beiträge zur Sozialforschung,
https://doi.org/10.1007/978-3-658-36844-9_11

Gestaltungsmöglichkeiten verloren hat. Naegele (2014: 34, 43) beschreibt dies als allgemeinen „Rückzug der Kommunen“ und fordert eine „*pflegepolitische Revitalisierung der Kommunen*“. Jüngere Reformen in Deutschland wollen die Kommunen wieder stärker an der Gestaltung der pflegerischen Versorgung vor allem vor Ort beteiligen (siehe die Beiträge von Igl und Naegele in diesem Band).

Noch wenig diskutiert wird in diesem Zusammenhang die Rolle der Kommunen in der Absicherung des Bedarfs an Pflegekräften. Letzteres steht im Mittelpunkt der folgenden Ausführungen. Charakteristisch ist hier die Dominanz der Bundes- bzw. der Bundesländerebene in der Politik sowie die Einbeziehung weiterer gesellschaftlicher Akteure, wie beispielsweise die Verbände der Einrichtungen, Gewerkschaften oder die Kostenträger. Die Kommunen entwickeln nur allmählich einen eigenen Zuständigkeitsbereich. Ihre Einbeziehung wird daher eingebettet in einem Ansatz der Mehrebenengovernance bearbeitet, der das Zusammenspiel der verschiedenen staatlichen Ebenen und weiterer gesellschaftlicher Akteure thematisiert (Theobald & Ozanne, 2016). Dazu werden zunächst die allgemeinen Herausforderungen in der Altenpflege auch in einer regionalen Perspektive dargestellt, bevor anschließend anhand der Beispiele Digitalisierung, Reformen der Ausbildung sowie Rekrutierung von Migrant:innen die Bedeutung der Kommunen bzw. der lokalen Ebene im Zusammenspiel der verschiedenen politischen Ebenen und gesellschaftlichen Akteure analysiert wird.

2 Zur Situation in der Altenpflege

Mit dem Ausbau professioneller Dienstleistungen seit der Einführung der Pflegeversicherung hat sich die Anzahl der Beschäftigten in den ambulanten Diensten bzw. in der stationären Altenhilfe beträchtlich erhöht und betrug im Jahr 2019 rund 1,218 Mio. Beschäftigte (geschätzte Vollzeitäquivalente rd. 866.000) (Statistisches Bundesamt, 2020). Zunehmend zeigt sich in diesem Sektor jedoch ein ausgeprägter Mangel insbesondere an Pflegefachkräften.¹ Dies wird beispielsweise erkennbar in der veränderten Relation zwischen der bei der Bundesagentur für Arbeit gemeldeten Anzahl offener Arbeitsstellen und den erwerbslosen Fachkräften. Standen 2011 rein rechnerisch noch 38 Altenpflegefachkräften 100 gemeldete offene Arbeitsstellen gegenüber, so waren es 2018 nur noch 19. Im

¹Zu den folgenden Ausführungen vgl. Bundesagentur für Arbeit (2019).

Jahr 2018 standen 41 erwerbslosen Gesundheits- und Krankenpflegefachkräften 100 gemeldete offene Arbeitsstellen gegenüber, 2011 waren es noch 86. Unter den Pflegehelfer:innen – immerhin knapp 50 % der Pflegekräfte in der Altenpflege – wird ein anderes Bild erkennbar. Hier standen 2018 100 gemeldeten offenen Arbeitsstellen 322 Erwerbslose gegenüber. Der eklatante Mangel an Fachkräften in der Altenpflege ist in allen Bundesländern zu finden.

Zukünftig kann von einer weiteren Verschärfung der Situation ausgegangen werden, da sich laut Schätzungen aufgrund des demografischen Wandels die Anzahl Pflegebedürftiger deutlich steigern wird. Lediglich aufgrund demografischer Veränderungen und ohne Berücksichtigung pflegepolitischer oder sozialer Veränderungen erwarten Schwinger et al. (2020) in ihrer Prognose für 2030 einen zusätzlichen Bedarf von 130.000 Pflegekräften. Dabei zeigen regional unterschiedliche Ausformungen des demografischen Wandels verschiedene Entwicklungstrends in den Bundesländern auf. Ein erhöhter Bedarf ist, vor allem in den neuen Bundesländern sowie im Zeitverlauf zunehmend auch in den alten Bundesländern zu erwarten. Am wenigsten betroffen sind die Stadtstaaten – Berlin, Hamburg, Bremen (zu vergleichbaren regionalen Differenzierungen Hackmann et al., 2016).

Für diesen eklatanten Mangel an Pflegefachkräften werden die geringe Attraktivität der Ausbildung insbesondere zur Altenpflegefachkraft, die Hürden, denen Pflegehelfer:innen in ihrer Weiterbildung zur Fachkraft gegenüberstehen, sowie die schwierigen Arbeitsbedingungen verantwortlich gemacht. Verschiedene Forschungsergebnisse zeigen, dass die Arbeitsbedingungen in der Altenpflege – insbesondere der hohe Zeitdruck aufgrund der niedrigen Personalausstattung, die hohe physische und psychische Belastung und die Unzufriedenheit mit der eigenen Arbeit aufgrund der durch den Zeitmangel notwendigen Qualitätsabstriche – nicht nur Unzufriedenheit hervorrufen, sondern auch eine entscheidende Ursache für die in diesem Sektor auffällig hohe Fluktuation sind (Hasselhorn et al., 2005; IWAK, 2009; Theobald et al., 2013). In einem Vergleich der Arbeitsbedingungen verschiedener Berufsgruppen auf der Basis einer Repräsentativstatistik fand Schmucker (2020), dass auch im Berufsgruppenvergleich in der Pflege diese Bedingungen deutlich negativer aussehen. Die von den Pflegekräften selbst überdurchschnittlich positiv bewertete gesellschaftliche Bedeutung und Sinnhaftigkeit der Arbeit steht dabei im deutlichen Kontrast zur von ihnen selbst wahrgenommenen gesellschaftlichen Wertschätzung, wie sie sich beispielsweise im Lohnniveau ausdrückt.

3 Politikansätze zur Verbesserung der Situation

In jüngerer Zeit wurden auf Bundesebene verschiedene politische Initiativen zur Etablierung von Lösungsansätzen ergriffen, die den Problemen der Einrichtungen in der Rekrutierung von Pflege(fach)kräften sowie den schwierigen Arbeitsbedingungen entgegenwirken sollen. Hier können insbesondere die „Ausbildungs-, und Qualifizierungsoffensive Altenpflege (2012–2015)“ sowie die im Jahr 2018 gegründete „Konzertierte Aktion Pflege“ genannt werden (Geschäftsstelle der Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege im Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (im Folgenden: Geschäftsstelle, 2015; Bundesregierung, 2020). Eingebunden in die Initiativen sind wichtige politische und gesellschaftliche Akteure in diesem Bereich, wie beispielsweise die Bundesministerien, Bundesländer, Kommunen, Wohlfahrts- und Betroffenenverbände, Kostenträger, Gewerkschaften und Arbeitgeber. Die jeweiligen Herangehensweisen und Ergebnisse der Politiken bilden einen zentralen Ausgangspunkt der folgenden Auseinandersetzung mit Lösungsansätzen, die durch ausgewählte Politiken erweitert werden. Einbezogen werden jeweils die Themen, die einen regionalen oder lokalen Bezug aufweisen und damit die Einbeziehung der lokalen Ebene nachvollziehbar wird.

3.1 Digitalisierung als Möglichkeit der Entlastung des Pflegepersonals

Der Digitalisierung oder dem Einsatz von Technologien im pflegerischen Alltag wird ein hohes Potential zur Reduktion der hohen Arbeitsbelastungen zugeschrieben (Bundesministerium für Gesundheit, 2019; Bundesregierung, 2020). Als eine Hürde in der Umsetzung wird eine kritische Haltung der professionellen Pflegekräfte gegenüber dem Technikeinsatz diskutiert. Neuere Untersuchungen stellen jedoch eher eine Akzeptanz des Technikeinsatzes generell fest, wobei der genaue Funktionsbereich entscheidend ist. Positiv bewertet wird der Technikeinsatz beispielsweise in Fragen der körperlichen Unterstützung, des Monitorings und der Dokumentation. Die niedrigste Zustimmung erfahren hingegen Techniken im Bereich sozialer und emotionaler Unterstützung (Merda et al., 2017; Zöllick et al., 2020). Zöllick et al. (2020) erklären die niedrigen Zustimmungsquoten hier mit Befürchtungen der Pflegekräfte, der Technikeinsatz führe zum Verlust menschlicher Wärme. Darüber hinaus wird der

Einsatz von Technologien insgesamt als möglicher Angriff auf Beschäftigungsperspektiven bzw. als eine Festschreibung der bestehenden Unterfinanzierung im Altenpflegesektor gesehen (Hielscher et al., 2015). Als relevante Hürden für die Technikakzeptanz und -implementation können auf der Basis von Forschungsergebnissen zusammengefasst werden: die mangelnde Verbreitung der Techniken in den Einrichtungen, die vernachlässigte Fort- und Weiterbildung der Pflegekräfte, die unzureichende Einbeziehung der Pflegekräfte bzw. ihrer betrieblichen Interessensvertretungen in den Prozess der Implementation sowie das Versäumnis, stärker partizipative Führungsstrukturen zu entwickeln (Hielscher et al., 2015; Merda et al., 2017; Christiansen, 2020; Ludwig et al., 2020; Zöllick et al., 2020).

Vor dem Hintergrund der Forschungsergebnisse und den Zielsetzungen der Initiative „Konzertierte Aktion Pflege“ (Bundesregierung, 2020) lassen sich auf Bundesebene zwei neuere Ansätze zur Förderung des Technikeinsatzes in der Pflege unterscheiden. Das ist zunächst die Etablierung von vier Pflegepraxiszentren (PPZ) seit 2018 in Hannover, Freiburg, Nürnberg und Berlin. Diese sind an stationären, ambulanten und klinischen Pflegebereichen bestehender Einrichtungen angesiedelt, in denen die neuen Technologien auf ihre Praxistauglichkeit und Wirksamkeit getestet werden. Aus der Perspektive stationärer Pflegeeinrichtungen ist dabei das PPZ Nürnberg hervorzuheben, wo mithilfe technischer Unterstützung die Organisation der Pflege aus der Perspektive der Bewohner:innen und des Personals effizienter gestaltet werden soll (Wallenfels, 2018; Zentrum für Qualität in der Pflege, 2019).

Ein weiterer vielversprechender Ansatz ist mit einer jüngeren Reform im Rahmen der Pflegeversicherung – dem Pflegepersonalstärkungsgesetz von 2018 – verknüpft. Von 2019 bis 2021 werden den ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen Fördermittel für Digitalisierungsprojekte zur Verfügung gestellt, die zur Entlastung der Pflegekräfte beitragen sollen. Dabei können einzelne Einrichtungen jeweils einen einmaligen Zuschuss bei der Anschaffung von digitaler oder technischer Ausrüstung und damit verbundener Schulungen von bis zu 40 % der Kosten und in einer Höhe von bis zu 12.000 € erhalten. Bis zum 30. Juni 2020 wurden bereits rund 5400 Anträge der insgesamt etwa 30.100 ambulanten und stationären Einrichtungen mit einem geförderten Volumen ca. 21 Mio. € bewilligt (Angaben zur Anzahl der Einrichtungen für 2019) (Statistisches Bundesamt, 2020). Nach Umfragen der Bundesregierung planen insgesamt ca. 70 % der ambulanten und stationären Einrichtungen, diese Möglichkeiten öffentlicher Unterstützung zu nützen. Wichtig für diesen Erfolg sind dabei der Bekanntheitsgrad der Maßnahmen und die Unterstützung durch die Verbände der Einrichtungen und der Kostenträger (Bundesregierung, 2020).

Auch in einzelnen Bundesländern – beispielsweise in Bayern oder Baden-Württemberg – fördern Politikansätze die Digitalisierung in der Pflege und Medizin (Münzenrieder, 2019; Baden-Württemberg, ohne Jahresangabe). Die Errichtung von Modellhäusern in verschiedenen Regionen soll es dabei ermöglichen, vor Ort konkrete Erfahrungen mit den Techniken zu machen. Besonders berücksichtigt werden auch die Bedürfnisse in ländlichen Regionen. Trotz des regionalen Bezugs sind aber Top-down Politikansätze erkennbar, denn die Kommunen vor Ort verfügen nur über wenige Gestaltungs- oder Einflussmöglichkeiten. Ansätze, wie beispielsweise der Ideenwettbewerb „Digitale Zukunftskommune“ in Baden-Württemberg, eröffnen den Kommunen hingegen, Anträge zur finanziellen Förderung eigener kommunaler Projekte durch das Bundesland einzureichen und damit die kommunalen Gestaltungsmöglichkeiten in den Projekten zu stärken. Auch wenn bisher keine Vorhaben zur Digitalisierung in der Pflege im Rahmen des Ideenwettbewerbs gefördert werden, bietet diese Herangehensweise einen prinzipiellen Ansatzpunkt zur Stärkung des Einflusses der Kommunen im Bereich der Digitalisierung in der Pflege vor Ort.

3.2 Sicherung des Fachkräftebedarfs in der Pflege

Die Steigerung der Attraktivität der Ausbildung sowie die Gewinnung neuer Gruppen für den Pflegeberuf bilden relevante Ansätze zur Minderung des Mangels an Pflegefachkräften. In den folgenden Ausführungen werden zunächst die durchgeführten Reformen und die sich zeigenden Entwicklungen dargelegt, bevor abschließend die kommunalen Ansätze vorgestellt werden.

Reformen der Ausbildungswege der Pflegeberufe

Ein zentraler Fokus der „Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege“ von 2012–2015 bildete die Steigerung der Ausbildungszahlen in der Altenpflege, die mit konkreten Zielvorgaben einhergingen (Geschäftsstelle, 2015). Diese Zielsetzung konnte erfolgreich umgesetzt werden. So erhöhte sich die Zahl der in der Altenpflegeausbildung befindlichen Schüler:innen zwischen den Schuljahren 2011/2012 und 2017/2018 von rund 56.000 auf über 68.000 um 22 % (Slotala, 2020).

Der Erfolg lag in der Erhöhung der Erstausbildungen, aber auch in einem deutlichen Anstieg der Umschulungen oder Weiterbildungen begründet. Einen entscheidenden Anteil an dem Anstieg hatte dabei die (Wieder)einführung des Programms zur dreijährigen Nachqualifizierung/Umschulung in der Altenpflege durch die Bundesagentur für Arbeit seit Dezember 2012 (Geschäftsstelle, 2015;

Slotala, 2020). Eine wichtige Zielgruppe dieser Weiterqualifizierungsmaßnahmen stellen in der Pflege schon tätige Pflegehelfer:innen dar, die durch die mögliche berufsbegleitende Ausbildung oftmals eine erste Chance auf eine Fachqualifikation erhielten (Geschäftsstelle, 2015; Grgic et al., 2018). Im Rahmen der „Konzertierten Aktion Pflege“ wurden zudem die Möglichkeiten der berufsbegleitenden Weiterqualifikation durch die Einrichtung von Teilzeitausbildungen auf Bundesländerebene gestärkt. Aufgrund des Umfangs der Nachfrage erwies sich die Strategie allerdings eher in (Groß)städten als erfolgreich (Bundesregierung, 2020). In seinem Bundesländervergleich der Erhöhung der Ausbildungszahlen für das Jahr 2017/2018 erklärte Slotala (2020) die deutlichen Unterschiede zwischen den Bundesländern mit den Politiken auf Bundesländerebene. Ebenso bedeutsam waren die Kampagnen und Aktionen auf kommunaler Ebene.

Mit der Reform der Pflegeberufe von 2020 soll die Pflegeausbildung generell attraktiver werden und damit die Anzahl der Auszubildenden weiter gesteigert werden. Kernstücke bilden dabei die Zusammenführung der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung, der Altenpflegeausbildung und der Gesundheits- und Kinderkrankenpflegeausbildung in eine dreijährige generalistische Pflegeausbildung und die Einführung eines regelhaften primärqualifizierenden BA-Studiums auf Hochschulebene. Im Fokus der Ausbildungsoffensive Pflege im Rahmen der „Konzertierten Aktion Pflege“ steht die Umsetzung der Pflegeberufereform und die Gewinnung von Ausbildungsinteressierten (Bundesregierung, 2020). In der lokalen Umsetzung nehmen die Kommunen eine wichtige Rolle ein.

Rekrutierung von Migrant:innen

Die gezielte internationale Rekrutierung von Pflegekräften aus dem Ausland für die (Alten)pflge begann in größerem Umfang erst nach 2010, allerdings wurden migrierte Pflegekräfte schon lange vorher beschäftigt. Im Jahr 2010 waren bereits insgesamt 15,4 % der Pflegekräfte in Krankenhäusern, stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten aus unterschiedlichen Gründen zuvor nach Deutschland gekommen (Afentakis & Maier, 2014). Eine rechtliche Rahmenbedingung für die verstärkte internationale Rekrutierung nach 2010 bildete die Arbeitnehmerfreizügigkeit im Rahmen des EU-Binnenmarkts, die in Deutschland von 2011–2015 auch für die neuen EU-Mitgliedsländer in Mittel- und Osteuropa umgesetzt wurde. Mit der Reform der Beschäftigungsverordnung 2013 wurde es zudem Arbeitgebern gestattet, Fachkräfte in Mangelberufen – u. a. in Pflegeberufen – aus Drittstaaten zu rekrutieren. Zum 1. März 2020 wurde mit dem Fachkräfteeinwanderungsgesetz insbesondere der Zugang für Fachkräfte

in Ausbildungsberufen verbessert. Gezielte Abkommen zur internationalen Rekrutierung von Pflegefachkräften wurden mit ausgewählten Ländern – beispielsweise Bosnien-Herzegowina, Serbien, den Philippinen – abgeschlossen. Die zunehmenden Anstrengungen der internationalen Rekrutierung reflektieren sich in dem Anstieg von Anträgen zur Anerkennung vorhandener Ausbildungen in der Pflege, was in dem reglementierten Pflegeberuf die Voraussetzung für eine Tätigkeit als Pflegefachkraft bildet. In ihrem Vergleich der Anerkennungsstatistiken fanden Pütz. et al. (2019) einen Anstieg dieser Anträge von 1000 im Jahr 2012 auf 6000 im Jahr 2017.

Bei der Umsetzung erwiesen sich zwei Themen besonders bedeutsam: zum einen die Schwierigkeiten der Anerkennung der Qualifikation insbesondere für Pflegefachkräfte aus Drittstaaten, denn innerhalb der EU ist die Anerkennung der Qualifikation zwischen den Mitgliedsländern EU-weit geregelt (Bonin et al., 2015; Pütz et al., 2019). Daneben erwies sich trotz durchaus positiver Erfahrungen die Integration in den Betrieb als weitere Herausforderung. Als Beispiele können hier genannt werden die länderspezifisch gestalteten Pflegesysteme und Professionalisierungsansätze und die damit einhergehenden verschieden gestalteten Arbeitsweisen im Alltag, Probleme in der Zusammenarbeit im Team sowie auch konkrete Diskriminierungserfahrungen (Bonin et al., 2015; Pütz et al., 2019; Schilgen et al., 2019; Theobald, 2017). Unter Federführung des Bundesministeriums für Gesundheit, in Zusammenarbeit mit den Bundesländern und weiteren sozialen Akteuren auf Bundesebene, wurden Maßnahmen entwickelt, die die Verfahren der Einreise, der Berufsankennung sowie der Arbeits- und Aufenthaltserlaubnis verbessern sowie das betriebliche Integrationsmanagement entwickeln sollen. Beispielsweise wurde ein Werkzeugkoffer verschiedenster Maßnahmen zum betrieblichen Integrationsmanagement vom Deutschen Kompetenzzentrum für internationale Fachkräfte in den Gesundheits- und Pflegeberufen unter der Regie des Kuratoriums Deutsche Altenhilfe erstellt und bundesweit den Betrieben zur Verfügung gestellt (Bundesregierung, 2020).

Die Bedeutung der kommunalen Ebene

Im Themenbereich Sicherung des Pflegefachkräftebedarfs werden eigenständige Aktivitäten der Kommunen auf lokaler Ebene erkennbar, die sich in zwei Teilbereichen – Sicherung des lokalen Pflegefachkräftebedarfs und Umsetzung der Pflegeberufereform – zusammenfassen lassen.

Sicherung des lokalen Pflegefachkräftebedarfs

Einen Schwerpunkt der Aktivitäten hier bilden Beratungsstellen zu verschiedenen Aspekten, die auf der Basis individueller Beratung und der Beratung von

Einrichtungen den Berufseintritt in die Pflege fördern sollen. Die lokale Beratung kann dabei unterstützt werden durch das Beratungsteam des Bundesamts für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben, das auf lokaler Ebene umfangreich – beispielsweise in Schulen und auf Messen – in die Akquise einbezogen wird oder auch in der individuellen Beratung die eigene Expertise einbringt (Geschäftsstelle, 2020). Über diese Beratungsansätze hinaus werden zunehmend lokale Netzwerke zur Gewinnung des regionalen Pflegekräftebedarfs etabliert. Hier schließen sich die verschiedenen pflegerischen oder gesundheitlichen Einrichtungen und Pflegeschulen, aber auch lokale Jobcenter, kommunale Wirtschaftsförderer und kommunale Projekte zur Entwicklung gemeinsamer Aktionen zusammen (Geschäftsstelle, 2020). Als ein Ansatzpunkt einer so breiten Strategie, die Beratung, Öffentlichkeitsarbeit und Netzwerkbildung verknüpft, können zeitlich befristete kommunale Projekte genannt werden, die zur Sicherung des Pflegefachkräftebedarfs auf lokaler Ebene beitragen sollen. Dies soll am Beispiel der Aktivitäten des Projekts „Perspektive Pflege!“ (2017–2019) bzw. des Nachfolgeprojekts „Perspektive Pflegeausbildung!“ (2019–2021) dargestellt werden. Die Projekte und ihre Aktivitäten verdeutlichen, dass die Kommunen nicht nur beteiligt werden, sondern eine aktive, koordinierte Rolle einnehmen können.

Mit dem Fokus auf die Fachkräftesicherung in der Pflege – Gewinnung und Bindung von Fachkräften und Imageaufwertung des Pflegeberufs – ist das Projekt “Perspektive Pflege!“ – finanziert durch das Land Niedersachsen und den Europäischen Sozialfond mit Unterstützung der Landkreise Vechta und Cloppenburg – entstanden.² Antragsteller der Projekte ist der gleichnamige Verein „Perspektive: Pflege!“ e. V. in den beiden Landkreisen, dessen Mitglieder die Krankenhäuser, stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen, Kranken- und Altenpflegeschulen und die jeweiligen Kostenträger sind. Diese breite Mitgliedschaft ermöglicht eine enge Kooperation und Vernetzung mit den relevanten Akteuren und die Anpassung von Maßnahmen und Aktivitäten an die lokalen Bedingungen. Dazu wurden im Rahmen des Projekts “Perspektive Pflege!“ zunächst eigene Umfragen zum Fachkräftemangel in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen sowie in Krankenhäusern der Landkreise durchgeführt. In Zusammenarbeit mit der Universität Vechta und der Hochschule Osnabrück wurden auf der Basis von Masterarbeiten oder studentischen Forschungsprojekten die Bedingungen in den lokalen Einrichtungen untersucht. Die Themen

²Die folgenden Ausführungen zu den beiden Projekten beruhen auf Grützner et al., (2018), Projekt „Perspektive: Pflege!“ (2019) sowie auf Interviews der Autorin mit Beteiligten.

reichten dabei von Befragungen der Pflegekräfte zu Vorstellungen guter Pflege, zu Ansätzen der Professionalisierung oder auch der Ausformung und Entstehung von Motivation über die Analyse von Versorgungsansätzen bis hin zu Fragen der Personalpolitik. Zu Letzteren gehörten Masterarbeiten zur Verbesserung der stationären Versorgung dementiell erkrankter Bewohner:innen unter Berücksichtigung der Auswirkungen auf die Arbeitssituation der Pflegekräfte und zu den Möglichkeiten einer mitarbeiterorientierten Maßnahmenplanung zur Abwendung des Fachkräftemangels in stationären Alten-, und Pflegeeinrichtungen. Die Ergebnisse der Masterarbeiten wurden im Rahmen öffentlicher Veranstaltungen wieder an die lokalen Akteure rückgemeldet. Zur Erforschung und Möglichkeiten der Stärkung eines positiven Images der Pflege- und Gesundheitsberufe wurden auch Auszubildende einbezogen, die sich über ihre eigenen Erfahrungen austauschten.

Kennzeichnend für die Herangehensweise des Projekts ist die Vernetzung mit anderen lokalen Akteuren in der Durchführung der eigenen Aktivitäten. Mit verschiedenen Aktionen – wie beispielsweise der Beteiligung an lokalen Jobmessen, der Beteiligung an einem Arbeitskreis zur beruflichen Integration von Geflüchteten oder der Förderung der Beteiligung von Pflegeeinrichtungen am lokalen „Markt der Möglichkeiten“, wo sich gezielt Arbeitgeber vor Ort und interessierte Geflüchtete treffen – gelang es den Akteuren des Projekts, die Erwerbs- und Ausbildungsmöglichkeiten vor Ort in der Pflege aufzuzeigen. Eine positive Zusammenarbeit besteht auch mit dem Jobcenter und der Koordinierungsstelle „Frauen & Wirtschaft“, die Migrant:innen insbesondere Geflüchtete und auch Unternehmen in einem breiten Spektrum von Themen, wie beispielsweise der Anerkennung der Qualifikation oder der Integration in den Arbeitsmarkt bzw. den Betrieb, berät. Damit werden generelle Ansätze zur Gewinnung von Auszubildenden oder Pflegekräften mit einem Fokus auf Migrant:innen verbunden, was auch der Zielsetzung auf Bundesländerebene entspricht (Geschäftsstelle, 2015). Während es sich als generell einfacher gestaltete, über Messen oder Schulen Kontakte zu interessierten Schüler:innen aufzubauen, erwies dies sich als schwieriger zu möglichen Interessent:innen in späteren Lebensphasen. Hier zeigte sich die Zusammenarbeit mit dem Jobcenter, der Koordinierungsstelle „Frauen & Wirtschaft“ oder die Beteiligung an den Arbeitskreisen als zielführender.

Umsetzung der Pflegeberufereform auf lokaler Ebene

Ein weiterer Schwerpunkt der Aktivitäten auf der lokalen Ebene liegt in der Umsetzung der Pflegeberufereform und der Aktivitäten zur Gewinnung von Ausbildungsinteressierten (Geschäftsstelle, 2020). Da die damit eingeführte

generalistische Pflegeausbildung eine Fachqualifikation für verschiedene pflegerische Bereiche, wie insbesondere der stationären und ambulanten Langzeit- und Akutpflege vermittelt, erfordert deren Umsetzung ein Praxiseinsatz in jedem Versorgungsbereich und deren Koordinierung im zeitlichen Ablauf. Als schwierig in der Umsetzung erwies sich dabei die Etablierung der Zusammenarbeit der Beteiligten an der Ausbildung – Alten- und Krankenpflegesschulen und Einrichtungen – sowie die Gewinnung von Ausbildungsplätzen in den verschiedenen Versorgungsbereichen, die nur in der stationären Langzeitpflege in allen Regionen in ausreichender Zahl verfügbar waren (Bundesregierung, 2020). In vielen Regionen schlossen sich Pflegeschulen, Krankenhäuser sowie ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen daher zu Ausbildungsverbänden zusammen. Für die Koordinierung der praktischen Einsätze in den verschiedenen Versorgungsbereichen etablierten sich zwei unterschiedliche Herangehensweisen: Zum einen übernimmt die Pflegeschule alle koordinierenden Aufgaben für die beteiligten Träger der praktischen Ausbildung und erhält dafür einen finanziellen Ausgleich. Zum anderen wird zu diesem Zweck eigens eine Koordinierungsstelle eingerichtet, in der alle Partner des Verbands vertreten sind.

Im Landkreis Verden in Niedersachsen wurde beispielsweise mit der Gründung eines Ausbildungsverbundes mit den Ausbildungsstätten und den Einrichtungen eine neutrale koordinierende Stelle auf Kreisebene eingerichtet, die die Praxiseinsätze in den Einrichtungen für die Auszubildenden koordiniert. Eine wichtige, vermittelnde Rolle bei der Gründung des Verbunds nahm dabei die Fachkräfteoffensive des Landkreis Verdens ein (Landkreis Verden, 2020). Im Landkreis Vechta übernahm das Projekt „Perspektive Pflegeausbildung!“, das Nachfolgeprojekt des Projekts „Perspektive Pflege!“ im Landkreis, eine koordinierende Rolle in der Etablierung der Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Ausbildungsstätten der Alten- und Krankenpflegeausbildung und den Einrichtungen. Die Koordination der Praxiseinsätze übernehmen im Landkreis Vechta die Ausbildungsstätten in Zusammenarbeit mit den Einrichtungen. Neben der Unterstützung beim Aufbau der Kooperation zwischen den Kranken- und Altenpflegesschulen und den Einrichtungen ist auch die Beratung und Information der Schüler:innen oder auch die Beteiligung an Informationsveranstaltungen für Ausbildungsinteressierte eine zentrale Aufgabe des Projekts.

4 Fazit zur Einbeziehung der kommunalen Ebene

Wie in vielen westlichen Ländern haben der Anstieg des Bedarfs an Pflegekräften und die gleichzeitig vorhandenen schwierigen Arbeits- und Ausbildungsbedingungen auch in Deutschland zu einem eklatanten Mangel insbesondere an Pflegefachkräften geführt, der aufgrund des absehbaren demografischen und sozialen Wandels zukünftig weiter zunehmen wird. Diesen Schwierigkeiten in den Arbeits- und Ausbildungsbedingungen wurde gerade in jüngerer Zeit mit einer Reihe von Maßnahmen und Lösungsansätzen begegnet, die trotz der dominanten Gestaltungs- und Entscheidungsmöglichkeiten der Bundes- und Bundesländerebene in diesem Sektor zunehmend auch die Entwicklung auf regionaler oder lokaler Ebene einbeziehen. In thematisch breit angelegten politischen Initiativen wurden dabei Akteure auf den unterschiedlichen Politikerebenen – die Bundes-, und Bundesländerebene sowie die Kommunen und Landkreise – und weitere relevante gesellschaftliche Akteure in die Entwicklung und Umsetzung der Lösungsansätze in einem Mehrebenensystem beteiligt.

Die Beispiele der Digitalisierung in der Pflege und der Rekrutierung von Migrant:innen zeigen, in welcher Form Kommunen bzw. die lokale Ebene sich im Mehrebenensystem der Pflegepolitiken zur Verbesserung der schwierigen Arbeitsbedingungen und zur Sicherung des Fachpflegebedarfs einbringen können. Digitalisierung und Rekrutierung können insgesamt zur Lösung beitragen. Die hier vorgenommene Differenzierung weist speziell auf die vorhandenen Entscheidungs- und Gestaltungsmöglichkeiten auf der kommunalen Ebene hin.

Im Themenfeld der Digitalisierung zeigt sich in der Einbeziehung der lokalen Ebene eher ein Top-down Ansatz, d. h. auf lokaler oder regionaler Ebene werden aufgrund der Initiative von Bund oder Bundesländern Einrichtungen geschaffen, wie beispielsweise die Pflegepraxiszentren. Diese sollen die Möglichkeiten der Digitalisierung auch regional entwickeln, erproben und sichtbar machen. Als weiteres Beispiel können die Finanzierungsmöglichkeiten der technischen Ausstattung in ambulanten und stationären Einrichtungen im Rahmen der Pflegeversicherung genannt werden. In die Umsetzung werden dabei nicht nur die Einrichtungen, sondern auch deren Verbände und die Kostenträger eingebunden. Ein weiterer Top-down Ansatz, in dem jedoch schon stärker Facetten einer Kooperation oder Formen der lokalen Einflussnahme erkennbar werden, wird in der Entwicklung von Informations-, und Beratungsangeboten erkennbar, wie beispielsweise im Werkzeugkoffer zur Förderung der betrieblichen Integration von Migrant:innen oder auch in der bundesweiten Aufstellung von Beratungsteams für die Gewinnung von Ausbildungsinteressierten, die vor Ort unterstützend wirken können.

Im Bereich der Sicherung des lokalen Pflegefachkräftebedarfs und der Umsetzung der Pflegeberufereform sind eigenständige lokale, durch die Kommunen (mit)gestaltete Aktivitäten deutlich erkennbar. Dies ermöglicht die notwendige passgenaue Orientierung der Maßnahmen an den lokalen Bedingungen. Zu nennen sind hier neben den Beratungsaufgaben die Etablierung von lokalen Netzwerken mit unterschiedlichen Akteuren, die in die Gewinnung von Pflegekräften oder Ausbildungsinteressierten oder auch in die Umsetzung der Pflegeberufereform einbezogen sind. Besonders relevant werden hier zeitlich befristete kommunale Projekte, die diese Aktivitäten initiieren, koordinieren und begleiten. Zudem übernehmen die Projekte zentrale Aufgaben in der Untersuchung der lokalen Bedingungen und der Weitergabe dieser Ergebnisse an die relevanten lokalen Akteure. Die zeitliche Befristung der Projekte lässt diese Unterstützung allerdings als prekär erscheinen und erschwert eine dauerhafte, kontinuierlich aufbauende Arbeit. Gleichzeitig aber erweisen sich derartige koordinierte und initiierte Herangehensweisen auf lokaler Ebene als zukunftsweisend in dem Themenfeld.

Literatur

- Afentakis, A., & Maier, T. (2014). Können Pflegekräfte aus dem Ausland den wachsenden Pflegebedarf decken? Analyse zur Arbeitsmigration in Pflegeberufen im Jahr 2010. Auszug aus *Wirtschaft und Statistik* (März 2014).
- Anttonen, A., Baldock, J., & Sipilä, J. (2013). *The young, the old and the state. Social care systems in five industrial nations*. Elgar.
- Baden-Württemberg. (o. J. A.). Digitalisierung. Den digitalen Wandel gestalten. <https://www.baden-wuerttemberg.de/de/bw-gestalten/erfolgreiches-baden-wuerttemberg/digitalisierung/download20>. Februar 2020.
- Bonin, H., Braeseke, G., & Ganserer, A. (2015). *Internationale Fachkräfterekrutierung in der deutschen Pflegebranche. Chancen und Hemmnisse aus Sicht der Einrichtungen*. Gütersloh.
- Bundesagentur für Arbeit. (2019). Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt – Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich, Nürnberg, Mai 2019.
- Bundesministerium für Gesundheit. (2019). *Konzertierte Aktion Pflege. Vereinbarungen der Arbeitsgruppen 1–5*.
- Bundesregierung. (2020). *Konzertierte Aktion Pflege. Erster Bericht zum Stand der Umsetzung der Vereinbarungen der Arbeitsgruppen 1–5*. Herausgeber: Bundesministerium für Gesundheit, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bundesministerium für Arbeit und Soziales.
- Burau, V., Theobald, H., & Blank, R. H. (2007). *Governing home care. A cross-national comparison*. Elgar.
- Campbell, J. C., & Ikegami, N. (2010). Comprehensive long-term care in Japan and Germany: Policy learning and cross-national comparison. In T. R. Marmor, R. Freeman, & K. G. H. Okma (Hrsg.), *Comparative Studies and the Politics of Modern Medical Care*. Yale University Press.

- Christiansen, M. (2020). Arbeitsorganisation und Führungskultur. In K. Jacobs, A. Kuhlmei, S. Greß, J. Klauber, & A. Schwinger (Hrsg.), *Pflegereport 2019. Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher?* Springer.
- Geschäftsstelle. (2015). *Geschäftsstelle der Ausbildungs-, und Qualifizierungsoffensive Altenpflege im Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben: Zwischenbericht zur Ausbildungs-, und Qualifizierungsoffensive Altenpflege (2012–2015)*. Bundesministerium für Familien, Frauen, Senioren und Jugend.
- Geschäftsstelle. (2020). *Geschäftsstelle der Ausbildungsoffensive Pflege im Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben: Ausbildungsoffensive Pflege (2019–2023)*. Bundesministerium für Familien, Frauen, Senioren und Jugend.
- Grgic, M., Riedel B., Weihmayer L.S., Weimann-Sandig, N. & Wirner. L. (2018): Quereinsteigende auf dem Weg zur Fachkraft. Ergebnisse einer qualitativen Studie in den Berufsfeldern Kindertagesbetreuung und Altenpflege. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.
- Grützner, D., zur Brügge T. D., & Grote, A. L. (2018). Sicherstellung der medizinischen und pflegerischen Versorgung im Landkreis Vechta. In D. Matusiewicz, V. Nürnberg, & S. Nobis (Hrsg.), *Gesundheit und Arbeit 4.0. Wenn Digitalisierung auf Mitarbeitergesundheit trifft*. medhochzwei Verlag.
- Hackmann, T., Klein, R., Scheidenbach, T., Anders, M., & Vollmer, J. (2016). *Pflegeinfrastruktur. Die pflegerische Versorgung im Regionalvergleich*. Bertelsmann-Stiftung.
- Hasselhorn, H. M., Müller, B. H., Tackenberg, P., Kümmerling, A., & Simon, M. (2005). *Berufsausstieg bei Pflegepersonal. Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa. Ü15 Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA)*. Wirtschaftsverband NW.
- Hielscher, V., Nock, L., & Kirchen-Peters, S. (2015). *Technikeinsatz in der Altenpflege. Potenziale und Probleme in empirischer Perspektive*. Nomos.
- IWAK. (2009). *Berufsverläufe von Altenpflegerinnen und Altenpflegern*. Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur. Universität Frankfurt/Main.
- Landkreis Verden. (2020). Ausbildungsverbund Pflege Landkreis Verden. <https://www.landkreis-verden.de/bildung-arbeit-wirtschaft/ausbildungsverbund-pflege-landkreis-verden/>. Download20. Dezember 2020.
- Ludwig, C., Öz, F. Evans, M., &unter Mitarbeit von Hecken, L. (2020). Mitbestimmte Digitalisierung in der Altenpflege. Erhebung betrieblicher Mitbestimmungspraktiken und künftiger Herausforderungen aus Perspektive betrieblicher Interessensvertretungen. IAT Discussion-Papers 05/2020. Gelsenkirchen:
- Merda, M., Schmidt, K., & Kähler, B. (2017). Pflege 4.0 – Einsatz moderner Technologien aus der Sicht professionell Pflegenden. Forschungsbericht 08/2017. Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) (Hrsg.). Hamburg.
- Münzenrieder, G. (2019). Grundlage der Digitalisierungsstrategie in Bayern. Masterpläne BAYERN DIGITAL I und II. In A. Elmer & D. Matusiewicz (Hrsg.), *Die digitale Transformation in der Pflege*. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft
- Naegele, G. (2014). *20 Jahre Verabschiedung der Gesetzlichen Pflegeversicherung – Eine Bewertung aus sozialpolitischer Sicht*. WISO Diskurs. Friedrich-Ebert-Stiftung. Bonn.
- Projekt „Perspektive Pflege!“. (2019). *Unveröffentlichter Zwischenbericht von „Perspektive Pflege!“ – Anlaufstelle zur Gewinnung von Auszubildenden im Pflegeberuf sowie zur Vernetzung der Akteure*. Dieser Projektbericht ist unveröffentlicht. Dazu gibt es keinen Verlag.

- Pütz, R., Kontos, M., Larsen, C., Rand, S., & Ruokonen-Engler, M-K. (2019). *Betriebliche Integration von Pflegefachkräften aus dem Ausland. Study 416*. Hans-Böckler-Stiftung.
- Ranci, C., & Pavolini, E. (Hrsg.). (2013). *Reform in long-term care policies in european countries*. Springer.
- Schilgen, B., Handtke, O., Nienhaus, A., & Mösko, M. (2019). Work-related barriers and resources of migrant and autochthonous homecare nurses in Germany: A qualitative comparative study. *Applied Nursing Research, 46*, 57–66.
- Schmucker, R. (2020). Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen. Ergebnisse einer Sonderauswertung zum DGB-Index Gute Arbeit. In K. Jacobs et al. (Hrsg.), *Pflegereport 2019. Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher?* Springer.
- Schwinger, A., Klauber, J., & Tsiasioti, C. (2020). Pflegepersonal heute und morgen. In K. Jacobs et al. (Hrsg.), *Pflegereport 2019. Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher?* Springer.
- Slotala, L. (2020). Stellschrauben mit großer Wirkung. Ansätze zur Gewinnung neuer Auszubildender in der Altenpflege. In K. Jacobs et al. (Hrsg.), *Pflegereport 2019. Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher?* Springer.
- Statistisches Bundesamt. (2020). *Pflegestatistik 2019*.
- Strohmeier Navarro Smith, R. (2010). Familiarisation and regional variation in long-term care provision. A comparative perspective on long-term care for older people in Europe. In Y. Kazepov (Hrsg.), *Rescaling Social Policies: Towards Multilevel Governance in Europe*. European Centre Vienna.
- Theobald, H., & Kern, K. (2011). The Introduction of long-term care policy schemes: policy development, policy transfer and policy change. *Policy and Politics, 39*, 3.
- Theobald, H., Szebehely, M., & Preuß, M. (2013). *Arbeitsbedingungen in der Altenpflege. Die Kontinuität der Berufsverläufe – ein deutsch-schwedischer Vergleich*. Edition Sigma.
- Theobald, H., & Ozanne, E. (2016). Multi-level governance and its effects on long-term care support. In J.-L. Fernandez & C. Gori (Hrsg.), *Long-Term Care Reforms in OECD Countries: Successes and Failures*. Policy Press.
- Theobald, H. (2017). Care workers with migrant backgrounds in formal care services in Germany: A multi-level intersectional analysis. *International Journal of Care and Caring., 1*, 2.
- Theobald, H., Szebehely, M., Saito, Y., & Ishiguro, N. (2018). Marketisation policies in different contexts: Consequences for home care workers in Germany, Japan and Sweden. *International Journal of Social Welfare, 27*, 215–225.
- Theobald, H., & Chon, Y. (2020). Home care development in Korea and Germany: The interplay of long-term care and professionalization policies. *Social Policy & Administration, 54*, 5.
- Wallenfels, M. (2018): Auf der Suche nach digitalen Assistenzlösungen in der Pflege, Ärztezeitung, <https://www.aerztezeitung.de/Wirtschaft/Auf-der-Suche-nach-digitalen-Assistenzloesungen-in-der-Pflege-309159.html?bPrint=true.Download20>. Dezember 2020.

- Zentrum für Qualität in der Pflege. (2019). Forschung zu Mensch-Technik-Interaktion für die Praxis Pflegeinnovationszentren (PIZ) und Pflegepraxiszentren (PPZ). In Zentrum für Qualität in der Pflege (Hrsg.), *Pflege und digitale Technik*. ZQP-Report. Berlin, 62.
- Zöllick, J.C., Kuhlmeier, A., Suhr, R., Eggert, S., Nordheim, J., & Blüher, S. (2020). Akzeptanz von Technikeinsatz in der Pflege. Zwischenergebnisse einer Befragung unter professionell Pflegenden. In K. Jacobs et al. (Hrsg.), *Pflegereport 2019. Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher?* Springer.

Prof. Dr. Hildegard Theobald ist Professorin für Organisationelle Gerontologie an der Universität Vechta. Ihre Forschungsschwerpunkte liegen in der international vergleichenden Forschung zu Carepolitiken, -systemen und Care Work(er), insbesondere zu sozialen Pflegerechten, Governance, Kommerzialisierung, Professionalisierung und Migration in einer intersektionalen Perspektive. Zu ihren jüngsten Veröffentlichungen gehören „Marketization policies in different contexts: Consequences for home care workers in Germany, Japan and Sweden“, in: *International Journal of Social Welfare* (2018) (Co-Autorinnen Marta Szebehely, Yayoi Saito und Nobu Ishiguro).

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der 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.





Wertschätzung und Unterstützung pflegender Familienangehöriger in Japan

Miyoko Motozawa

1 Historische Entwicklung des Familienrechts und die Altenpflege

1.1 Das japanische Zivilgesetzbuch von 1898 und das *Ie*-System¹

Die Grundstruktur des Familienrechts im Meiji-ZGB bildete das *Ie*-System, dessen Dreh- und Angelpunkt die vom *Koshuge*geführte Familie war². Das *Ie*-System regelte nicht nur das Familienleben des einfachen Volkes, sondern fungierte auch als grundlegende Einheit des Staates, die das japanische Reich mit dem Kaiser (*Tennō*) an dessen Spitze stützte. Unter dem *Ie-System* wurden die

¹ 1890 wurde der Entwurf des Zivilgesetzbuchs fertig gestellt und verkündet („altes ZGB“). Daraufhin entbrannte jedoch ein Kodifikationsstreit, und die Inkraftsetzung wurde verschoben. 1893 wurde eine Kommission zur Erarbeitung eines neuen Gesetzentwurfs gebildet, die das alte ZGB überarbeitete. 1896 wurde daraufhin der Vermögensrechts- und 1898 der Familienrechtsteil verkündet (Meiji ZGB). Meiji bezieht sich auf die Meiji-Zeit 1868–1912. *Ie* = Haus/Familie.

² *koshu* = Haushaltsvorstand/Familienoberhaupt.

M. Motozawa (✉)
University of Tsukuba, Tsukuba, Japan
E-Mail: motozawa.miyoko.fe@u.tsukuba.ac.jp

Stellung des Familienoberhaupts und das Familienvermögen ausschließlich an den ältesten Sohn vererbt, und die Ehebeziehung war der Eltern-Kind-Beziehung untergeordnet. So war die Ehe keine persönliche Beziehung zwischen Mann und Frau, sondern vielmehr eine Verbindung zwischen zwei *Ie* und erforderte als solche die Zustimmung der Eltern oder des Familienoberhaupts (§ 772 Abs. 1 altes ZGB von 1890). Folglich war die Eheschließung die Verbindung eines jungen Mannes bzw. einer jungen Frau, die jeweils dem Sorgerecht ihres Vaters unterlagen, mit einem von den Eltern bestimmten Partner. Die Frau verließ dabei ihr Elternhaus bzw. ihre Familie und trat in das *Ie* des Ehemannes ein, was mit dem Begriff *Yome-iri* („die Ehefrau/Schwiegertochter tritt in das *Ie* ein“) bezeichnet wurde. Sie führte von da an den Familiennamen des Mannes und wurde in das Familienregister seines *ie* eingetragen.³

Infolgedessen waren auch die Kinder, die die Ehefrau – *Yome* – zur Welt brachte, Kinder des *ie* des Mannes. Die Frau war verpflichtet, die Kinder unter Aufsicht ihres Ehemannes und ihrer Schwiegereltern gemäß den Bräuchen der Familie des Ehemanns aufzuziehen, hatte jedoch kein Sorgerecht für die Kinder. Dieses oblag alleine dem Ehemann. Darüber hinaus war die Ehefrau, die aus ihrem *Ie* ausgetreten und Mitglied des *Ie* des Ehemannes geworden war, gezwungen, den Eltern ihres Mannes – also ihren Schwiegereltern – zu dienen. Es galt als selbstverständlich, dass sich die Ehefrau des ältesten Sohnes um ihre Schwiegereltern kümmerte und sie pflegte. Somit war es einer Tochter, nachdem sie einmal geheiratet hatte und damit in eine andere Familie eingetreten war, nicht gestattet, nach eigenem Belieben ihre Eltern zu besuchen oder zu pflegen. Rechtlich betrachtet war dies eine logische Konsequenz, da sie nach der Heirat einem anderen *Ie* – dem *Ie* ihres Mannes – angehörte.

1.2 Reform des ZGB und die Familie nach dem Zweiten Weltkrieg

Nach Ende des Zweiten Weltkriegs wurde das *Ie*-System von der amerikanischen Besatzungsmacht abgeschafft und 1946 die „Verfassung des Staates Japan“ erlassen. Sie trat 1947 in Kraft. Die Verfassung proklamiert die Würde des

³Das ZGB schrieb fest, dass die Ehefrau mit der Heirat ihre Geschäftsfähigkeit verliert (§ 14–18 altes ZGB). Damit wurde ihr eine untergeordnete Stellung zugewiesen, und es war ihr ungeachtet ihres Alters oder ihrer Begabungen ohne Erlaubnis des Ehemannes nicht möglich, Rechtsgeschäfte, wie z. B. Vertragsabschlüsse, zu tätigen.

Einzelnen und die grundsätzliche Gleichstellung der Geschlechter als Gebot für das Familienleben (Artikel 24).

Entsprechend diesem Grundsatz wurden das vierte Buch (Ehe- und Eltern-Kind-Beziehungen (Familienrecht) und das fünfte Buch (Erbrecht) des ZGB vollständig überarbeitet. Konkret wurde dabei Folgendes festgelegt: (1) die Eheschließung kommt im gegenseitigen Einvernehmen von Mann und Frau und durch Anzeige bei der zuständigen Behörde zustande (§ 739, § 742 ZGB), (2) die Ehepartner sind in der Ehe gleichgestellt (§ 752 ZGB), (3) in die Ehe hineingeborene Kinder gelten als Kinder beider Ehepartner, und beide Elternteile haben gemeinsam das Sorgerecht für die Kinder (§ 818 ZGB), (4) Verwandte in gerader Linie und Geschwister sind gegenseitig unterhaltspflichtig, Verwandte dritten Grades – einschließlich der *Yome* – sind dies jedoch nur, wenn ein Familiengericht die Unterhaltspflicht aufgrund besonderer Umstände anerkennt (§ 877 ZGB).

Allerdings schreibt das Gesetz vor, dass sich die Eheleute bei der Eheschließung auf einen gemeinsamen Familiennamen – entweder den des Mannes oder den der Frau – einigen müssen (§ 750 ZGB). Voraussetzung für das Zustandekommen einer Ehe ist die Anzeige der Eheschließung. Da auf dem entsprechenden Formular der künftige Familienname eingetragen werden muss, ist das Paar also gezwungen, sich für einen der beiden Familiennamen zu entscheiden. Einigt man sich nicht auf einen der beiden Namen, ist eine Eheschließung nicht möglich.

Im ZGB-Reformentwurf von 1996 wurde zwar die wahlweise getrennte Namensführung von Eheleuten vorgeschlagen, ein entsprechender Gesetzentwurf wurde jedoch bis heute nicht im Parlament eingebracht. Infolgedessen entscheiden sich nach wie vor 96 % der Paare bei der Eheschließung für den Familiennamen des Mannes. Dies zeigt, dass die japanische Gesellschaft bis in die Gegenwart hinein in nicht unerheblichem Maße im Eheverständnis und den *ie*-Traditionen der Meiji-Zeit (1868–1912) verhaftet geblieben ist.

2 Historische Entwicklung der sozialen Sicherungssysteme und die Altenpflege

2.1 Das *ie*-System und die soziale Sicherung

Unter dem *ie*-System der Meiji-Zeit (1868–1912) verfügte allein der Haushaltsvorstand (*Koshu*) über das Familienvermögen und die Entscheidungsbefugnis über Angelegenheiten des *ie*. Im Gegenzug war er allerdings verpflichtet, das

Leben der *ie*-Mitglieder zu sichern. Aus diesem Grund ist in der japanischen Gesellschaft bis heute die Einstellung tief verwurzelt, dass die Familie helfen muss, wenn ein Familienmitglied in Schwierigkeiten gerät, selbst wenn die Familie sich dafür selbst opfern muss. Es galt als Schande, den Staat oder die Gesellschaft um Hilfe zu bitten.

Diese Denkweise, die eine auf dem *Ie*-System basierende private Unterhalts-sorge priorisierte, lag auch der Armenhilfieverordnung (*Jukkyū kisoku*) von 1874 zugrunde. Auch wenn darin erstmals eine staatliche Hilfe in Japan verankert wurde, bestand diese lediglich aus einer öffentlichen Hilfe als „gnädige Gabe“ des *Tennō* (Kaiser) oder der Regierung an Arme, die keiner Familie angehörten. Das Versorgungsgesetz (*Kyūgo hō*) von 1929 erweiterte den Personenkreis der Leistungsberechtigten im Vergleich zur Armenhilfieverordnung erheblich. Allerdings wurde ein allgemeines – nicht auf einen bestimmten Personenkreis beschränktes – Fürsorgeprinzip ausgeschlossen und da nach Auslegung der Regierung auch kein Recht der Versorgungsbedürftigen auf Unterstützung bestand, konnten die Betroffenen die Hilfe lediglich als „Reflexvorteil“ der öffentlichen Versorgungspflicht erhalten (Ogawa, 2007), die nur für einen begrenzten Personenkreis wie z. B. über 65-jährige Notleidende oder Schwangere galt.

Das *ie*-System wurde im Zuge der ZGB-Reform nach dem Zweiten Weltkrieg zwar abgeschafft, in der japanischen Gesellschaft finden sich jedoch bis heute Residuen des Systems, die ihre Schatten auch auf den Erlass und die Anwendung der relevanten Gesetze zur sozialen Sicherung geworfen haben. Auch heute noch ist daher in der japanischen Gesellschaft die Einstellung tief verwurzelt, dass falls ein Familienmitglied in eine finanzielle Notlage gerät oder im Alltagsleben Schwierigkeiten hat, zuerst innerhalb der Familie eine Lösung gesucht werden sollte.⁴

⁴Im Frühjahr 2012 berichtete eine Frauenzeitschrift darüber, dass die Mutter eines bekannten – gut verdienenden – Komikers Sozialhilfe bezog. Der Fall schlug so starke Wogen, dass der Komiker schließlich eine Pressekonferenz einberief. Unmittelbar nach diesem Vorfall wurde im Parlament ein Gesetzentwurf für eine Reform der sozialen Sicherungssysteme eingebracht, die im Sommer desselben Jahres verabschiedet wurde. Im Anhang wurden die Optimierung der Sozialhilfe und die Beschäftigungsförderung festgeschrieben. 2014 wurde das Gesetz zur Teilreform des Sozialhilfegesetzes verabschiedet.

2.2 Die Nachkriegsverfassung und das Sozialrecht

Soziale Sicherungssysteme wurden in Japan erst nach dem Zweiten Weltkrieg eingerichtet. Den Anfang machte das (alte) Sozialfürsorgegesetz (*Kyū seikatsu hogo hō*) von 1946, das als Sofortmaßnahme gegen die Notlage der Bevölkerung nach dem Krieg erlassen wurde. Das Kinderfürsorgegesetz (*Jidō fukushi hō*) von 1947 und das Behindertenwohlfahrtsgesetz (*Shintai shōgaisha fukushi hō*) von 1949 adressierten die Belange von Kriegswaisen bzw. Menschen mit körperlichen Behinderungen.

Ausgehend von dem in Artikel 25 der Verfassung garantierten Recht auf ein menschenwürdiges Dasein wurde 1950 das heute geltende Sozialhilfegesetz (*Seikatsu hogo hō*) erlassen. Um ein lückenloses Versicherungsnetz und eine Rente für Alle zu verwirklichen, wurde 1958 das ‚Gesetz über die Volksversicherung‘ (*Kokumin kenkō hoken hō*) vollständig novelliert und 1959 das ‚Gesetz über die Volksrente‘ (*Kokumin nenkin hō*) verabschiedet. In den 1960er Jahren wurden vor dem Hintergrund steigender Steuereinnahmen durch das hohe Wirtschaftswachstum nacheinander das Altenwohlfahrtsgesetz (1963) (*Rōjin fukushi hō*) und das Gesetz zur Wohlfahrt alleinerziehender Mütter (1964) (*Boshi fukushi hō*) erlassen. Die Ölkrise Mitte der 1970er Jahre führte zu einer Verlangsamung des Wirtschaftswachstums, was auch die weitere Entwicklung der sozialen Sicherungssysteme beeinflusste. Um die finanzielle Belastung des Staates bei der sozialen Sicherung zu mildern, appellierte man an die Bemühungen und die Verantwortung des Einzelnen sowie der Familien und postulierte einen „Japanischen Wohlfahrtsstaat“ auf Grundlage der Drei-Generationen-Familie, die zu diesem Zeitpunkt bereits begonnen hatte, sich aufzulösen.

1982 wurde das ‚Gesetz zur Krankenpflege und medizinischen Versorgung für ältere Menschen‘ (*Rōjin hoken hō*) verabschiedet, um der rasch voranschreitenden Alterung der Gesellschaft zu begegnen. 1985 erfolgte eine grundlegende Revision des ‚Gesetzes über die Volksrente‘ (*Kokumin nenkin hō*) und die Basisrente wurde eingeführt. Es folgte 1990 eine Überarbeitung der acht Wohlfahrtsgesetze und 1995 der Erlass des ‚Basisgesetzes für den Umgang mit der Altersgesellschaft‘. Bei diesen sozialpolitischen Ansätzen handelte es sich im Wesentlichen um begrenzte Maßnahmen für arme Menschen ohne Angehörige, die auf den gesellschaftlichen Konventionen der Vorkriegszeit beruhten. Dabei verstand man unter Fürsorge die Schaffung von stationären Einrichtungen für diesen begrenzten Personenkreis.

Da jedoch der nötige Ausbau der Infrastruktur zur Deckung des infolge der raschen Überalterung wachsenden Pflegebedarfs nicht hinterherkam, stieg die

Zahl der Fehlbelegungen („soziale Hospitalisierung“). Pflegebedürftige alte Menschen, die sich nicht mehr alleine in ihrer Wohnung versorgen konnten, wurden ins Krankenhaus eingewiesen, um sie dort versorgen zu lassen, obwohl eine stationäre Unterbringung nicht unbedingt erforderlich gewesen wäre. Verstärkt wurde dieser Trend zu Fehlbelegungen noch durch die erwähnte tief verwurzelte gesellschaftliche Tradition, nach der die Familie – insbesondere die Ehefrau des ältesten Sohnes (*Yome*) – für die Pflege der älteren Familienmitglieder zuständig war. Dies resultierte in einer nicht unbeträchtlichen Zahl von Fällen, in denen Familien das Krankenhaus als „Deckmantel“ nutzten, weil sie fürchteten, die Inanspruchnahme von Altenhilfediensten würde als Pflegeverweigerung ausgelegt werden.

Dies lief nicht nur dem Wunsch der älteren Menschen selbst zuwider, ihren Lebensabend friedlich in ihrer vertrauten lokalen Umgebung zu verbringen, sondern entwickelte sich zunehmend zu einem Problem, das die Kosten für die medizinische Versorgung der älteren Menschen in die Höhe trieb. Um dieser Situation zu begegnen, wurde das ‚System für die Krankenpflege und die medizinische Versorgung älterer Menschen‘ abgeschafft, das als Ursache für die soziale Hospitalisierung pflegebedürftiger älterer Menschen galt. Parallel dazu wurde das steuerfinanzierte und nur einem begrenzten Personenkreis zugängliche Altenfürsorgesystem grundlegend reformiert.

Ende 1997 wurde schließlich in Abstimmung mit dem Gesundheitsversorgungssystem das Pflegeversicherungsgesetz (*Kaigo hoken hō*, im Folgenden „PVG“) verabschiedet und am 1. April 2000 in Kraft gesetzt. Ziel war es, sich die Dynamik des Privatsektors für einen raschen Ausbau des Langzeitpflegemarkts zunutze zu machen (Motozawa, 1996).

3 Japans Pflegeversicherung und Bestandsaufnahme der Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen

3.1 Die japanische Pflegeversicherung

Bei ihrer Einführung wurde die japanische Pflegeversicherung nach dem Vorbild der deutschen Pflegeversicherung propagiert. Im Gegensatz zum deutschen System, in dem alle Generationen leistungsberechtigt sind, liegt der Fokus in

Japan auf dem Personenkreis der älteren Menschen ab 65 Jahren.⁵ Die notwendigen Leistungen werden in Form von Gesundheits- und sozialen Diensten für Personen gewährt, die infolge von Krankheiten etc. bedingt durch alters-typische psychische oder physische Veränderungen pflegebedürftig geworden sind und daher Unterstützung (z. B. beim Baden, Ausscheidungen, Nahrungsaufnahme), Funktionstraining, Krankenpflege oder sonstige medizinische Versorgung benötigen (§ 1 PVG).

Die Versicherten unterteilen sich in zwei Gruppen: Versicherte der Kategorie I sind alle Personen ab 65 Jahre, deren Wohnsitz im Zuständigkeitsgebiet einer Kommune liegt (§ 9 Nr. 1 PVG). Versicherte der Kategorie II sind Versicherte der Krankenversicherungen im Alter von 40 bis einschließlich 64 Jahren (§ 9 Nr. 2 PVG). Versicherte der Kategorie I können Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen, wenn sie als hilfe- oder pflegebedürftig anerkannt wurden (§ 7 Abs. 3 Nr. 1, Abs. 4 Nr. 1 PVG). Demgegenüber werden Versicherten der Kategorie II nur Leistungen gewährt, wenn die Hilfe- bzw. Pflegebedürftigkeit durch spezifische Krankheiten bedingt ist (§ 7 Abs. 3 Nr. 2, Abs. 4 Nr. 2 PVG) (Abb. 1).

3.2 Arten und Inhalte der Versicherungsleistungen

Wurde ein Hilfe- oder Pflegebedarf festgestellt, beauftragt der Versicherte im Fall der häuslichen Pflege ein „lokales integriertes Unterstützungszentrum“ (*Chiiki hōkatsu shien sentā*) (§ 115–46 PVG) oder einen anerkannten Leistungserbringer für häusliche Pflege (*Shitei kyojū kaigo shien jigyōsha*) (§ 79 PVG) mit der Erstellung eines Pflege-Präventionsplans bzw. eines Pflegeplans für die häusliche Pflege. Daraufhin besucht ein bzw. eine Care-Manager:in des beauftragten Unterstützungszentrums bzw. des Leistungserbringers die hilfe-/pflegebedürftige Person, verschafft sich einen Gesamtüberblick über die Situation und die Wünsche des Betroffenen und seiner Familie sowie die Familien- und die Wohnungssituation etc. und erstellt einen Pflegeplan, in dem die Arten und die Inhalte der Dienstleistungen festgelegt werden. Auf Grundlage des Pflegeplans wird dann ein Vertrag zwischen dem Betroffenen und dem von ihm bestimmten Leistungserbringer über die häuslichen Hilfe-/Pflege- oder Präventionsleistungen

⁵Auf die Unterschiede zur deutschen Pflegeversicherung wurde bereits im Rahmen eines Vergleichs mit der Diskussion bei der Einführung der japanischen Pflegeversicherung sowie den eingeführten Instrumenten im Detail eingegangen (siehe dazu auch Motozawa, 1996).

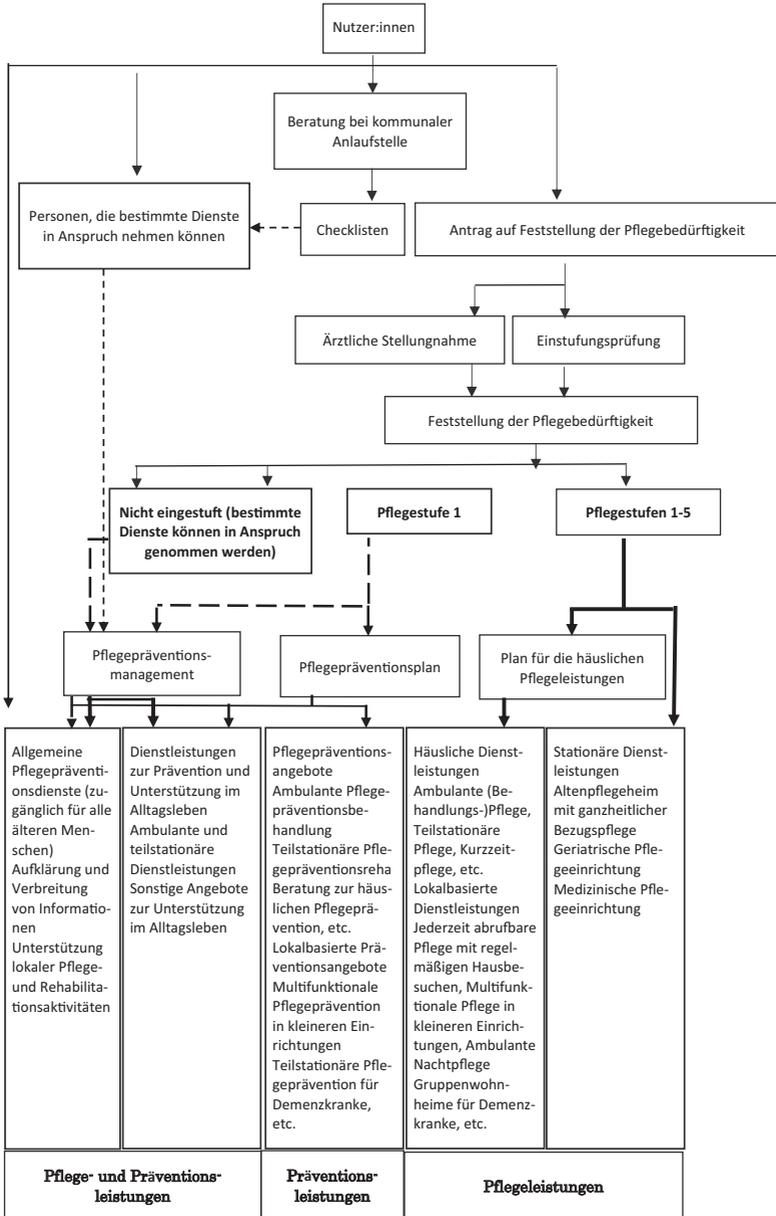


Abb. 1 Inanspruchnahme von Leistungen der PVG

geschlossen⁶. Im Fall von stationärer Pflege erstellt der bzw. die Care-Manager:in der jeweiligen Einrichtung den Pflegeplan in Anlehnung an den stationären Versorgungsvertrag zwischen der pflegebedürftigen Person und der Einrichtung (Abb. 1).

Die Arten der Versicherungsleistungen (§ 18 PVG) umfassen Pflegeleistungen wie stationäre, häusliche und gemeinschaftsnahe Dienste für Pflegebedürftige (§ 40 PVG), Präventionsleistungen für Hilfebedürftige wie Präventionsdienste und gemeinschaftsnahe Pflegepräventionsdienste (§ 52 PVG) sowie Sonderleistungen der Kommunen (§ 62 PVG).⁷ Letztere sind als Versicherungsleistungen in Verordnungen geregelt und sollen dazu beitragen, die Hilfe- bzw. Pflegebedürftigkeit zu mindern bzw. einer Verschlechterung vorzubeugen.

Seit der Gesetzesreform von 2011 führen die Kommunen im Rahmen lokaler Programme umfassende Maßnahmen zur Pflegeprävention und Unterstützung im Alltagsleben (*Sōgō jigyō*) durch. Diese fördern die Pflegeprävention vor Eintritt einer Hilfe- oder Pflegebedürftigkeit und zielen darauf ab, eine umfassende und dauerhafte Managementfunktion in der lokalen Gemeinschaft zu stärken (§ 115–45 PVG). Eine zentrale Rolle kommt dabei den lokalen Unterstützungszentren sowie den lokalen Pflegekonferenzen (*Chiiki kea kaigi*) zu (§ 115–48 PVG). Ferner können die Kommunen freiwillige Programme auflegen, z. B. Programme zur Unterstützung derjenigen, die pflegebedürftige Versicherte pflegen oder Programme zur Optimierung der Pflegeleistungsausgaben o.a. (§ 115–49).

Die Erweiterung des Personenkreises auf Hilfebedürftige und die Aufnahme von Präventionsleistungen in den Leistungskatalog im Rahmen der Gesetzesreform von 2005 erhöhte nicht nur den finanziellen Druck auf die Pflegeversicherung. Die darauffolgenden wiederholten Gesetzesreformen haben darüber hinaus auch die Arten und Inhalte der Versicherungsleistungen weiter verkompliziert. Das hat zur Folge, dass nicht nur die Nutzer:innen der Pflegeleistungen, also Hilfe- und Pflegebedürftige und deren Familien, sondern sogar

⁶Nutzer:innen der Dienste sind Personen, die Hilfe im Alltagsleben benötigen. Da es auch Fälle gibt, in denen der Betreffende aufgrund einer Demenzerkrankung nicht geschäftsfähig ist und folglich keine Verträge abschließen kann, ist es wichtig, für den Rechtsschutz des Nutzers das Vormundschaftssystem gemäß ZGB oder die Unterstützung der sozialen Wohlfahrtskommission (*Council for Social Welfare*) zur Selbstständigkeit im Alltag zu nutzen.

⁷Es gibt Beispiele von Kommunen, die per Verordnung regeln, dass pflegende Angehörige Leistungen in Form von Pflegeartikeln etc. erhalten. Diese Form der Unterstützung ist jedoch nicht allgemein verbreitet.

die Care-Manager:innen inzwischen Schwierigkeiten haben, den Überblick über die diversen Leistungen der Pflegeversicherung zu behalten.

Auf die Forderung von Pflegediensten und -einrichtungen hin wurde u. a. die Pflegevergütung bei Verbesserung des Zustands der pflegebedürftigen Person revidiert⁸, wodurch das Pflegeversicherungssystem noch komplizierter geworden ist. Obgleich es sich um eine Sozialversicherung handelt, wird die Pflegeversicherung sowohl durch Versicherungsbeiträge als auch durch Steuermittel finanziert. Das hat dazu geführt, dass Präventionsangebote und die sogenannten Maßnahmen, um älteren Menschen einen Lebenszweck zu geben (*Ikigai jigyō*), die eigentlich nicht als Sozialversicherungsleistung gedacht waren, sondern separat in den Gebietskörperschaften durchgeführt werden sollen, inzwischen Teil des Leistungskatalogs der Pflegeversicherung sind.

3.3 Inanspruchnahme der Versicherungsleistungen

Im Geschäftsjahr 2000, dem Einführungsjahr der Pflegeversicherung, belief sich die Zahl der Versicherten der Kategorie I auf 22,42 Mio., von denen 2,56 Mio. (11 %) als pflege- oder hilfebedürftig eingestuft waren. Durchschnittlich erhielten monatlich 1,84 Mio. Menschen Pflege- bzw. Unterstützungsleistungen, davon 1,24 Mio. in Form von häuslicher und 600.000 in Form von stationärer Pflege. Im Geschäftsjahr 2018 gehörten 35,25 Mio. Personen der Versichertengruppe I an, von denen 6,58 Mio. (18,3 %) pflege- bzw. hilfebedürftig waren. 3,74 Mio. Menschen bezogen häusliche Pflegeleistungen, 860.000 Personen gemeinschaftsnahe Dienstleistungen und 940.000 Menschen stationäre Pflegeleistungen (MHLW, 2018a).⁹ Insbesondere bei den häuslichen Pflegeleistungen ist also ein drastischer Anstieg festzustellen.

⁸ Eine Besserung des Zustands, die z. B. zur Einstufung in eine niedrigere Pflegestufe führt, hat sinkende Pflegeeinnahmen des Pflegedienstes zur Folge. Aus diesem Grund können die Pflegedienste nun bei einer Zustandsbesserung einen Zuschlag auf die normale Pflegevergütung erheben.

⁹ Die gemeinschaftsnahen (community-based) Dienstleistungen waren Bestandteil der Gesetzesreform von 2005 und wurden im Geschäftsjahr 2006 als Dienste eingeführt, die im begrenzten Gebiet der Kommune (Versicherer) angeboten werden. Mit der Gesetzesnovelle von 2015 wurden die Wohngruppen (*group homes*), die ursprünglich zu den häuslichen Leistungen zählten, ab dem Geschäftsjahr 2016 als gemeinschaftsnahe Dienstleistungen eingestuft.

Ein Blick auf den Anteil der durchschnittlichen monatlichen Kosten für die jeweiligen Dienstleistungen an den Gesamtkosten, zeigt, dass im Geschäftsjahr 2000 (nur) 33,9 % auf häusliche Leistungen entfielen, während der Anteil der stationären Dienstleistungen mit 66,1 % extrem hoch war. Im Geschäftsjahr 2018 betrug der Anteil der häuslichen Leistungen 49,9 %, 17,1 % entfielen auf gemeinschaftsnahe Leistungen und 33,1 % auf stationäre Pflegeleistungen (MHLW, 2018a). Um den Anstieg der Leistungsausgaben der Pflegeversicherung einzudämmen, dürfte sich die Verlagerung von stationärer hin zu häuslicher Versorgung künftig weiter beschleunigen. Aus diesem Grund propagiert das Ministerium für Gesundheit, Arbeit und Wohlfahrt den Aufbau eines Comprehensive Community-based Care Systems und den Ausbau von Einrichtungen, die umfassende Pflegedienste anbieten.¹⁰

4 Wandel der Familienbeziehungen und Situation der Pflege in der Familie

4.1 Rapide Alterung der Gesellschaft und Wandel der Familienbeziehungen in Japan

Als die Diskussion über die Pflegeversicherung Mitte der 1990er Jahre begann, lag der Altenquotient (Anteil der Personen im Alter von 65 Jahren oder älter an der Gesamtbevölkerung) bei etwa 15 %. Im Jahr 2000, als die Pflegeversicherung eingeführt wurde, war der Anteil auf 17,4 % gestiegen. 2015 erreichte er 26,6 %. Einer Schätzung des Nationalen Instituts für Bevölkerungs- und Sozialversicherungsforschung von 2017 (IPSS, 2017) zufolge wird der Altenquotient bis 2065 auf 38,4 % steigen und die Zahl der über 65-Jährigen 2042 mit 39,35 Mio. ihren Höchststand erreichen. Eine weitere Schätzung des Instituts aus dem Jahr 2018 (IPSS, 2018) rechnet für den Zeitraum von 2015 bis 2040 mit einem Anstieg des Anteils der Einpersonenhaushalte von 34,5 % auf 39,3 % und der Ehepaar-Haushalte von 20,2 % auf 21,1 %.

Im Zuge der fortschreitenden Alterung der Gesellschaft wird der Anteil der Haushalte, deren Haushaltsvorstand 65 bis 74 Jahre alt ist im o.g. Zeitraum von 36,0 % auf 44,2 % und der Anteil der Haushalte mit einem über 75-jährigen Haushaltsvorstand von 46,3 % auf 54,3 % ansteigen. Laut dem Weißbuch zu

¹⁰ Siehe dazu die Erläuterungen von Gerd Naegele in diesem Buch.

Gesundheit, Arbeit und Wohlfahrt von 2020 waren 14,8 % der Haushalte mit Personen im Alter von 65 Jahren und älter im Jahr 1989 Einpersonenhaushalte, 20,9 % Ehepaar-Haushalte und sogar 40,7 % Drei-Generationen-Haushalte. 2019 war der Anteil der Einpersonenhaushalte auf 28,8 % und der der Ehepaar-Haushalte auf 32,3 % gestiegen, während die Drei-Generationen-Haushalte drastisch auf 9,4 % zurückgegangen waren (MHLW, 2020). Hinzu kommt, dass immer weniger alleinstehende ältere Menschen sich für ihre künftige Pflege an ihre Kinder wenden wollen, immer mehr wollen stattdessen sogenannte „home helper“ beauftragen.¹¹

In Anbetracht der Tatsache, dass die Zahl der älteren Haushalte und der alleinstehenden älteren Menschen zunimmt, bedeutet häusliche Pflege nicht mehr unbedingt nur Pflege durch im gleichen Haushalt lebende Angehörige. Häusliche Pflege bedeutet auch, dass alleinstehende Senior:innen oder alte Menschen, die andere alte Menschen pflegen, häusliche Leistungen in Anspruch nehmen können, gleichzeitig aber auch durch die lokale Gemeinschaft unterstützt werden müssen. Dazu genügt es nicht, pflegende Angehörige aus demselben Haushalt zu unterstützen, sondern es gilt, auch die von Angehörigen, die nicht mit dem Pflegebedürftigen unter einem Dach leben, sowie die von Freund:innen, Bekannten oder Nachbarn erbrachte Pflege gesellschaftlich angemessen zu würdigen. Hierzu müssen lokale Gemeinschaften geschaffen werden, die gegenseitige Hilfe und Unterstützung bieten. Zu diesem Zweck wurde im Rahmen einer Teilreform der ‚Wohlfahrtsgesetze für die Verwirklichung einer inklusiven Gemeinschaft‘ 2020 ein integriertes Beratungs- und Unterstützungssystem eingeführt, von allen hilfebedürftigen Gruppen – Kindern, Behinderten, Senioren oder Personen ohne ausreichendem Einkommen – in Anspruch genommen werden kann.

4.2 Gegenwärtige Situation und Herausforderungen der Altenpflege

Der am 17. Juli 2020 veröffentlichte „Überblick über die umfassende Erhebung zu Lebensbedingungen 2019“ (*Comprehensive Survey of Living Conditions 2019*) des Ministeriums für Gesundheit, Arbeit und Wohlfahrt zeigt, dass mehr als die

¹¹ Als home helper werden Japan ambulante Pflegekräfte bezeichnet. 2012 wollten 56.3 % der Betroffenen ihre Kinder und 58.3 % home helper mit der Pflege betrauen (MHLW, 2020). Es ist davon auszugehen, dass einhergehend mit der steigenden Zahl der Haushalte von alleinlebenden älteren Personen der Anteil der Personen, die sich für einen home helper entscheiden, weiter zunehmen wird.

Hälfte der zu Hause lebenden pflegebedürftigen Menschen ab 65 Jahren von Personen gepflegt werden, die ebenfalls 65 Jahre oder älter sind („Alte pflegen Alte“). Die Pflege wird in den meisten Fällen von Personen erbracht, die mit den Pflegebedürftigen zusammenleben (54,4 %), gefolgt von nicht im selben Haushalt lebenden Angehörigen etc. (13,6 %) und Pflegediensten (12,1 %). Pflegepersonen, die mit den Pflegebedürftigen zusammenwohnen, sind in der Regel Ehepartner:innen (23,8 %), Kinder (20,7 %) oder Ehepartner:innen der Kinder (7,5 %). Nach Geschlecht betrachtet sind 35 % der im selben Haushalt wohnenden Pflegepersonen Männer und 65 % Frauen, wobei der Anteil der Altersgruppe der 60–69-Jährigen mit 28,5 % bei den Männern und 31,8 % bei den Frauen am höchsten ist. Ein Blick auf den zeitlichen Pflegeaufwand der mit den Pflegebedürftigen zusammenwohnenden Pflegepersonen nach Pflegestufen zeigt, dass ab Pflegestufe 3 die Pflege in den meisten Fällen fast den ganzen Tag in Anspruch nimmt. Die mitwohnenden Personen, die diese zeitintensive Pflege erbringen, sind in ca. 30 % der Fälle Männer und in etwa 70 % der Fälle Frauen. Nach Verwandtschaftsgrad gegliedert waren die Pflegepersonen in 40,9 % der Fälle die Ehefrauen, in 19,8 % der Fälle die Töchter und in 14 % der Fälle die Ehemänner der zu pflegenden Personen (MHLW, 2019).

Die Zahlen veranschaulichen, dass viele der mit den Pflegebedürftigen zusammenlebenden pflegenden Angehörigen Frauen sind. Laut den Ergebnissen der „Studie über die Umsetzung der Maßnahmen auf Grundlage des ‚Gesetzes zur Vermeidung der Misshandlung älterer Menschen und zur Unterstützung von Pflegepersonen älterer Menschen und anderen damit zusammenhängenden Angelegenheiten““ (*Act on the Prevention of Elder Abuse, Support for Caregivers of Elderly Persons and Other Related Matters*) von 2018 waren 28,4 % der insgesamt 34.867 Personen, die sich wegen Misshandlungsfällen älterer Menschen durch Pflegepersonen wie z. B. Familienangehörige, an Beratungsstellen wandten oder entsprechende Hinweise gaben, Care-Manager:innen, gefolgt von der Polizei mit 24,7 % und Familienmitgliedern bzw. Verwandten mit 8,4 % (MHLW, 2018b).

Dies kann als Indiz dafür gesehen werden, dass Care-Manager:innen, die im Rahmen der Pflegeversicherung in die häusliche Pflege einbezogen sind, einen wichtigen Beitrag zur Aufdeckung von Misshandlungen älterer Menschen in der Familie leisten und weist darüber hinaus darauf hin, dass sich das Pflegeversicherungssystem in der japanischen Gesellschaft etabliert hat. Den Ergebnissen der Studie zufolge waren die häufigsten Anlässe für die Misshandlung älterer Menschen durch pflegende Personen "Erschöpfung und Pflegestress" (25,4 %) sowie "Behinderung/Krankheit" der misshandelnden Person (18,2 %) (Mehrfachantworten waren möglich). Konkret handelte es sich in den meisten

Fällen um „körperliche Misshandlungen“ (67,8 %), gefolgt von „psychischen Misshandlungen“ (39,5 %), „Vernachlässigung der Pflege“ (19,9 %) und „finanzieller Misshandlung“ (17,6 %; Mehrfachantworten möglich; jew. MHLW (2018b)). In den meisten Fällen bestand der betroffene Haushalt ausschließlich aus der pflegebedürftigen und der misshandelnden Person (9.001 Personen, 50,9 %), 6.306 (35,7 %) der Betroffenen lebten mit ihren unverheirateten Kindern zusammen, 3.941 Personen (22,3 %) lebten in einem „Ehepaar-Haushalt“. Betrachtet nach dem Verwandtschaftsverhältnis aus Sicht der misshandelten älteren Personen, waren die Misshandelnden in 7.472 Fällen (39,9 %) Söhne, in 4.047 Fällen (21,6 %) Ehemänner und in 3.316 Fällen (17,7 %) Töchter. Die meisten Täter waren also Männer (MHLW, 2018b).

Angesichts dieser Ergebnisse und der Tatsache, dass die pflegenden Angehörigen überwiegend Frauen sind, sollte bei den Überlegungen zur Unterstützung der pflegenden Angehörigen konkret darüber nachgedacht werden, wie z. B. männliche Pflegepersonen über Beratungsangebote und seelische Unterstützung informiert werden können und wie Pflegeversicherungsdienste besser genutzt werden können.

5 Japans Pflegeversicherung und die Möglichkeiten der Unterstützung für pflegende Angehörige

5.1 Möglichkeiten der Unterstützung für pflegende Angehörige durch die Einführung von Geldleistungen

Bei der Einführung der Pflegeversicherung in Japan wurde zunächst einmal darauf verzichtet, Geldleistungen in den Leistungskatalog der Pflegeversicherung aufzunehmen. Dies war auf eine einseitige Kritik von Frauen zurückzuführen, die aufgrund unzureichender Erklärungen und entsprechend mangelndem Verständnis befürchteten, dass Geldleistungen dazu führen könnten, dass die Altenpflege der *yome* aufgebürdet würde (Motozawa, 1996). Gleichwohl waren berufstätige Frauen den Geldleistungen gegenüber positiver eingestellt, da diese die Einkommensverluste hätten ausgleichen können, die sie durch das pflegebedingte Ausscheiden aus dem Arbeitsleben erlitten. Die japanische Regierung strebte einen kurzfristigen Ausbau des Marktes für häusliche Pflege an und entschied deshalb, Geldleistungen, die die Expansion des Pflegemarktes behindern könnten, zu meiden und sich auf Leistungen zu beschränken, die direkt an die Pflegedienstleistungen („Sachleistungen“) gebunden waren.

Es stellt sich die Frage, ob es angesichts der Tatsache, dass die Pflegeversicherung in Japan inzwischen fest etabliert ist und man sich wenig Sorgen bezüglich der eben genannten Befürchtungen machen muss, nicht angebracht wäre, die Bedeutung von Geldleistungen unter dem Gesichtspunkt der Unterstützung von pflegenden Angehörigen nochmals zu überdenken. Man kann sich unschwer vorstellen, dass eine leicht zugängliche wie verständliche Geldleistung – im Gegensatz zu den inzwischen viel zu komplizierten häuslichen und Präventionsdiensten – die Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen durch hilfe- und pflegebedürftige ältere Menschen fördern und damit dazu beitragen könnte, Pflegebedürftige aus armen, oft informationsfernen Bevölkerungsschichten gezielter zu erreichen. Durch die Verknüpfung von Geldleistungen mit regelmäßigen Besuchen und Beratungen durch einen bzw. eine Care-Manager:in, wie es in Deutschland praktiziert wird, sowie Pflegeschulungen könnte pflegenden Angehörigen korrektes pflegerisches Wissen und Techniken besser vermittelt und dadurch Misshandlungen älterer Menschen vorgebeugt werden.

5.2 Gesellschaftliche Würdigung der Pflegearbeit von Familienangehörigen

Ein denkbarer Ansatz wäre es, die von Angehörigen erbrachte Pflege als soziale Arbeit zu werten und die Versicherungsbeiträge der Arbeitnehmerrente – bezogen auf den Pflegegrad der pflegebedürftigen Person und die wöchentlich erbrachten Pflegezeiten – aus der Pflegeversicherung zu zahlen. Es sollte nicht allzu schwierig sein, – in Anlehnung an die Zahlung der Rentenversicherungsbeiträge aus der Pflegeversicherung in Deutschland – eine Übersicht über die Versicherungsbeiträge zu erstellen, die den Pflegegrad des Pflegebedürftigen, die von den pflegenden Angehörigen u. a. erbrachten Stunden für Pflege und Unterstützung im Alltagsleben sowie die Inanspruchnahme der Pflegeversicherungsdienste berücksichtigen. Die angemessene Würdigung von Kindererziehung und Pflege in der Sozialversicherung als eine gesellschaftlich wertvolle Arbeit beruht auf einer völlig anderen Denkweise als der (japanische) Ansatz, der „Versicherten der Kategorie III der Volksrentenversicherung“, der lediglich den Status der betreffenden Person als unterhaltsberechtigten Ehepartner wertet. Sollte nicht dafür gesorgt werden, dass das Ausscheiden aus dem Beruf wegen Kindererziehung oder Pflege nicht bloß als etwas Negatives aufgefasst wird? Sollte nicht eher darüber nachgedacht werden, Menschen, die sich für diesen Schritt entschieden haben, nicht unnötig zu benachteiligen, sondern Ihnen Optionen bereitzustellen, um unterschiedliche Lebens- und Arbeitsmodelle zu ermöglichen?

Dadurch könnte die Altersrente aufgestockt werden, selbst wenn die Betroffenen aus Pflegegründen aus dem Beruf ausscheiden, den Arbeitsplatz wechseln oder ihre Arbeitszeiten reduzieren mussten.

Die Berufsaufgabe wegen Pflege sollte nicht als Makel verstanden werden. Es ist wichtig, den Betroffenen den Wunsch zu erfüllen, sich selbst um ein pflegebedürftiges Familienmitglied zu kümmern, ohne dass dies zu gesellschaftlichen oder wirtschaftlichen Nachteilen führt. Ebenso wie bei der Kindererziehung gilt es auch bei der Pflege, die Selbstbestimmung zu unterstützen. Die Betroffenen sollten selbst entscheiden können, ob die Familie sich selbst um die pflegebedürftige Person kümmert, ob man die gesellschaftlichen Pflegeangebote maximal nutzt oder ob man familiäre und gesellschaftliche Pflege kombiniert. Infolge des Anstiegs der Zahl älterer Menschen wird der Pflegebedarf in Zukunft weiter steigen. Es ist daher wichtig, den pflegenden Angehörigen Leistungen aus der Arbeitslosenversicherung zu gewähren, damit sie nach Beendigung der Pflege die dabei gewonnenen wertvollen Erfahrungen nutzen und wieder eine Anstellung finden können¹².

6 Diversifizierung des Pflegezeitsystems und flexible Kombination mit den Leistungen der Pflegeversicherung

Um die pflegebedingte Berufsaufgabe abzubauen¹³, wurde das ‚Gesetz über Erziehungs- und Pflegezeiten‘ novelliert. Seit dem 1. Januar 2017 ist es möglich, sich insgesamt bis zu 93 Tage, auf maximal drei Zeiträume verteilt, für die Pflege eines Familienangehörigen von der Arbeit freistellen zu lassen. Gleichzeitig wurde das Pflegezeitgeld auf 67 % des Entgelts vor Beginn der Pflegezeit angehoben. Ferner wurde die Inanspruchnahme einer kurzzeitigen

¹² In den letzten Jahren hat die Zahl der Festangestellten zugenommen, die ihre Stelle aufgeben, u. a. seit 2010 unter dem Einfluss des Anstiegs der Personen, die wegen Alten-/Krankenpflege aus dem Beruf ausscheiden (Ishibashi, 2019). Nur 30 % der Personen, die aus Pflegegründen ihre Stelle aufgegeben haben, kehren nach Beendigung der Pflege wieder in den Beruf zurück. Mit zunehmendem Alter gestaltet sich die Rückkehr in den Beruf schwieriger, und je länger man aus dem Beruf ausgeschieden war, desto häufiger finden die Betroffenen keine feste Wiederanstellung – selbst wenn sie vor der Pflege fest angestellt waren. Daher arbeiten viele nach der Pflegephase vermehrt in atypischen Beschäftigungsverhältnissen (S. 17).

¹³ Für Deutschland siehe den Beitrag von Monika Reichert in diesem Buch.

Auszeit flexibilisiert¹⁴ – statt der Mindesteinheit von einem ganzen Tag wurde es dadurch möglich, sich halbe Tage freistellen zu lassen. Auch eine pflegebedingte Verkürzung der regulären Arbeitszeit kann in den drei Jahren ab Beginn der Inanspruchnahme mehrere Male genutzt werden. Hinsichtlich der Arbeitszeitregelung wurde ein neues System geschaffen, das die Betroffenen in Anspruch nehmen können, um sich für jedes pflegebedürftige Familienmitglied jeweils bis zur Beendigung der Pflege von Überstunden befreien zu lassen. Im Zuge der Gesetzesreform von 2019 (in Kraft seit 1. Januar 2021) wurde die Mindesteinheit für die kurzfristige Auszeit von einem halben Tag auf eine Stunde weiter reduziert. Eine Umfrage bei pflegenden Familienangehörigen und Care-Manager:innen ergab jedoch, dass mehr als 90 % der pflegenden Angehörigen noch nie Pflegezeit in Anspruch genommen hatten und 60 % der Befragten die verschiedenen Systeme, einschließlich der Pflegezeit, nicht kannten. Es gilt also, die Angebote bekannt zu machen und ein Arbeitsumfeld zu schaffen, in dem Mitarbeiter:innen Auszeiten und kürzere Arbeitszeiten in Anspruch nehmen können.

Um zu verhindern, dass Erwerbstätige wegen der Pflege von Familienangehörigen aus dem Berufsleben ausscheiden, sollten nicht nur die Instrumente der kurzfristigen Auszeit und der Pflegezeit ausgebaut werden. Es sollte eine Vielzahl von häuslichen Pflegemodellen aufgezeigt werden, die diese Systeme sinnvoll mit Pflegeleistungen zur Unterstützung pflegender Angehöriger kombinieren.¹⁵ Zu diesem Zweck muss der bzw. die Care-Manager:in Informationen für die pflegenden Angehörigen bereitstellen, und es bedarf unter anderem Informationsmaterialien, die kombinierte Pflegezeit- und Pflegeleistungsmodelle auf leicht verständliche Weise erläutern.¹⁶ Darüber hinaus sollten auch die Unternehmen die Initiative ergreifen und Informationen über die Kombinationsmöglichkeiten von Pflegezeitsystem und Leistungen der Pflegeversicherung anbieten. Parallel dazu sollten umfassende Beratungsstellen auf

¹⁴ Kurzfristige Freistellung von max. 5 Tagen pro Jahr.

¹⁵ Auf dem Deutsch-Japanischen Symposium der Japanisch-Deutschen Zentrums Berlin (JDZB) 2012 stellte der Leiter (Mediziner) der geriatrischen Pflegeeinrichtung "Showa" (Präfektur Saitama) ein Tagespflegeprogramm einschließlich eines Abhol- und Bring-Services vor, das auf die Zeiten der arbeitenden Familienangehörigen abgestimmt war (Meier-Gräwe & Motozawa, 2013).

¹⁶ Das MHLW veröffentlicht auf einer externen Website leicht verständliche Erklärungen und Videos über das System der Pflegezeit: http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/koyoukintou/ryouritsu/kaigo/

Landes- und Kommunalebene eingerichtet werden. Mit dem bereits erwähnten, im Zuge der Teilreform der Wohlfahrtsgesetze 2020 eingeführten umfassenden Beratungs- und Unterstützungssystem versucht man genau dies. Es bleibt abzuwarten, wie die Kommunen das Konzept implementieren.

7 Unterstützungsmodelle für pflegende Familienangehörige in der Präfektur Saitama und der Stadt Kobe

Der 2011 gegründete Verein Carers Japan e. V. fordert angesichts der mangelnden Unterstützung für die Pflegepersonen, dass auch „Carer“ gesellschaftlich anerkannt werden und als Träger der integrierten gemeinschaftsnahen Pflege den ihnen gebührenden Stellenwert erhalten.¹⁷ Die Organisation führt fünf wesentliche Aspekte (Carers Japan, 2016) der Unterstützung für pflegende Angehörige an: (1) Erfassen der Situation der Pflegepersonen, (2) Zusammenspiel von „Menschen, Sachen und Räumen“ für eine funktionierende Unterstützung, (3) Klärung des latenten Pflegebedarfs, (4) Einbeziehung der Pflegenden und (5) Aufnahme der Unterstützung für Pflegepersonen in die politischen Maßnahmen.

Dank der Aktivitäten von „Carers Japan“ sowie der Kooperation des „Saitama NPO Center“¹⁸, der Abteilung für integrierte Pflege der Präfektur Saitama und der Fraktion der Liberaldemokratischen Partei im Präfekturparlament wurde am 31. März 2020 in der Präfektur Saitama landesweit die erste Verordnung zur Unterstützung von Pflegepersonen (*Carer Support Ordinance*) verabschiedet und in Kraft gesetzt. Neben Öffentlichkeitsarbeit und Bereitstellung von Informationen

¹⁷Ein „carer“ unterstützt Angehörige, Freund:innen und andere ihm nahestehende Personen, die aufgrund von Alter, körperlicher oder geistiger Behinderung oder Krankheit Hilfe benötigen, kostenlos bei der Langzeit-/Krankenpflege, der Betreuung im täglichen Leben u. a. Carer unter 18 Jahren werden als „young carer“ bezeichnet (§ 2 *Carer Support Ordinance* (Verordnung zur Unterstützung von Pflegepersonen) der Präfektur Saitama). Mitteilungen der *Carers Japan* Nr.16 (August 2020), S. 1. Das MHLW startete im Dezember 2020 die erste landesweite Studie über die *young carer*; bei der sämtliche schulischen Einrichtungen landesweit befragt werden. (<https://www3.nhk.or.jp/news/html/20201230/k10012790351000.html>).

¹⁸Es werden Salons und Cafés für Pflegepersonen betrieben, um pflegende Angehörige zu unterstützen und Schulungen für Mitarbeiter:innen der lokalen Unterstützungszentren durchgeführt, die pflegende Angehörige unterstützen.(Carers Japan, 2016).

sind darin wichtige Maßnahmen verankert, wie die Ausbildung der unterstützenden Personen, der Aufbau eines Unterstützungssystems und die erforderlichen finanziellen Instrumente. Der Umsetzung der konkreten Maßnahmen wird mit großen Erwartungen entgegengesehen.

Der folgende Fall hat für großes Aufsehen in der japanischen Gesellschaft gesorgt: Ein demenzkranker Mann wurde auf einem Bahnübergang der Bahngesellschaft Central Japan Railway Company von einem Zug erfasst und starb. Daraufhin verklagte die Bahngesellschaft die Ehefrau und den ältesten Sohn des Verstorbenen wegen Verletzung ihrer Aufsichtspflicht (§ 714 Abs. 1 ZGB) auf Schadensersatz. Der Oberste Gerichtshof hob die Entscheidung des Oberlandesgerichts Nagoya auf, das die Aufsichtshaftung der Ehefrau anerkannt hatte, und wies eine Schadensersatzhaftung mit der Begründung ab, dass weder die Ehefrau noch der Sohn als gesetzliche Aufsichtspflichtige zu betrachten seien. Auf diesen Vorfall hin rief die Stadt Kobe 2019 das landesweit erste Modell für eine demenzfreundliche Kommune, das sogenannte „Kobe Modell“, ins Leben. Die Stadt erhöhte den nicht-einkommensabhängigen Teil der kommunalen Einwohnersteuer um jährlich 400 Yen (ca. 3 €) und finanziert damit ein Programm, das ein zuzahlungsfreies Diagnosesystem für Personen ab 65 Jahren (zwei Stufen: allgemeine und genauere Untersuchung der kognitiven Funktionen) mit einem Unfallhilfesystem (zwei Stufen: Haftpflichtversicherung und Beihilfe) kombiniert¹⁹. Ausgehend von den Erfahrungen nach dem großen Hanshin–Awaji-Erdbeben (1995) setzt die Stadt Kobe die regelmäßigen Besuche bei alleinlebenden älteren Menschen fort und fördert Projekte wie den Aufbau und die Fortführung von *Tsudoi no ba* (Treffpunkte), von denen es derzeit ca. 1300 in ganz Kobe gibt. Darüber hinaus bietet die NPO CS (*Community Support*) Kobe Informationen und Beratung zum Aufbau und Betrieb von diversen *Ibasho cafe* (Café mit Heimföhl-Charakter) an, wie das Kindercafé oder das Orange Café²⁰ und hält regelmäßig Versammlungen ab, auf denen über die Aktivitäten der Cafés berichtet und die Möglichkeit zum Informationsaustausch gegeben wird.

¹⁹Stand Ende Mai 2020 hatten sich 21.864 Personen einer Untersuchung der kognitiven Funktionen unterzogen, die auch in Kooperations-Apotheken der Stadt durchgeführt werden kann. 4.423 Personen unterzogen sich einer genaueren Untersuchung (Anteil der Demenzkranken ca. 60 %). Stand Ende März 2020 betrug die Zahl der Haftpflichtversicherten 4.401 und in 7 Fällen wurden Leistungen gewährt (in 4 Fällen Beihilfen, in 3 Fällen Zahlungen aus der Haftpflichtversicherung).

²⁰Die Farbe Orange steht in Japan für die Unterstützung von Demenzkranken.

Die genannten Beispiele sind nur ein kleiner Ausschnitt aus den zahlreichen Initiativen auf kommunaler Ebene. Vor dem Hintergrund des raschen demographischen Wandels der japanischen Gesellschaft können sie jedoch als Referenz für künftige Maßnahmen zur Unterstützung pflegender Angehöriger dienen. Die Unterstützung pflegender Angehörige sollte nicht unter Federführung der Regierung vorangetrieben werden, sondern es gilt, auf die Stimmen derjenigen zu hören, die konkret pflegende Angehörige unterstützen und somit deren Bedürfnisse kennen. In Zusammenarbeit von Kommunen und der lokalen Gemeinschaft sind wirksame Unterstützungsmaßnahmen zu erarbeiten – einen anderen Weg gibt es nicht.

Literatur

- Carers Japan. (2016). „Anleitungen für die Pfleger:Innen in deiner Stadt“ [Anata no machi no kaigoshia shiengaido], <https://carersjapan.jimdofree.com/%E6%B4%BB%E5%8B%95%E5%86%85%E5%AE%B9%E8%AA%BF%E6%9F%BB%E7%A0%94%E7%A9%B6%E4%BA%8B%E6%A5%AD/>. Zugegriffen: 19. Nov. 2021.
- IPSS. (2017). „Zukünftige Bevölkerungsprognose für Japan“ [Nihon no shōrai suikei jinkō]. https://www.ipss.go.jp/pp-zenkoku/j/zenkoku2017/pp_zenkoku2017.asp. Zugegriffen: 19. Nov. 2021.
- IPSS. (2018). „Prognose über die zukünftige Anzahl an Haushalten in Japan (Landesweite Schätzungen)“ [Nihon no setaisuu no shōrai suikei (Zenkoku suikei)], <https://www.ipss.go.jp/pp-ajsetai/j/HPRJ2018/t-page.asp>. Zugegriffen: 19. Nov. 2021.
- Ishibashi, M. (2019). „Vereinbarung von Arbeit und Pflege und Ausscheiden aus dem Erwerbsleben wegen Pflege“ [Kaigobunya no kaigorishokumondai], https://www.dir.co.jp/report/research/policy-analysis/human-society/20191003_021060.html. Zugegriffen: 19. Nov. 2021.
- Ministerium für Gesundheit, Arbeit und Wohlfahrt (MHLW). (2018a). „Lagebericht über Pflegebetriebe (Jahresbericht)“ [Kaigohokenjigyō jōkyōhōkoku (Nenpō) no pointo.], https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyō/18/dl/h30_point.pdf. Zugegriffen: 19. Nov. 2021.
- Ministerium für Gesundheit, Arbeit und Wohlfahrt (MHLW). (2018b). „Untersuchungsergebnisse über den Stand der Maßnahmen, die im Rahmen des ‘Gesetzes zur Prävention der Misshandlung älterer Menschen und Unterstützung von Betreuern älterer Menschen’ ergriffen wurden“ [“Kōreishagyakutai no bōshi, Kōreisha no yōgosha ni taisuru shien nado ni kansuru hōritsu” ni motozuku taiōjōkyō nado ni kansuru chōsakekka.], <https://www.mhlw.go.jp/content/12304250/00058423.pdf>. Zugegriffen: 19. Nov. 2021.
- Ministerium für Gesundheit, Arbeit und Wohlfahrt (MHLW). (2019). „Comprehensive Survey of Living Conditions 2019“. <https://www.mhlw.go.jp/english/database/db-hss/cslc-index.html> [Anm.: Jap. Original nicht mehr verfügbar].

- Ministerium für Gesundheit, Arbeit und Wohlfahrt (MHLW). (2020). „Weißbuch zu Gesundheit, Arbeit und Wohlfahrt (Überblick)“ [Kôseirôdô hakusho (Gaiyôban)], <https://www.mhlw.go.jp/content/000684406.pdf>. Zugegriffen: 19. Nov. 2021.
- Meier-Gräwe, U., & Motozawa, M. (2013). „Allgemeine Unterstützung für Familien III – Vereinbarkeit von Familie und Beruf“ [Kazoku no tame no sôgô seisaku III – Kazoku to shokugyô no ryôritsu]. Shinzansha.
- Motozawa, M. (1996). *Staatliche Pflegeversicherung – vom Fall Deutschland lernen* [Kôteki kaigohoken – doitsu no senrei ni manabu]. Nippon Hyôronsha.
- Ogawa, M. (2007). *Die historische Entwicklung des Sozialversicherungsgesetzes* [Shakaihoshôh no shiteki tenkai]. Ootsukishoten.

Prof. Dr. Miyoko Motozawa war bis zu ihrer Pensionierung Professorin für Zivilrecht und Sozialrecht an der Fakultät für Geistes- und Sozialwissenschaften der Universität Tsukuba. Derzeit ist sie Seniorprofessorin an der dortigen medizinischen Fakultät. Sie war Forschungsstipendiatin an der Universität Bayreuth und am Max-Planck-Institut für ausländisches und internationales Sozialrecht in München. Ihre Forschungsschwerpunkte sind das Familienrecht, das Recht der sozialen Sicherheit und das deutsche Recht. Zu ihren jüngsten Veröffentlichungen gehört „Family Life in Japan and Germany“, Springer VS, 2019, herausgegeben mit U. Meier-Gräwe und A. Schad-Seifert.

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der 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.





Vereinbarkeit von Pflege und Erwerbstätigkeit in Deutschland – Stand und Perspektiven

Monika Reichert

1 Einführende Bemerkungen

Die Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege für (ältere) Angehörige war bis vor ca. einem Jahrzehnt in Deutschland in Forschung, Politik und Praxis lediglich ein Randthema, und dies obwohl die erste Studie – zudem auf empirischer Basis – bereits 1995 durchgeführt worden ist (Beck et al., 1997; Reichert, 1997; Naegele & Reichert, 1998). Der enorme Bedeutungszuwachs dürfte vor allem auf die Schärfung des öffentlichen Bewusstseins für die Konsequenzen des demografischen und sozialen Wandels für die jeweils betroffenen Familien wie Unternehmen zurückzuführen sein. Hierzu gehören insbesondere die steigende Zahl sehr alter Menschen und – durch enge Verknüpfung von Hochaltrigkeit und Pflegebedürftigkeit – von Pflegebedürftigen, die demografisch bedingte Abnahme des familiären Pflegepotenzials und die Verlängerung der Lebensarbeitszeit („Rente mit 67“). Hinzu kommt die kontinuierliche Zunahme der Erwerbstätigkeit von Frauen, die traditionell die Mehrheit der Pflegenden bilden, sowie nicht zuletzt der Mangel an Fachkräften in der professionellen Pflege (zur Übersicht siehe Eggert et al., 2018). Die gleichzeitige Ausübung von Erwerbstätigkeit und informeller Pflege wird vor dem Hintergrund dieser Entwicklungen zunehmend auch beschäftigungspolitisch als eine Strategie angesehen, um zukünftige Pflege- und Produktivitätspotenziale in einer alternden Gesellschaft nachhaltig

M. Reichert (✉)
TU Dortmund, Dortmund, Deutschland
E-Mail: monika.reichert@tu-dortmund.de

© Der/die Autor(en) 2022
F. Waldenberger et al. (Hrsg.), *Alterung und Pflege als kommunale Aufgabe*,
Dortmunder Beiträge zur Sozialforschung,
https://doi.org/10.1007/978-3-658-36844-9_13

201

zu sichern. Allerdings muss eine solche Strategie durch effektive betriebliche und gesetzgeberische Maßnahmen unterstützt werden. Welche in Deutschland bereits vorhanden und wie diese Maßnahmen zu beurteilen sind, ist thematischer Schwerpunkt der folgenden Ausführungen.

2 Erwerbstätige Pflegende – grundlegende Informationen

Wie viele Erwerbstätige in Deutschland Pflegeverpflichtungen gegenüber ihnen nahestehenden Menschen – in aller Regel gegenüber älteren Familienangehörigen, aber auch chronisch Kranken im mittleren Erwachsenenalter und/oder behinderten Kindern und Jugendlichen – haben, ist nicht genau bekannt. Schätzungen gehen von ca. 6,3 % (Geyer, 2016) bis 10 % (Franke & Reichert, 2012) aus. Bei derzeit 45 Mio. Erwerbstätigen (Statistisches Bundesamt, 2021) wären dies nach Franke und Reichert 4,5 Mio. Menschen. Schumann und Kather-Skibbe (2016) sowie Rothgang et al. (2017) bestätigen diese Zahlen.¹ Das Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Institut (WSI) der Hans-Böckler-Stiftung kommt auf der Basis des repräsentativ ermittelten DGB-Indexes „Gute Arbeit“ von 2017 zu dem Schluss, dass jede zehnte Arbeitnehmerin und jeder dreizehnte Arbeitnehmer Angehörige pflegt (Hobler et al., 2020).² (Dabei können diese geschätzten Prozentsätze zwischen Branchen und Betrieben, z. B. je nach Anteil Beschäftigter in den pflegerelevanten Altersgruppen, erheblich variieren. So sind gemäß der WSI-Studie von den 50- bis unter 60-jährigen Arbeitnehmer:innen bereits 15 % der Frauen und 10 % der Männer aktiv an der häuslichen Pflege beteiligt. Darüber hinaus ist eine hohe Dunkelziffer zu vermuten, da sich viele Personen bei Befragungen nicht als Pflegenden definieren und/oder ihre Pflegeverpflichtungen nicht offenlegen, d. h. die oben genannten Zahlen dürften das quantitative Ausmaß der Vereinbarkeitsproblematik unterschätzen (Naumann et al., 2016).

Suhr und Naumann (2016) betonen daher, dass die Datenlage zu erwerbstätigen Pflegenden durchaus noch Lücken aufweist (so auch Knauth & Deindl, 2019). Wichtig ist in diesem Zusammenhang auch die ungeklärte Frage, wer

¹ Pflegeaufwand für Angehörige mindestens 1 h täglich.

² Nur abhängig Beschäftigte (ohne Auszubildende) mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von mindestens 10 h.

eigentlich zum Personenkreis „erwerbstätige Pflegende“ gehört (Reichert, 2015): Sind dies Personen, die sich mehrmals in der Woche um die Haushaltsführung des Unterstützungsbedürftigen kümmern, oder sind es jene, die eine Person versorgen, die nach dem Pflegeversicherungsgesetz einen Pflegegrad attestiert bekommen hat? Und welche Bedeutung hat der Umfang der wöchentlichen Arbeitszeit, um von einer gleichzeitigen Ausübung von Pflege und Beruf ausgehen zu können? Dieses Definitionsdilemma führt nicht nur zu unterschiedlichen Prävalenzraten im wissenschaftlichen Diskurs, sondern auch zu Schwierigkeiten in der Praxis: So bleibt beispielsweise häufig unklar, wer zur Inanspruchnahme von betrieblichen Maßnahmen berechtigt ist (Franke & Reichert, 2012). Zu erwähnen sind aber noch weitere forschungsmethodische Schwächen. So beruhen nahezu alle Daten auf Querschnittstudien, die jeweils nur eine „Momentaufnahme“ und nicht, wie längsschnittlich angelegte Untersuchungen, die Dynamik von Pflege- und Erwerbstätigkeit im Zeitverlauf erfassen. Dennoch steht außer Frage, dass sich die absolute Zahl pflegender Beschäftigter in den nächsten Jahren – angesichts der weiter oben geschriebenen Entwicklungen – weiter erhöhen wird.

Hierauf verweisen auch die Befunde, die eine andere Grundgesamtheit, nämlich die sogenannten Hauptpflegepersonen im erwerbsfähigen Alter (zwischen 16 und 64 Jahren), in den Blick nehmen. Gemäß einer Studie von Schneekloth, Geiss und Pupeter (2017) waren 2016 65 % der Pflegenden in das Erwerbsleben integriert. Zum Vergleich: 1998 traf dies „nur“ auf 36 % zu (Schneekloth & Müller, 1999), d. h., es handelt sich hier um einen Anstieg von nahezu 30 Prozentpunkten! Von den 65 %, die Pflege und Beruf aufeinander abstimmen (müssen), waren 28 % in Vollzeit, 26 % in Teilzeit und 10 % geringfügig beschäftigt (Schneekloth et al., 2017).

Was die sozio-demografischen Charakteristika von Arbeitnehmer:innen mit Pflegeverantwortung betrifft, so kommt die Mehrzahl der verfügbaren Studien zu dem Schluss, dass diese überwiegend weiblich, verheiratet (Leitner & Vukoman, 2015; Reichert, 2015, 2016), zwischen 40 und 60 Jahre (WSI, 2020) sowie beruflich höher qualifiziert sind (Keck, 2012). Bei diesen Angaben für „typische“ erwerbstätige Pflegende ist jedoch zu beachten, dass zunehmend mehr Männer (Auth et al., 2015) und Alleinstehende bzw. Alleinlebende die Vereinbarkeit praktizieren. Was die Art der geleisteten Unterstützung für bedürftige Personen betrifft, so reichen diese von emotionalem Beistand über Hilfen bei der Haushaltsführung bis zur pflegerischen Versorgung im engeren Sinne (Schneekloth et al., 2017). Allerdings sind geschlechtstypische Differenzierungen notwendig: Während erwerbstätige Frauen stärker in die persönliche, körpernahe Pflege involviert sind, sind Männer eher mit Aktivitäten im Bereich „Management und

Organisation der Pflege“ befasst. Die letztgenannten Aufgabenbereiche sind auch typisch für die sogenannten „Long-distance-Caregiver“. Es handelt sich hier um eine Personengruppe, die sich über die räumliche Distanz hinweg um ihre Angehörigen kümmert und die in den letzten Jahren auch in Deutschland zunehmend in den Fokus der Forschung gerückt ist (Franke et al., 2019).

Betrachtet man das zeitliche Engagement von erwerbstätigen Pflegenden, so kann dieses wenige Stunden pro Woche ebenso umfassen wie die „Rund-um-die-Uhr“-Pflege (Schneekloth et al., 2017). Neben den pflegerischen Aufgaben sind darüber hinaus weitere familiäre, berufliche und sonstigen Anforderungen zu bewältigen. Es ist somit nicht verwunderlich, dass Forschungsergebnisse immer wieder die hohen psychischen und physischen Belastungen und die daraus resultierenden negativen Folgen für Gesundheit, soziale Beziehungen und Freizeit bei der weit überwiegenden Mehrheit von Erwerbstätigen mit Pflegeverpflichtungen belegen (Hoff et al., 2014; Franke & Reichert, 2012; Kohler & Döhner, 2012). Entsprechend sind gemäß einer für die erwerbsfähige Bevölkerung repräsentativen Umfrage des Zentrums für Qualität in der Pflege (ZQP) 72 % der Ansicht, Beruf und Pflege sei „schlecht“ oder „sehr schlecht“ zu vereinbaren. Bei denjenigen mit Pflegeerfahrung sind es sogar 82 % (Naumann et al., 2016).

Allerdings sind die Folgen einer gleichzeitigen Ausübung von Erwerbstätigkeit und Pflege von einigen zentralen Faktoren abhängig. Hierzu gehören Ausmaß der Hilfe-/Pflegebedürftigkeit und deren Entwicklung (z. B. im Hinblick auf eine Demenzerkrankung), gemeinsamer Haushalt von Pflegenden und Pflegebedürftigen, Familienstand und minderjährige Kinder im Haushalt, allgemeine ökonomische Lage sowie Verfügbarkeit von Hilfen und Unterstützung durch weitere Personen und/oder durch soziale Dienste (Schuhmann & Kather-Skippe, 2016). Von besonderer Bedeutung sind weiterhin Möglichkeiten zur flexiblen Gestaltung von Arbeitszeit, Arbeitsgeschwindigkeit und Arbeitsort sowie nicht zuletzt das Vorhandensein von entlastenden (betrieblichen) Maßnahmen (Leitner & Vukoman, 2015; Reichert, 2015, 2016). Diese Faktoren können unterschiedliche Konstellationen bilden und sich gegenseitig verstärken oder abschwächen – mit der Konsequenz einer Vielfalt von Lebenslagen erwerbstätiger Pflegenden.

3 Auswirkungen der Vereinbarkeit auf den Arbeitsplatz

Die Auswirkungen von Versuchen, Erwerbstätigkeit und Pflege gleichzeitig zu vereinbaren, werden nicht nur im persönlichen/familiären Bereich deutlich (Rothgang & Müller, 2018), sondern – wie schon wissenschaftliche nationale

wie internationale Untersuchungen aus den 1990er Jahren dokumentieren – auch an ihrem Arbeitsplatz (Beck, 1997; Martin-Matthews, 1996; Phillips, 1996; Scharlach et al., 1991). Die in diesen Studien ermittelten Ergebnisse wurden auch in späteren bzw. neueren Untersuchungen immer wieder bestätigt (Hoff et al., 2014; Keck, 2012; Kohler & Döhner, 2012). Im Weiteren sollen daher vorliegende Forschungsergebnisse zu den arbeitsplatzbezogenen Konsequenzen mit dem Ziel referiert werden, auf die immer noch bestehende Notwendigkeit von betrieblichen Unterstützungsangeboten aufmerksam zu machen.

3.1 Beeinträchtigungen der Leistungsfähigkeit

In den bislang durchgeführten Studien zeigte sich wiederholt, dass ein Teil der erwerbstätigen Pflegeleistenden über mangelndes Leistungsvermögen, Konzentrationsschwäche und/oder eine allgemein geringere Belastbarkeit am Arbeitsplatz klagt (Keck, 2012; Kohler & Döhner, 2012; Pinquart, 2016). Häufig sind es Gedanken und Sorgen, die um die pflegebedürftige Person kreisen, z. B. hervorgerufen durch beunruhigende Telefonate, die eine Konzentration auf die zu bewältigende Arbeit behindern. Dieser sogenannte Präsentismus, d. h. Arbeitnehmer:innen sind trotz Erschöpfung und/oder Krankheit am Arbeitsplatz anwesend, zieht wiederum erhebliche Folgekosten für ein Unternehmen nach sich (Gerlach et al., 2017). Erschwerend kommt hinzu, dass pflegeleistende Arbeitnehmer:innen aufgrund ihrer vielfältigen Verpflichtungen oft nur wenig freie Zeit haben, um sich zu erholen und zu entspannen. Im Gegenteil: Häufig werden Wochenende und Urlaubstage dazu verwandt, um sich intensiver um die oder den Pflegebedürftige:n zu kümmern bzw. um Termine, die im Zusammenhang mit den Pflegeverpflichtungen stehen, wahrzunehmen (Kohler & Döhner, 2012; Reichert, 2015). Die Besorgnis, allen Anforderungen – und insbesondere den beruflichen – nicht länger entsprechen zu können, trägt u. U. ebenfalls mit dazu bei, dass Einbußen des Leistungsvermögens und der Produktivität am Arbeitsplatz erlebt werden.

3.2 Versäumen von Arbeitszeit

Eines der größten Probleme von Arbeitnehmer:innen mit Pflegeverantwortung ist der Zeitdruck, denn die zur Verfügung stehende Zeit muss für die Aufgaben und Anforderungen in den Bereichen Familie, Pflege und Beruf exakt eingeteilt werden. Kommt es zu unvorhergesehenen Zwischenfällen (z. B. plötzliche Krank-

heit der bzw. des Pflegebedürftigen), oder ist es unmöglich, z. B. Arzttermine außerhalb der regulären Arbeitszeit wahrzunehmen, gerät nur allzu oft die mühsam und auf die Minute geplante Organisation ins Wanken, sind Absentismus, d. h. unnötige Fehlzeiten, Arbeitsunterbrechungen und/oder verspätetes Eintreffen am Arbeitsplatz bzw. früheres Verlassen, das Ergebnis (Hoff et al., 2014; Kohler & Döhner, 2012). Arbeitnehmer:innen, die Arbeitszeit für Pflegeverpflichtungen nutzen, versuchen im Allgemeinen, den dadurch gestiegenen Arbeitsdruck und die verlorene Zeit zu kompensieren, indem sie Überstunden machen, Arbeit mit nach Hause nehmen und/oder in der verbliebenen Zeit mehr oder schneller arbeiten. Dies wird natürlich umso schwieriger, je mehr weitere pflegerische und familiäre Aufgaben vorhanden sind, je weniger die berufsbezogene Tätigkeit außerhalb der normalen Arbeitszeit ausgeübt werden kann und/oder je rigider die Arbeitszeiten sind. Die verlorene Arbeitszeit wieder auszugleichen, ist daher für jene besonders problematisch, deren Tätigkeit eine Vielzahl unaufschiebbarer Termine beinhaltet und/oder die wenig Kontrolle über die individuelle Arbeitsgeschwindigkeit haben – letztgenannter Aspekt dürfte vor allem auf niedrigqualifizierte Arbeitnehmer:innen zutreffen.

3.3 Probleme mit Vorgesetzten und Kolleg:innen

Vor dem Hintergrund, dass die Pflege von Angehörigen gerade am Arbeitsplatz immer noch ein weit verbreitetes „Tabuthema“ darstellt und somit nicht zur Sprache gebracht wird, ist es nicht erstaunlich, dass in entsprechenden Untersuchungen allgemein wenig über Probleme mit Vorgesetzten und Kolleg:innen berichtet wird. Im Bericht zur ZQP-Bevölkerungsbefragung zum Thema heißt es dazu:

„Die Sorge um den Arbeitsplatz bzw. die Angst vor beruflichen Nachteilen ist aus Sicht der großen Mehrheit der Befragten einer der wichtigsten Gründe für pflegende Angehörige, ihre Situation im Beruf zu verschweigen. Nahezu die Hälfte der Befragten fürchtet außerdem mangelndes Verständnis der Vorgesetzten und immerhin auch zwischen rund einem Viertel oder Drittel auch der Kolleginnen und Kollegen“ (ZQP, 2014: 5).

Die Verheimlichung der häuslichen Pflegetätigkeiten kann wiederum zu Missverständnissen und Spannungen sowohl mit Kolleg:innen als auch mit Vorgesetzten führen (Keck, 2012; Kohler & Döhner, 2012). Hierzu ein Beispiel: So könnten nicht termingerecht erledigte Arbeiten fälschlicherweise auf eine mangelnde

Arbeitsmotivation zurückgeführt werden, wenn der eigentliche Grund (z. B. pflegebedingte Termine) unbekannt bleibt. Interessanterweise neigen Männer noch weniger als Frauen dazu, ihre häuslichen Pflegeaufgaben am Arbeitsplatz offen zu legen (Auth et al., 2015).

3.4 Eingeschränkte Möglichkeiten zur Fort- und Weiterbildung

Für einige Beschäftigte kann die Übernahme von Pflegeverpflichtungen zur Folge haben, dass sie, bedingt durch Zeitmangel und/oder aber aufgrund fehlender physischer und psychischer Ressourcen, nicht an notwendigen Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen teilnehmen können (Keck, 2012; Kohler & Döhner, 2012). Dies wiederum kann zur Konsequenz haben, dass erwerbstätige Pflegeleistende verminderte Chancen in Bezug auf eine Beförderung erfahren bzw. mögliche Aufstiegschancen gar nicht erst wahrnehmen, u. a. weil sie glauben, den neuen beruflichen Anforderungen nicht gewachsen zu sein.

Vor allem erfolgs- bzw. karriereorientierte Arbeitnehmer:innen dürften darunter leiden, geringere Möglichkeiten zu haben, an Fort- und Weiterbildung sowie an beruflich wichtigen formellen und/oder informellen Treffen teilzunehmen. Letztlich kann sich dieser Belastungsaspekt demotivierend auf das allgemeine berufliche Engagement auswirken, aber auch die Pflegesituation bzw. das Verhältnis zum Pflegebedürftigen negativ beeinflussen.

3.5 Arbeitszeitreduzierung und – reorganisation

Wenn die gleichzeitige Ausübung von Erwerbstätigkeit und Pflege zunehmend schwieriger wird bzw. mit negativen Konsequenzen im Beruf und im Privatleben einhergeht, besteht eine vielfach angewandte Strategie der Betroffenen darin, die Arbeitszeit zu reduzieren (Kohler & Döhner, 2012; Reichert, 2015). Nach den Ergebnissen von Schneekloth et al. (2017) haben 23 % der zu Beginn der Pflegeübernahme erwerbstätigen Hauptpflegepersonen ihre Berufstätigkeit eingeschränkt, wobei dies insbesondere für Frauen gelten dürfte. Nach Auth et al. (2016) hat die Erwerbstätigkeit für viele Männer – in ihrer Studie speziell pflegende Söhne – einen sehr zentralen Stellenwert. Die pflegerelevanten Tätigkeiten werden aus diesem Grund von Männern eher um ihre (Vollzeit) Erwerbstätigkeit herum organisiert, während Frauen die Berufstätigkeit eher nach der Pflege ausrichten. Diesen Sachverhalt bestätigen auch die Daten des

Sozio-Ökonomischen Panels (SOEP) von 2017, einer großen deutschlandweiten Repräsentativerhebung. Demnach arbeiteten in der Altersgruppe der 30- bis 59-jährigen 76 % der männlichen, aber nur 35 % der weiblichen Pflegenden in Vollzeit. Entsprechend waren 40 % der Frauen, aber nur 4 % der Männer dieser Gruppe teilzeitbeschäftigt (nicht erwerbstätig: 19 % der Männer versus 15 % der Frauen (Kochskämper, Neumeister & Stockhausen, 2020)).

Andere Strategien alle Aufgaben zu vereinbaren, beziehen sich auf eine Reorganisation der beruflichen Tätigkeit wie die Inanspruchnahme von „Home Office“ oder von innovativen Arbeitszeitmodellen (Kohler & Döhner, 2012; Reichert, 2016). Diese betrieblichen Angebote, die prinzipiell das Potenzial haben, Arbeitnehmer:innen mit Pflegeverantwortung zu unterstützen, sind jedoch von der Art der Erwerbstätigkeit, aber auch von den jeweiligen arbeitsplatzbezogenen Rahmenbedingungen abhängig: Längst nicht alle Berufe erlauben eine Tätigkeit im „Home Office“ wie die aktuelle Diskussion um den Anspruch darauf in der aktuellen Corona-Krise zeigt. Auch ist offen, ob die Arbeit von zu Hause aus in jedem Falle die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege erleichtert.

3.6 Berufsaufgabe

Reichen die bisher angewandten Bewältigungsformen im Arbeits- und/oder Privatleben nicht aus, um allen Aufgaben gerecht zu werden oder kommt zu massiven Veränderungen, z. B. im Hinblick auf den Gesundheitszustand der pflegebedürftigen Person, so ist die von den Betroffenen häufig am wenigsten gewünschte Option die Beendigung der Erwerbstätigkeit. Durch diese Entscheidung kann nicht nur langfristig die finanzielle Basis der Pflegeperson gefährdet sein, sondern auch ihre Alterssicherung (siehe Gliederungspunkt 3.7). Darüber hinaus fühlen sich viele nach dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben gesellschaftlich isoliert, unzufrieden und damit psychisch belastet (Reichert, 2015). Bleibt die oder der Pflegenden dem Arbeitsmarkt längere Zeit fern, können auch berufsspezifisches Wissen und Kompetenzen sowie der Kontakt zum Unternehmen bzw. zur Arbeitswelt verloren gehen – mit der Konsequenz einer langfristigen De-Qualifizierung, die wiederum Schwierigkeiten beim Wiedereinstieg in das Berufsleben bzw. in den ursprünglichen Beruf nach sich ziehen kann. Dies

dürfte umso mehr gelten, je länger die Pflegephase dauert und umso älter die Berufsrückkehrer:innen sind (Keck, 2016).

Schneekloth et al. (2017) konnten ermitteln, dass 14 % der Hauptpflegepersonen ihre Erwerbstätigkeit nach Übernahme der häuslichen Pflegeverpflichtungen aufgegeben haben. Interessant sind in diesem Zusammenhang die Unterschiede zwischen Ost- und Westdeutschland: Während sich in Westdeutschland 15 % für eine Beendigung der Berufstätigkeit entschieden haben, waren dies in Ostdeutschland „nur“ 11 %. Dieser Sachverhalt dürfte vor allem auf die traditionell hohe (Vollzeit)Erwerbsbeteiligung ostdeutscher Frauen – und dies trotz Sorgearbeit – zurückzuführen sein. Ob die Berufstätigkeit beendet wird, hängt aber auch von folgenden Faktoren ab: bisherige Dauer der Beschäftigung, Möglichkeiten zur Reorganisation von Arbeitszeit und – ort, allgemeine Arbeitszufriedenheit und/oder Höhe des Erwerbseinkommens bzw. der Verfügbarkeit weiterer Einkommen ab (Franke & Reichert, 2012; Knauthe & Deindl, 2019). Gerade für Frauen mit einem niedrigen Erwerbseinkommen kann die Berufsaufgabe – zumindest kurz- und mittelfristig – eine Option sein, wenn sie alternativ auf das von der Pflegeversicherung gezahlte Pflegegeld zurückgreifen können (siehe hierzu auch Gliederungspunkt 4). Hinzu kommt ein geschlechtsspezifischer Unterschied: Während Frauen eher den Beruf aufgeben, wählen pflegende Männer – vor allem, wenn sie ihre (Ehe-)partnerin versorgen – den Weg in den vorzeitigen Ruhestand (Schneekloth & Wahl, 2005). Männer sind bei der Partnerinnenpflege vermutlich näher am gesetzlichen Renteneintrittsalter, sodass das endgültige Ausscheiden aus dem Erwerbsleben praktisch und ökonomisch sinnvoller erscheint.

3.7 Einkommenseinbußen und verminderte Rentenversicherungsleistungen

Mit der Arbeitszeitreduzierung, den "verpassten" Karrierechancen und insbesondere der Berufsaufgabe sind für den hier im Fokus stehenden Personenkreis wesentliche Einkommenseinbußen (Geyer, 2016; Ehrlich, Minkus, Hess 2020) und verminderte Rentenansparungen verbunden (Knauthe & Deindl, 2019).³ Rothgang und Unger (2013) können auf der Basis der Daten der

³Siehe auch Gliederungspunkt 4.1.

deutschen Rentenversicherung Belege dafür finden, dass das Alterssicherungs-niveau von Frauen, die sich für eine Pflege Tätigkeit bzw. gegen eine Fort-führung der Erwerbstätigkeit entscheiden um einiges niedriger war, als bei Frauen gleichen Alters, die nicht pflegen (ähnlich auch Christofczik, 2020). Es ist somit nicht verwunderlich, dass im Rahmen der schon angesprochenen repräsentativen Bevölkerungsumfrage des ZQP (2014) 86 % der Männer und Frauen „finanziellen Gründe“ für die Notwendigkeit angaben, Pflege und Beruf gleichzeitig auszuüben.

3.8 Zwischenfazit

Viele der bislang diskutierten Studien haben eindrucksvoll belegt, dass ein großer Teil der Arbeitnehmer:innen aufgrund von Pflegeverpflichtungen erhebliche und mannigfaltige Belastungen am Arbeitsplatz verspürt, wenn keine Möglichkeiten einer effektiven Entlastung gegeben sind. Gleichzeitig ist aber die Entscheidung „nur“ zu pflegen, für Arbeitnehmer:innen oft keine gute Lösung. So kann die Erwerbstätigkeit als Ausgleich zu den häuslichen Pflegeaufgaben empfunden werden, da man u. a. berufliche Anerkennung und Selbstbestätigung erhält, durch die Tätigkeit am Arbeitsplatz von pflegerischen Problemen abgelenkt wird und schließlich ein eigenes Einkommen sowie Rentenansprüche erwirbt (Au & Sowarka, 2007; Keck, 2012; Reichert, 2015). Der Arbeitsplatz kann somit auch ein Ort sein, an dem man für eine gewisse Zeit eine "Pause" von der Pflege machen kann. Entsprechend wird das Argument „Abstand von der häuslichen Pflege“ auch von 74 % der Frauen (Männer: 58 %) in der Repräsentativbefragung des ZQP gegen die Berufsaufgabe bei Pflegeübernahme angeführt. Unterschiede zwischen Männern und Frauen werden auch deutlich, wenn es um die Bedeutung sozialer Kontakte am Arbeitsplatz geht. Für Frauen sind diese mit 67 % weit-aus wichtiger als für Männer (50 %). Der Erhalt der beruflichen Kompetenzen ist beiden Geschlechtern in nahezu gleichem Ausmaß von Bedeutung (Frauen: 62 %; Männer: 58 %). Insgesamt sind es 94 % (!) der Befragten, die es für (sehr) wichtig halten, auch bei Angehörigenpflege weiterhin erwerbstätig zu bleiben. Gleichwohl sind für 59 % der 45- bis 59-jährigen „Angst vor beruflichen Nachteilen“ und für 62 % „Sorge um ihren Arbeitsplatz“ Gründe, ihre häus-liche Pflege Tätigkeit gegenüber dem Arbeitgeber nicht zur Sprache zu bringen (Naumann, Teubner & Eggert, 2016).

4 Betriebliche, tarifvertragliche und gesetzliche Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege – ein kritischer Überblick

4.1 Betriebliche tarifvertragliche Regelungen

Die von erwerbstätigen Pflegenden erlebten Nachteile am Arbeitsplatz können auch unmittelbar die Arbeitgeber betreffen (Bäcker & Stolz-Willig, 1998). So bezifferten Schneider, Heinze und Herring (2011) die betrieblichen Folgekosten einer mangelnden Vereinbarkeit, die im Übrigen zu ca. 50 % durch Präsentismus bedingt sind, auf ca. 14.000 € pro Jahr je pflegendem bzw. pflegender Arbeitnehmer:in. Weitere Kosten können durch den vorzeitigen Verlust von qualifiziertem und langjährigem Personal bzw. durch Zusatzkosten für die Rekrutierung und Einarbeitung neuer Arbeitskräfte entstehen. Konsequenterweise wäre zu erwarten, dass die Mehrheit der Unternehmen in den letzten Jahren, auch aus Gründen der Kostenersparnis, verstärkt in betriebliche Maßnahmen investiert hätte.

Aus einer Unternehmensbefragung des ZQP, die seit 2012 regelmäßig durchgeführt wird, zuletzt 2018 mit 401 Personalentscheidern in Unternehmen mit mehr als 26 Mitarbeiter:innen, ist u. a. bekannt, dass es durchaus betriebliche Angebote und Regelungen gibt, die eine Balance zwischen Erwerbs- und Privatleben ermöglichen könnten (Eggert et al., 2018). Es handelt sich dabei weit überwiegend um flexible Arbeitszeitmodelle – 90 % der befragten Unternehmen halten diese vor – um individuelle Absprachen mit pflegenden Arbeitnehmer:innen (78 %), zeitlich befristete Freistellung (68 %) und um die Möglichkeit, von zu Hause arbeiten zu können (63 %). Weniger verbreitet sind hingegen Job-Sharing (35 %), betriebsinterne Beratung zur Pflege (26 %), Qualifizierung von Führungskräften zum Thema „Beruf und Pflege“ (22 %) sowie Kooperation mit Pflegediensten, Tagespflege- oder stationären Einrichtungen (21 %); alles Maßnahmen, für die vor allem in Großbetrieben Bedarf vermutet werden kann.

Einige der genannten Angebote basieren auf tarifvertraglichen Regelungen und Betriebsvereinbarungen bzw. ergänzen diese. Tarifvertragliche Regelungen und Vereinbarungen – sie haben den entscheidenden Vorteil, dass sie Arbeitnehmer:innen eine Rechtssicherheit in Bezug auf die Inanspruchnahme von betrieblichen Angeboten gewähren – finden sich in verschiedenen

Industriezweigen (z. B. Metall- und Elektroindustrie) aber auch beim bundes-eigenen Unternehmen „Deutsche Bahn“, im Garten- und Landschaftsbau und insbesondere im Öffentlichen Dienst. So können Beschäftigte bei einem Softwareanbieter eine befristete Teilzeit für einen Monat bis hin zu drei Jahren in Anspruch nehmen. Bei einem Süßwarenhersteller wiederum ist es möglich, dass Mitarbeiter:innen über Wertguthaben bis zu 1000 h ansparen, die sie in Freizeitblöcken nutzen können. Freistellungen, z. B. zur Pflege kranker Angehöriger, sind damit zumindest teilweise finanzierbar (BDA, 2013; Unabhängiger Beirat zu Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege, 2019).

Bemerkenswert ist dennoch der hohe Stellenwert von Einzelabsprachen zwischen pflegenden Arbeitnehmer:innen und Arbeitgebern. Offensichtlich erscheinen diese Maßnahmen beiden Seiten als vorteilhaft. Einerseits erhalten Erstgenannte im günstigsten Fall eine auf ihre Bedürfnisse individuell zugeschnittene Lösung, ohne gleichzeitig ihre häuslichen Pflegeverpflichtungen „an die große Glocke hängen zu müssen“. Andererseits sind Arbeitgeber, gerade in kleinen und mittleren Unternehmen, von der Verpflichtung befreit, spezielle und für alle Betroffenen zugängliche Maßnahmen vorzuhalten.

Hinweise darauf finden sich auch in weiteren Daten der ZQP-Studie: Ein betriebliches Angebot für pflegende Mitarbeiter:innen, das über die gesetzlichen Regelungen hinausgeht, halten insgesamt 34 % der Unternehmen bereit. Erwartungsgemäß sind es vor allem Unternehmen mit mehr als 250 Beschäftigten, hier waren es 64 % (demgegenüber 40 % bei 50 bis 249 Mitarbeiter:innen und 23 % bei 26 bis zu 49 Mitarbeiter:innen). Im Umkehrschluss bedeutet dies allerdings, dass 58 % der Unternehmen keine Maßnahmen eingeführt haben und dies auch nicht planen (Maßnahmen geplant: 8 %). Die entsprechenden Prozentsätze reichen dabei je nach Unternehmensgröße von 28 % über 50 % bis hin zu 71 % in kleineren Unternehmen.⁴ In Einklang damit steht auch die Einschätzung, die Relevanz des Themas „Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege“ habe in den letzten zwei, drei Jahren zugenommen. Nur 29 % der Personalentscheider – über alle Unternehmensgrößen hinweg – sind dieser Ansicht. In großen Unternehmen sind es 57 %, in kleinen Unternehmen dagegen lediglich von 17 % (Eggert et al., 2018).

⁴Die fehlenden Prozentsätze entfallen auf die Kategorie „Einführung von Maßnahmen geplant“.

Die folgenden Argumente stehen gemäß vorliegender Befragungsdaten einer Einführung von betriebsinternen Maßnahmen entgegen (Antwortkategorie: „stimme voll und ganz zu/eher zu“):

- Umsetzung ist zu aufwendig und andere Fragen sind wichtiger: 43 %,
- Umsetzung ist zu teuer: 34 %,
- es fehlt an Wissen über hilfreiche Angebote für betroffene Mitarbeiter:innen: 63 %,
- es fehlt an Wissen darüber, welche Mitarbeiter:innen tatsächlich Unterstützungsbedarf in der Pflege von Angehörigen haben: 62 %.

Insbesondere die letztgenannten Barrieren verweisen darauf, dass die weit überwiegende Mehrheit der Unternehmen kaum Informationen über die Anzahl ihrer pflegenden Mitarbeiter:innen sowie über deren Wünsche und Bedürfnisse hat. Weiterhin ist zu vermuten, dass ein Teil der angebotenen betrieblichen Maßnahmen ohne die Beachtung solcher relevanten Informationen implementiert worden ist und folglich „am Bedarf vorbei“ geht.

Fragt man Unternehmensleitungen und Personalverantwortliche nach den Gründen für ein positives Engagement, so versprechen sich diese vor allem eine Steigerung der Produktivität bzw. eine Reduzierung möglicher Folgekosten einer unzureichenden Vereinbarkeit. Zudem werden Vorteile bei der Rekrutierung neuer Mitarbeiter:innen, eine Sicherung des Personalbestandes als auch ganz generell eine Verbesserung des Unternehmensimages in der Öffentlichkeit und in der Branche erwartet (ZQP, 2013). Die Erhöhung der Arbeitszufriedenheit und die Unterstützung von Arbeitnehmer:innen bei ihrer „work-life-balance“ sind Motive, die demgegenüber insbesondere von Betriebsräten und Gewerkschaften betont werden (ZQP, 2016). Zudem erweisen sich eine lange betriebliche Tradition in Bezug auf allgemeine Familienfreundlichkeit ebenso förderlich wie die Existenz einer Mitarbeitervertretung, die sich für pflegende Arbeitnehmer:innen einsetzt. Darüber hinaus halten Unternehmen, die einen hohen Anteil von älteren Beschäftigten haben bzw. eine demografisch bedingte Verknappung von qualifizierten Arbeitskräften erwarten, eher ein Angebot für ihre pflegenden Beschäftigten bereit (Kümmerling & Bäcker, 2012).

Trotz der erheblichen Vorteile, die betriebliche Angebote, Tarifverträge und Betriebsvereinbarungen zur Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege mit sich bringen können, sind diese in Deutschland aber immer noch nicht flächendeckend vorhanden. Neben den angeführten Gründen aus Arbeitgeberperspektive gibt es allerdings Hinweise dafür, dass auch erwerbstätige Pflegende unter-

stützende Maßnahmen nicht einfordern oder, falls vorhanden, häufig nicht nachfragen, z. B. aus Angst vor Nachteilen am Arbeitsplatz, wegen der Betrachtung häuslicher Pflege als „Privatangelegenheit“ oder fehlender Passung mit der individuellen Bedarfslage (Reichert, 2015). In der Konsequenz hat die Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege faktisch immer (noch) nicht den Stellenwert, der ihr – wie die Kindererziehung bei gleichzeitiger Berufstätigkeit – auf betrieblicher bzw. gesamtgesellschaftlicher Ebene zukommen müsste.

4.2 Gesetzliche Regelungen

Wenn es um eine nachhaltige und effektive Unterstützung von pflegenden Beschäftigten geht, so sind neben den Unternehmen auch andere Akteure gefragt. Zu nennen ist hier in erster Linie der Staat, denn neben den weiter oben angesprochenen tarifvertraglichen, sichern vor allem gesetzliche Regelungen Ansprüche ab. Bereits 1995 hat der Gesetzgeber mit der Einführung der *Pflegeversicherung (SGB XI)* das Ziel verfolgt, die Situation von Pflegebedürftigen, aber auch von (nicht mehr erwerbstätigen) Pflegenden, zu verbessern. Mehr als ein Jahrzehnt später (2008) wurde mit dem Pflegezeitgesetz das erste Gesetz im Bundestag verabschiedet, das sich explizit an Personen richtet, die Pflege und Beruf gleichzeitig ausüben möchten/müssen. 2012 folgte das Familienpflegezeitgesetz (Überarbeitung des Gesetzes 2015).

Vom Gesetzgeber war mit der Einführung der Pflegeversicherung von Anfang an beabsichtigt, Menschen, auch bei Vorliegen von Pflegebedürftigkeit, einen möglichst langen Verbleib im Privathaushalt zu ermöglichen bzw. die häusliche Pflege zu stärken (Bäcker et al., 2020, Bd. II). Hierzu gewährt die Pflegeversicherung sogenannte Pflegesachleistungen (Inanspruchnahme ambulanter Pflegedienste), Geldleistungen (Pflegegeld) oder eine Kombination aus beiden Leistungsformen (für weitere Details zur Pflegeversicherung siehe BMG, 2017).

„Die Pflegeversicherung soll mit ihren Leistungen vorrangig die häusliche Pflege und die Pflegebereitschaft der Angehörigen und Nachbarn unterstützen, damit die Pflegebedürftigen möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung bleiben können. Leistungen der teilstationären Pflege und der Kurzzeitpflege gehen den Leistungen der vollstationären Pflege vor (§ 3 SGB XI).“

Das Pflegegeld wird für gewöhnlich vom Versicherten, also von der pflegebedürftigen Person, als finanzielle Anerkennung an informell Pflegenden, es handelt sich überwiegend um nahe Angehörige, weitergereicht. Vom Pflegegeld

sind weder Steuern noch Sozialabgaben zu entrichten, auch eine Anrechnung auf Renten- oder Grundsicherungsbezüge (Hartz IV) erfolgt nicht. Dennoch kompensiert das Pflegegeld nur in den seltensten Fällen das durch die Berufsaufgabe fehlende Erwerbseinkommen. Das sogenannte Elterngeld, das dann gewährt wird, wenn Eltern wegen der Kindererziehung ihre Berufstätigkeit aufgeben oder einschränken, ist dagegen von seiner Höhe sehr viel eher als Einkommensersatzleistung konzipiert, denn es soll „...*die wirtschaftliche Existenz der Familien [sichern]. und hilft Vätern und Müttern, Familie und Beruf besser zu vereinbaren*“ (BMFSFJ, 2021).

Weitere wichtige Leistungen im Rahmen der Pflegeversicherung sind Beiträge zur Unfall-, Arbeitslosen- und insbesondere zur gesetzlichen Rentenversicherung. Letztere werden unter folgenden Bedingungen gezahlt: Umfang der Erwerbstätigkeit von weniger als 30 h pro Woche, Pflegeaufwand von mindestens 10 h pro Woche sowie mindestens Pflegegrad 2 der bzw. des zu Pflegenden. Zwar wird die Entrichtung der Rentenbeiträge von Fachleuten als Schritt in die richtige Richtung gewertet, gleichzeitig wird jedoch kritisiert, dass die Beiträge nicht ausreichen, um die Verluste auszugleichen, die Pflegenden nach Beendigung der Erwerbstätigkeit entstehen (können). Weder die Höhe des Pflegegeldes noch die Beiträge zur Rentenversicherung sind somit geeignet, die finanziellen Nachteile, die durch eine pflegebedingte Einschränkung oder Beendigung der Berufstätigkeit entstehen, auszugleichen. Die Übernahme der häuslichen Pflege – so Knauth & Deindl (2019; Ehrlich, Minkus & Hess, 2020) – stellt allein schon aus diesen Gründen ein (Alters-)Armutrisiko dar.

Bereits weiter oben wurde auf neuere, über das SGB XI hinausgehende spezielle Gesetze hingewiesen. Im Rahmen des *Pflegezeitgesetzes*⁵ haben alle Beschäftigten, unabhängig von der Betriebsgröße, einen Anspruch auf eine kurzfristige Auszeit von bis zu zehn Arbeitstagen, wenn dies erforderlich ist, um eine bedarfsgerechte Pflege für nahe Angehörige zu organisieren oder eine pflegerische Versorgung in dieser Zeit sicherzustellen.⁶ Für diese Auszeit wird ein auf bis zu zehn Arbeitstage begrenztes Pflegeunterstützungsgeld gezahlt, das analog zum Kinderkrankengeld 90 % des wegfallenden Nettoentgelts abdeckt. Dabei handelt es sich um eine Entgeltersatzleistung der Pflegekassen. Nach dem *Pflegezeitgesetz* haben Arbeitnehmer:innen zudem einen Anspruch auf Voll- oder

⁵Zu entsprechenden japanischen Regelungen siehe den Beitrag von Miyoko Motazawa in diesem Band.

⁶Das Gesetz sieht dies als einen Fall einer nicht vom Arbeitnehmer verschuldeten Arbeitsverhinderung.

Teilfreistellung von bis zu sechs Monaten mit vollem Rückkehrrecht. Ein solcher Anspruch besteht jedoch nur für Beschäftigte in Unternehmen mit mehr als 15 Beschäftigten.

Die *Familienpflegezeit* sieht hingegen einen Anspruch auf eine Teilfreistellung mit einem garantierten Rückkehrrecht auf die vorherige Vollzeitätigkeit von bis zu 24 Monaten vor, wobei die bei Freistellung verbleibende wöchentliche Arbeitszeit mindestens 15 h betragen muss. Dieser Anspruch besteht gegenüber Arbeitgebern mit mindestens 25 Beschäftigten. Als Ausgleich für Einkommensverluste ist in Bezug auf beide Gesetze folgende Regelung vorgesehen: Pflegende Angehörige haben die Möglichkeit, beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (BAFzA) ein zinsloses Darlehn zu beantragen. Damit sind sie zunächst finanziell abgesichert, wobei das Darlehn allerdings nach Beendigung der Pflege zurück zu zahlen ist (für weitere Details siehe auch BMFSFJ, 2018).

Table 1 enthält eine Kurzdarstellung dieser gesetzlichen Regelungen sowie die Voraussetzungen für ihre Inanspruchnahme.

Die bislang vorliegenden Erfahrungen verweisen allerdings darauf, dass die neuen Leistungen – auch aus Arbeitgebersicht – nur sehr zögerlich in Anspruch genommen werden (Eggert et al., 2018). So haben 2016 lediglich 6 % der pflegenden Angehörigen die Pflegezeit und 1 % die kurzfristige Auszeit in Anspruch genommen (Hielscher et al., 2017). Eine längere Auszeit für die Pflege, im Sinne des Familienpflegezeitgesetzes, beantragten bislang auch nur sehr wenige Personen (Bäcker et al., 2020, Bd. II). Zwar ist bislang keine Meldepflicht für die kurzzeitige Arbeitsverhinderung sowie für die Freistellungen nach dem Pflege- und Familienpflegezeitgesetz gegeben, im Jahre 2017 erfolgte aber erstmalig eine Erfassung von Pflegezeit und Familienpflegezeit im Rahmen des Mikrozensus. Das Statistische Bundesamt ermittelte auf dieser Basis für 2017 einen Schätzwert von ca. 82 000 Personen, die eine Inanspruchnahme angegeben haben (Unabhängiger Beirat für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf, 2019).

Nach Angaben des BAFzA sind bislang (Stand: 2019) lediglich 1.093 Anträge auf ein Darlehn eingereicht und 867 bewilligt worden, d. h. die Inanspruchnahme ist damit ebenfalls äußerst gering. Dieser Sachverhalt entspricht der Skepsis, die der Darlehnsvergabe entgegengebracht wird: 52 % gaben in einer Befragung von TNS Emnid (nunmehr Kantar Emnid) an, ein Pflegedarlehn sei „nicht hilfreich“.⁷

⁷Siehe dazu auch: Unabhängiger Beirat für die Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege, 2019: 45.

Tabelle 1 Gesetze zur Pflegezeit

	Pflegezeitgesetz			Familienpflegezeitgesetz
	Kurzzeitige Arbeitsverhinderung	Pflegezeit	Sterbebegleitung	Familienpflegezeit
Rechtsanspruch	Ja	Ja (ab 16 Beschäftigte)	Ja (ab 16 Beschäftigte)	Ja (ab 26 Beschäftigte)
Voraussetzung	Ärztliche Bescheinigung	Pflegegrad	Ärztliche Bescheinigung	Pflegegrad
Dauer	Max. 10 Tage	Max. 6 Monate	Max. 3 Monate	max. 24 Monate
Lohnersatz	Pflegeunterstützungsgeld (Pflegekasse)	Zinsloses Darlehn ¹ (BAFzA) ²	Zinsloses Darlehn (BAFzA)	Zinsloses Darlehn (BAFzA)
Ankündigungsfrist	Keine	10 Tage	10 Tage	8 Wochen
Kündigungsschutz	Ja	Ja	Ja	Ja
Mindestarbeitszeit	Nein	Nein	Nein	15 Stunden

1) Als Lohnersatzleistung

2) Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben

Quelle: BMFSFJ (2018)

Die größten Kritikpunkte an den jetzigen gesetzlichen Regelungen beziehen sich daher auf folgende Punkte (Hielscher et al., 2017; Schneekloth et al., 2017; Rothgang & Müller, 2018):

- „Für pflegende Angehörige besteht ein hohes finanzielles Risiko, da entweder auf Einkommen verzichtet wird oder eine Verschuldung durch die Aufnahme eines Darlehns entsteht. Der Rechtsanspruch gilt erst ab einer Unternehmensgröße von über 15 bzw. 25 Mitarbeitenden. Pflegende Angehörige in kleinen bzw. Kleinstunternehmen können diese daher nicht nutzen.“

- *Die Regelungen sind für Langzeitpflegende nicht ausreichend. Die Mehrheit der pflegenden Angehörigen gaben eine durchschnittliche Pflegedauer von vier Jahren an.*
- *Das jetzige System setzt keine Anreize für eine partnerschaftliche Aufteilung der Pflege und verfestigt die ungleiche Verteilung der Sorgearbeit, da Frauen häufig weniger verdienen und ihre Einbußen beim Gehalt häufig geringe Auswirkungen auf das Familieneinkommen haben“ (Knauthe & Deindl, 2019: 60 f.).*

Bäcker et al. (2020, Bd. II) bemängeln ebenfalls, dass es im Hinblick auf die Freistellungsregelungen keine Einkommensleistungen analog zum Elterngeld gibt und „... die Rückzahlungsverpflichtung nach dem Ende der Pflegezeit/Familienpflegezeit eher abschreckend [wirkt]“ (S. 781).

Auch weil die bestehenden gesetzlichen Regelungen den Bedürfnissen von pflegenden Arbeitnehmer:innen noch nicht hinreichend gerecht werden und hier noch Verbesserungsbedarf besteht, so ist es wichtig, das Thema „Vereinbarkeit von Pflege und Beruf“ auf die politische Agenda und damit in die Öffentlichkeit zu bringen. Deutlich wird aber der „time lag“, der zwischen der Erhebung der ersten Forschungsergebnisse in Deutschland im Jahre 1995 und der Einführung spezifischer Gesetze liegt – nämlich 13 Jahre für das Pflegezeitgesetz (2008) und 17 Jahre für das Familienpflegezeitgesetz (2012).

5 Handlungsempfehlungen zur Ausweitung und qualitativen Verbesserung von Maßnahmen für pflegende Beschäftigte

Vor Hintergrund der oben genannten Daten und Fakten stellt sich nun die Frage, was zu tun ist, damit mehr Arbeitnehmer:innen mit privaten Pflegeaufgaben flächendeckend von Unternehmen *und* vom Gesetzgeber Unterstützung erfahren können. Die im Weiteren präsentierten übergreifenden, thesenartig dargestellten Handlungsempfehlungen richten sich an unterschiedliche Akteure, denn nur ein gemeinsames Handeln aller kann den gewünschten Erfolg auf der Mikro-, Meso- und Makroebene bringen (Behrens et al., 2018; Reichert, 2016; Unabhängiger Beirat zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf 2019). Anzumerken ist noch, dass die Reihenfolge der Empfehlungen keine Priorisierung widerspiegelt.

Generelle Stärkung der Familienfreundlichkeit in Betrieben

Die Familienfreundlichkeit eines Unternehmens ist ganz entscheidend für die Art und Anzahl der Maßnahmen, die für die Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Familie bzw. Pflege bereitgehalten werden. Eine generelle Stärkung des familienfreundlichen Bewusstseins in Unternehmen, die noch nicht als solche gelten können, kann zu mehr und vielfältigen Maßnahmen für eine bessere – auch geschlechtergerechte – Vereinbarkeit führen und die Inanspruchnahme erleichtern.

Betriebliche Maßnahmen auch für Beschäftigte in kleinen und mittleren Unternehmen

Pflegefreundliche Maßnahmen sind fast ausschließlich in größeren Unternehmen zu finden. Andererseits sind aber 58 % der deutschen Arbeitnehmer:innen in Klein- und Mittelbetrieben beschäftigt (Referenzjahr, 2018). Für erwerbstätige Frauen – die die Mehrheit der Pflegenden bilden – gilt dies in einem noch sehr viel stärkeren Maße: Ca. 44 % der Klein- und Mittelbetriebe gehören den Sektoren „Handel und Gastgewerbe“ und „personenbezogene Dienstleistungen“ an; hier arbeiten nahezu ausschließlich Frauen (Statistisches Bundesamt, 2020). Es sind also Lösungen erforderlich, die es auch den dort Tätigen erlauben, Pflege und Beruf – jenseits informeller Regelungen – zu vereinbaren. Denkbar sind Zusammenschlüsse von kleinen Betrieben, die z. B. unter der Federführung ihrer Interessenvertretungen bzw. Kammern, Maßnahmen gemeinsam anbieten könnten (Gerlach et al., 2017).

Ermittlung der Prävalenzrate und der Wünsche und Bedürfnisse von pflegenden Beschäftigten

Unternehmen, die sich ein Bild von „ihren“ pflegenden Mitarbeiter:innen machen möchten, sind aufgefordert, eine entsprechende Befragung durchzuführen. Die Ergebnisse können die Grundlage für die Entwicklung eines Unterstützungskonzepts bzw. für Art und Umfang der zu implementierenden Maßnahmen sein, sodass die Gefahr „am Bedarf vorbei“ minimiert wird. Dabei ist zu beachten, dass jede Maßnahme für sich genommen bestimmte Vorteile bietet, dass aber erst ihr komplementärer Einsatz zu einer Effizienzsteigerung im Sinne der Nutzer:innen führen kann, z. B. die Kombination von flexiblen Arbeitszeitregelungen und Bereitstellung von Informationsmaterialien „rund um die Pflege“.

Bereitstellung einer Angebotspalette

Je nach den individuell unterschiedlichen pflegerischen, privaten und beruflichen Anforderungen sowie vorhandenen Ressourcen setzen erwerbstätige Pflegenden

unterschiedliche Strategien ein, um für sich eine Balance zwischen Erwerbstätigkeit und Pflege zu erreichen. Während für einige die Nutzung unterschiedlicher Arbeitszeitmodelle, z. B. Teilzeit, möglich und vorteilhaft ist, schafft für andere die Inanspruchnahme ambulanter Pflegedienste oder weiterer Helfer:innen Entlastung. Dies wiederum bedeutet, dass es die ideale Form der Unterstützung für alle pflegenden Arbeitnehmer:innen *nicht* gibt. Vielmehr ist es notwendig, eine den individuellen Wünschen und Bedürfnissen *gemäß breite Palette* von Hilfsangeboten bereit zu halten, damit eine erfolgreiche Vereinbarkeit gelingen kann. So muss neben gesetzlichen und tarifvertraglichen bzw. betrieblichen Regelungen, die Pflegende vom Wohlwollen ihrer Vorgesetzten mehr oder minder unabhängig machen, stets auch Raum für individuelle Lösungen sein.

Verstärkte Kooperation bzw. Vernetzung zwischen Unternehmen, Diensten und Einrichtungen der Altenhilfe und Politik

Effektive Maßnahmen zur Unterstützung von pflegenden Arbeitnehmer:innen sollten insbesondere in der Arbeitswelt verankert sein. Unternehmen müssen – wie auch im Falle der Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Kindererziehung – ihren spezifischen Beitrag zur Problembewältigung leisten. Aber Unternehmen haben *nicht* die alleinige Verantwortung, vielmehr sind auch die Pflegepolitik und die Träger von sozialen Diensten gefragt. So empfiehlt z. B. das zuständige Bundesarbeitsministerium die Vernetzung von Unternehmen und sozialpflegerischen Diensten in Form von partnerschaftlichen Kooperationen auf kommunaler bzw. regionaler Ebene (BMAS, 2012) sowie die bedarfsgerechte Ausweitung des Angebots an ambulanten und teilstationären Einrichtungen. Ergänzend hierzu, sollte dem Auf- und Ausbau nachbarschaftlicher Hilfen bzw. der Förderung des ehrenamtlichen Engagements ein besonderes Augenmerk gelten.

Gesellschaftliche Anerkennung der Pfl egetätigkeit und der besonderen Leistungen erwerbstätiger Pflegender

Erwerbstätige Pflegende betonen immer wieder, dass sie in aller Regel gern sowohl der Pflege- als auch der Berufstätigkeit nachgehen und dies auch weiter tun wollen. Dennoch verweisen sie häufig auf die fehlende Anerkennung ihrer Leistungen sowohl von Kolleg:innen als auch vom Arbeitgeber. Auch kritisieren sie, sich für ihre Entscheidung zu pflegen, vielfach rechtfertigen zu müssen. Eine stärkere gesamtgesellschaftliche Würdigung könnte z. B. in einer generellen Erhöhung des familienfreundlichen Bewusstseins in Unternehmen aller Branchen und über alle Hierarchieebenen hinweg liegen (BMAS, 2012). Eine gezielte Informations- und Öffentlichkeitsarbeit ist ebenfalls in hohem Maße dazu

geeignet, das Thema „Pflege“ in den Mittelpunkt der Gesellschaft zu holen und es zu enttabuisieren.

Gesetzliche Regelungen, die den Bedürfnissen von erwerbstätigen Pflegenden entsprechen

Der unabhängige Beirat zur Vereinbarkeit von Beruf und Pflege hat nach vierjähriger Arbeit kürzlich eine Vielzahl von Handlungsempfehlungen ausgesprochen, die u. a. auch das Pflegezeitgesetz und das Familienpflegezeitgesetz betreffen. Diese Empfehlungen beziehen sich auf nachstehend genannte Aspekte, die an dieser Stelle nur thesenartig und auszugsweise wiedergegeben werden. Ein vollständiger Überblick findet sich im 1. Bericht des unabhängigen Beirates auf den Seiten 45 bis 49.

1. *Finanzielle Unterstützung:* Einführung einer steuerfinanzierten Lohnersatzleistung analog zum Elterngeld und Abschaffung der bislang möglichen Beantragung eines Darlehns.
2. *Freistellungen zur kurzfristigen Arbeitsverhinderung:* Ausweitung der Dauer der Freistellung im Rahmen des Familienpflegezeitgesetzes von 24 Monaten auf 36 Monate.
3. *Zum Begriff der nahen Angehörigen:* Ausweitung des Begriffs „nahe Angehörige“ sowie Prüfung der Anspruchsberechtigung von Menschen, die dem Pflegebedürftigen nahestehen, ohne dass ein Verwandtschaftsverhältnis vorliegt.
4. *Vereinfachung der gesetzlichen Grundlage:* Zusammenführung von Pflegezeitgesetz und Familienpflegezeitgesetz
5. *Weiterentwicklung des Pflegezeitgesetzes und des Familienpflegezeitgesetzes:* Vermeidung von „Fehlanreizen“, die gerade Frauen zur Aufgabe der Berufstätigkeit bewegen könnten und regelmäßige Evaluierung der Gesetze.

Folgendes Zitat fasst die Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der Gesetzeslage für erwerbstätige Pflegenden noch einmal zusammen:

„Zu den dringend für erforderlich gehaltenen grundsätzlichen Veränderungen gehören eine vereinfachte Gesetzeslage, vereinfachte Verfahren, ein verbesserter Rechtsanspruch auf Freistellung sowie Lohnersatzleistung in Erweiterung und Zusammenführung des Pflegezeitgesetzes und des Familienpflegezeitgesetzes, eine Flexibilisierung der Anspruchszeiten, bessere finanzielle Absicherung.“ (Konferenz der Minister und Ministerinnen, Senatoren und Senatorinnen für Arbeit und Soziales der Länder, 2018, S. 17).

Schließlich sollten auch die Reformvorschläge zur verbesserten finanziellen Absicherung von Pflegenden im Rahmen der Pflegeversicherung Beachtung finden (Rothgang & Domhoff, 2019), denn die Übernahme der häuslichen Pflege darf nicht zu Benachteiligungen führen und soziale Ungleichheiten verschärfen (Knauthe & Deindl, 2019).

6 Ausblick

Resümierend bleibt zunächst mit Blick auf die Unternehmen festzustellen, dass noch einiges zu tun ist, um die Situation von Arbeitnehmer:innen mit Pflegeverpflichtungen zu verbessern. Bei der Beurteilung der bisherigen Ausführungen kann man sich streiten, ob „das Glas halb voll oder halb leer“ ist. Unstrittig ist, dass nicht nur bei der familienfreundlichen, sondern auch pflegefreundlichen Gestaltung der Arbeitswelt Entwicklungsfortschritte erkennbar sind und ein Prozess des Umdenkens und der Umorientierung stattgefunden hat bzw. stattfindet. Hier könnten mehr und bessere tarifvertragliche Regelungen gute Anreize geben. Aber auch der Gesetzgeber ist gefordert, denn es besteht in Bezug auf die weiter oben vorgestellten Gesetze durchaus noch Nachbesserungsbedarf. Wie geschildert, sind sie an die Lebens-, Arbeits- und Pflegesituation der betroffenen Männer und Frauen anzupassen und in diesem Rahmen sind sie Eltern mit Erziehungsaufgaben gleichzustellen. Allerdings ist auch zu konstatieren, dass die Breite und Geschwindigkeit des Umdenkens und des Umorientierens langsamer voranschreitet als vermutet. Der oben genannte time-lag von 20 Jahren spricht für sich. Die Pflege bedarf einer breiten gesellschaftlichen Anerkennung und eines entsprechend förderlichen Diskurses, wie dies bei der Kindererziehung bereits erreicht worden ist. Denn folgender Wunsch wird immer wieder von vielen erwerbstätigen Pflegenden formuliert: „Wir möchten am Arbeitsplatz genau so normal behandelt werden wie Mütter und Väter!“

Literatur

- Au, C., & Sowarka, D. (2007). Die Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege. *Informationsdienst Altersfragen*, 3.
- Auth, D., Dierkes, M., Leiber, S., & Leitner, S. (2015). Trotz Pflege kein Vereinbarkeitsproblem? Typische Arrangements und Ressourcen erwerbstätiger Söhne. Papier für die Tagung der Hans-Böckler-Stiftung „Soziale und gesundheitsbezogene Dienstleistungsarbeit im Wohlfahrtsstaat“. Hattingen, 01.-02. Juni 2015.

- Beck, B. (1997). Fallstudien über erwerbstätige Hilfe-/Pflegeleistende in Deutschland. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Betriebliche Maßnahmen zur Unterstützung pflegender Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. Schriftenreihe des BMFSFJ, Band 106.1. Stuttgart.
- Bäcker, G., & Stolz-Willig. (1998). Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege – Anforderungen an die Arbeitswelt und die Tarifparteien. In G. Naegele & M. Reichert (Hrsg.), *Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege. Nationale und internationale Perspektiven I*, Vincentz.
- Bäcker, G., Naegele, G., & Bispinck, R. (2020). *Sozialpolitik und Soziale Lage – ein Handbuch: Band II* (6. vollständig überarbeitete Auf.). Springer VS.
- Behrens, D. A., Kreimer, M., Mucke, M., & Franz, N. E. (2018). *Familie – Beruf – Karriere. Daten, Analysen und Instrumente zur Vereinbarkeit*. Springer Gabler.
- BMAS (Bundesministerium für Arbeit und Soziales.) (Hrsg.). (2012). *Arbeit der Zukunft gestalten. Ergebnisse eines Fachdialogs*. Initiiert vom BMAS und der Initiative für Beschäftigung. Berlin: Initiative für Beschäftigung. http://www.initiative-fuer-beschaeftigung.de/fileadmin/PDF/IfB_Dialogprozess/IfB_Fachtagung_Thesenpapier.pdf.
- BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend). (2018). Die Familienpflegezeit. <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/themen/aeltere-menschen/vereinbarkeit-von-pflege-und-beruf/familienpflegezeit/die-familienpflegezeit-75714>.
- BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend). (2021). Elterngeld und ElterngeldPlus. <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/themen/familie/familienleistungen/elterngeld/elterngeld-und-elterngeldplus/73752>.
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit). (2017). Dir Pflegeversicherung. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/online-ratgeber-pflege/die-pflegeversicherung.html>.
- BDA (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände). (2013). Vereinbarkeit von Familie und Beruf – Praxisbeispiele aus der Wirtschaft. <http://www.arbeitgeber.de/www/arbeitgeber.nsf/res/57B095F497D2E6BAC1257B90002C8413/file/Vereinbarkeit-Familie-und-Beruf.pdf>.
- Christofczik, R. (2020). Rentenübergänge bei privaten erwerbstätigen Pflegepersonen – Wünsche und Erwartungen. In G. Naegele & M. Hess (Hrsg.), *Alte und neue soziale Ungleichheiten bei Berufsaufgabe und Rentenübergang. Ergebnisse des EXTEND-Projektes*. Springer VS
- Eggert, S., Sulmann, D., & Teubner, C. (2018). Vereinbarkeit von Beruf und Pflege – 2018. Quantitative Unternehmensbefragung. https://www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP_Analyse_BerufPflegeDemenz_vf.pdf.
- Ehrlich, U., Minkus, L., & Hess, M. (2020). Einkommensrisiko Pflege? Der Zusammenhang von Pflege und Lohn. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 53, 22–28.
- Franke, A., & Reichert, M. (2012). Carers@Work. Zwischen Beruf und Pflege: Konflikt oder Chance? Ein europäischer Vergleich. Analyse der internationalen Forschungsliteratur. <http://www.carersatwork.tu-dortmund.de/download/Literature%20review.pdf>.
- Franke, A., Kramer B., & Jann, P. M. (2019). Aktuelle Befunde zu „distance caregiving“. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 52.
- Gerlach, I., Ahrens, R., Pälme, C., & Schneider, A.-K. (2017). *Pflege und Beruf: Vereinbarkeit stärken als Region – Ein Leitfaden zum Netzwerkaufbau*. <https://www.ffp.de/reader/projekt-zeigt-potenzial-pflegende-angehoerige-durch-kommunale-netze-staerken.html>.

- Geyer, J. (2016). Informell Pflegende in der deutschen Erwerbsbevölkerung: Soziodemografie, Pflegesituation und Erwerbsverhalten. In Zentrum für Qualität in der Pflege (Hrsg.), *ZQP-Themenreport: Vereinbarkeit von Beruf und Pflege*. <https://www.zqp.de/produkt/report-beruf-pflege/?hilite=Geyer>.
- Hielscher, V., Kirchen-Peters, S., & Nock, L. (2017). *Pflege in den eigenen vier Wänden Zeitaufwand und Kosten: Pflegebedürftige und ihre Angehörige geben Auskunft*. Hans-Böckler-Stiftung.
- Hobler, D., Lott, Y., Pahl, S., & Bischoff (2020). Stand der Gleichstellung von Frauen und Männern in Deutschland, Report Nr. 56, Februar 2020. https://www.boeckler.de/de/faust-detail.htm?sync_id=8844.
- Hoff, A., Reichert, M., Hamblin, K., Perek-Bialas, J., & Principci, A. (2014). Informal and formal reconciliation strategies of older peoples' working carers: The European carers@work project. *Vulnerable Groups and Inclusion*, 5. <http://www.vulnerablegroupsandinclusion.net/index.php/vgi/article/view/24264>.
- Keck, W. (2012). *Die Vereinbarkeit von häuslicher Pflege und Beruf*. Huber.
- Keck, W. (2016). Was kommt nach der Pflege? *Sozialer Fortschritt*, 65, 5.
- Knauth, K., & Deindl, C. (2019). *Altersarmut von Frauen durch häusliche Pflege. Gutachten für den Sozialverband Deutschland*. https://www.sovd.de/fileadmin/bundesverband/pdf/broschueren/pflege/SoVD_Gutachten_Altersarmut_Frauen2019.pdf
- Kochskämper, S., Neumeister, S., & Stockhausen, M. (2020). Wer pflegt wann und wie viel? *Eine Bestandsaufnahme zur häuslichen Pflege in Deutschland*. IW-Trends, 47. Jg, Nr. 4. <https://www.iwkoeln.de/studien/susanna-kochskaemper-maximilian-stockhausen-eine-bestandsaufnahme-zur-haesuslichen-pflege-in-deutschland-491244.html>.
- Kohler, S., & Döhner, H. (2012). Carers@work. Carers between work and care. Conflict or chance? Results of interviews with working carers. National Report Germany. <http://www.carersatwork.tu-dortmund.de/download/National%20report%20GER.pdf>.
- Konferenz der Minister und Ministerinnen, Senatoren und Senatorinnen für Arbeit und Soziales der Länder. (2018). Ergebnisprotokoll der 95. Konferenz. Verfügbar unter: https://asmkintern.rlp.de/fileadmin/asmkintern/Beschluesse/Beschluesse_95_ASMK_Extern/Externes_Ergebnisprotokoll_ASMK_2018.pdf.
- Kümmerling, A., & Bäcker, G. (2012). Zwischen Beruf und Pflege. Betriebliche Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflegeverpflichtungen. http://www.carersatwork.tu-dortmund.de/download/CarersAtWork_final_June_2012.pdf.
- Leitner, S., & Vukoman, M. (2015). Zeit, Geld, Infrastruktur? Vereinbarkeitspolitik für pflegende Angehörige. *Gender Zeitschrift für Geschlecht, Kultur und Gesellschaft*, 7(1), 97–112.
- Martin-Matthews, A. (1996). Caught in the middle? Occupancy in multiple roles and help to parents in a national probability sample of Canadian adults. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 51B, 274–283.
- Naumann, D., Teubner, C., & Eggert, S. (2016). ZPQ-Bevölkerungsbefragung „Vereinbarkeit von Pflege und Beruf“. In Zentrum für Qualität in der Pflege (Hrsg.), *ZQP-Themenreport: Vereinbarkeit von Beruf und Pflege*. <https://www.zqp.de/produkt/analyse-beruf-pflege-bevoelkerung/?hilite=Naumann>.

- Naegele, G., & Reichert, M. (1998). Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege in Deutschland. Ein Überblick. In G. Naegele & M. Reichert (Hrsg.), *Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege. Nationale und internationale Perspektiven I*. Vicentz
- Phillips, J. (1996). *Working and Caring: Developments at the workplace for family carers of disabled and older people*. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
- Pinquart, M. (2016). Belastungs- und Entlastungsfaktoren pflegender Angehöriger – die Bedeutung der Erwerbstätigkeit. In Zentrum für Qualität in der Pflege (Hrsg.), *Vereinbarkeit von Beruf und Pflege*. <https://www.zqp.de/produkt/report-beruf-pflege/?hilite=Pinquart>.
- Reichert, M. (1997). Analyse relevanter Literatur zum Thema "Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Hilfe/Pflege für ältere Angehörige." In Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.), *Betriebliche Maßnahmen zur Unterstützung pflegender Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer*. Schriftenreihe des BMFSFJ, Band 106.1. Stuttgart.
- Reichert, M. (2015). *Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege in Nordrhein-Westfalen (Perspektive der pflegenden Angehörigen)*. Expertise im Auftrag des Ministeriums für Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Reichert, M. (2016). Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege. (K)ein Thema für Unternehmen? In G. Naegele, E. Olbermann, & A. Kuhlmann (Hrsg.), *Teilhabe im Alter gestalten. Aktuelle Themen der Sozialen Gerontologie*. Springer VS
- Rothgang, H., & Unger, R. (2013). Forschungsbericht zum FNA-Projekt „Auswirkungen einer informellen Pflegeetätigkeit auf das Alterssicherungsniveau von Frauen“. *FNA-Journal*, 4.
- Rothgang, H., Müller, R., Runte, R., & Unger, R. (2017). BARMER Pflegereport 2017. *Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse*, 5 <https://www.barmer.de/resource/blob/1028610/ac141c44b72fe5a24a6d453c6fda9bf0/barmer-pflegereport-2017-band-5-data.pdf>.
- Rothgang, H., & Müller, R. (2018). BARMER Pflegereport 2018. *Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse*, 12. <https://www.barmer.de/presse/infotehk/studien-und-reporte/pflegereport/pflegereport-2018-1058898>
- Rothgang, H., & Domhoff, D. (2019). Die Pflegebürgerversicherung als Vollversicherung. Working paper Forschungsförderung, 150. Hans-Böckler-Stiftung. https://www.boeckler.de/pdf/p_fofoe_WP_150_2019.pdf.
- Scharlach, A., Lowe, B. F., & Schneider, E. L. (1991). *Elder care and the work force: Blueprint for action*. Lexington Books
- Schneekloth, U., & Müller, U. (1999). *Wirkungen der Pflegeversicherung*. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, 127. Nomos.
- Schneekloth, U., & Wahl, H. W. (2005). *Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III) – Repräsentativbefunde und Vertiefungsstudien zu häuslichen Pflegearrangements, Demenz und professionellen Versorgungsangeboten. Integrierter Abschlussbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend*. <https://nb.info/977682005/34>.

- Schneekloth, U., Geiss, S., & Pupeter, M. (2017). *Studie zur Wirkung des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes (PNG) und des ersten Pflegestärkungsgesetzes (PSG I). Abschlussbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit*. TNS Infratest Sozialforschung.
- Schneider, H., Heinze, J., & Hering, D. (2011). Betriebliche Folgekosten mangelnder Vereinbarkeit von Beruf und Pflege. Expertise im Rahmen des Projekts Carers@Work. Zwischen Beruf und Pflege: Konflikt oder Chance? Berlin: Westfälische Wilhelms-Universität Münster/Steinbeis-Hochschule (Hrsg.). http://www.carersatwork.tu-dortmund.de/download/Expertise_final.pdf.
- Schumann, F., & Kather-Skibbe, P. (2016). Vereinbarkeit von Beruf, Familie und Pflege – eine Frage der Zeit? *Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit*, 2. Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hrsg.), Serie: Archiv für Wissenschaft und Praxis. Freiburg: Lambertus.
- Statistisches Bundesamt. (2021). Erwerbstätigkeit. https://www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Arbeitsmarkt/Erwerbstaetigkeit/_inhalt.html.
- Statistisches Bundesamt. (2020). Kleine und mittlere Unternehmen. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Branchen-Unternehmen/Unternehmen/Kleine-Unternehmen-Mittlere-Unternehmen/Tabellen/wirtschaftsabschnitte-ingesamt.html>.
- Suhr, R., & Naumann, D. (2016). Vereinbarkeit von Beruf und Pflege. Rahmenbedingungen und Bedarfslagen. In K. Jacobs, S. Kuhlmeier, J. Greß, A. Klauber, & B. Schwinger (Hrsg.), *Pflegereport 2016, Schwerpunkt: Die Pflegenden im Fokus*, Schattauer.
- Unabhängiger Beirat für die Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege. (2019). *Erster Bericht des unabhängigen Beirates für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf*. <https://www.bmfsfj.de/blob/138138/1aac7b66ce0541ce2e48cb12fb962eef/erster-bericht-des-unabhaengigen-beirats-fuer-die-vereinbarkeit-von-pflege-und-beruf-data.pdf>.
- ZQP (Zentrum für Qualität in der Pflege). (Hrsg.). (2013). Vereinbarkeit von Beruf und Pflege. Ermöglichen, Entlasten, Erhalten. <http://zqp.de/upload/content.000/id00046/attachment02.pdf>.
- ZQP (Zentrum für Qualität in der Pflege). (Hrsg.) (2014). ZQP-Bevölkerungsbefragung „Vereinbarkeit von Pflege und Beruf“. <http://www.zqp.de/upload/content.000/id00382/attachment00.pdf>.
- ZQP (Zentrum für Qualität in der Pflege). (2016). *ZQP-Themenreport: Vereinbarkeit von Beruf und Pflege*. https://www.zqp.de/wp-content/uploads/Report_Vereinbarkeit_Beruf_Pflege_Pflegende_Angehoerige.pdf.

Monika Reichert, MA in Psychologie, ist Professorin für Soziale Gerontologie und Lebenslaufforschung an der Fakultät „Sozialwissenschaften“ der TU Dortmund in Deutschland. Ihre wissenschaftlichen Arbeiten befassen sich der Vereinbarkeit von Beruf und Pflege, Langzeitpflege für Demenzzranke und neuerdings auch mit sozialer Ungleichheit im späten Erwerbsleben. Ihre empirische Expertise umfasst sowohl quantitative als auch qualitative Methoden. Ihre jüngste Veröffentlichung befasst sich mit der Vereinbarkeit von beruflicher und häuslicher Pflege in Deutschland, erschienen 2020 in G. Naegele und M. Hess (Hg.) „Alte und neue soziale Ungleichheiten bei Berufsaufgabe und Rentenübergang“, Springer VS.

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der 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.





Pflegekräftemangel – zusammenführende Kommentierung

Hiroko Kudo

Diese Sektion befasst sich mit den Akteuren der Altenpflege sind und erörtert die Herausforderungen, mit denen sie in Japan und Deutschland konfrontiert sind.

Der Beitrag von Miyoko Motozawa „Wertschätzung und Unterstützung pflegender Familienangehöriger in Japan“ geht auf die Veränderungen im japanischen Zivilrecht seit der Meiji-Zeit sowie auf den Stellenwert des darin geregelten *ie*-Systems und der Familie ein. Die vom japanspezifischen Familiensystem geprägten sozialen Sicherungssysteme werden dargelegt und die japanische Pflegeversicherung, für die nach allgemeiner Auffassung das deutsche Modell Pate stand, erläutert. Allerdings ist die japanische im Unterschied zur deutschen Pflegeversicherung *de facto* auf ältere Menschen beschränkt. Ferner wird darauf eingegangen, wie sich die pflegerische Versorgung im Zuge des raschen Wandels in den japanischen Familien verändert hat. Das Zivilgesetzbuch der Meiji-Zeit wurde nach Inkrafttreten der japanischen Verfassung nach dem Zweiten Weltkrieg vollständig überarbeitet. Die Folge war eine drastische Veränderung der rechtlichen Stellung der Familie und des *ie*-Systems. Das traditionelle Familiensystem hat sich jedoch bis heute gehalten und prägt im Rahmen der Pflegeversicherung immer noch die Regelungen in Bezug auf die Pflege durch Angehörige. Der Beitrag vergleicht die Situation in Japan und Deutschland und macht Vorschläge, wie die Pflegearbeit von Angehörigen und anderen informellen Helfer:innen in Japan angemessener gewürdigt werden kann.

H. Kudo (✉)
Chuo University, Tokyo, Japan
E-Mail: hirokokd@tamacc.chuo-u.ac.jp

© Der/die Autor(en) 2022
F. Waldenberger et al. (Hrsg.), *Alterung und Pflege als kommunale Aufgabe*,
Dortmunder Beiträge zur Sozialforschung,
https://doi.org/10.1007/978-3-658-36844-9_14

229

Konkret wird angeregt, sowohl das Pflegezeitsystem als auch Leistungen aus der Pflegeversicherung diesbezüglich auszubauen. Anhand von Beispielen aus der Präfektur Saitama und der Stadt Kobe wird der Vorschlag veranschaulicht.

Masanobu Masuda geht in seinem Beitrag auf die Pflege durch Senior:innen und ausländische Beschäftigte in Japan ein. Durch die Einführung der Pflegeversicherung sind zwar die Versicherungsleistungen erweitert worden, die zu ihrer praktischen Umsetzung erforderliche Bereitstellung von ausreichendem professionellem Pflegepersonal ist aber nach wie vor ein ungelöstes Problem. Daran anknüpfend werden von der Regierung eingeleitete Maßnahmen erörtert, mit denen der Mangel an Pflegepersonal bewältigt werden soll. Sie zielen auf eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen von Pflegekräften ab, adressieren den Ausbau der Ausbildung von in der Pflege benötigten Fachkräften, die Vermeidung von Fluktuation durch die Bindung des vorhandenen Pflegepersonals, die Erhöhung ihrer Produktivität sowie die Steigerung der Attraktivität der Pflegeberufe und die Schaffung eines Rahmens für die Aufnahme ausländischer Arbeitskräfte, der bislang fehlte.

Im Weiteren erörtert der Beitrag die „*Beteiligung gesunder und agiler Senior:innen*“ nach dem Motto „*Pflege alter Menschen durch alte Menschen*“. Hier sind insbesondere Nichtfamilienangehörige gemeint, womit sich die Darstellung von Miyoko Motozawas Vorschlag abhebt. Bereits jetzt sind viele hochmotivierte „*gesunde und agile Senior:innen*“ über das Renteneintrittsalter hinaus als Pflegekräfte in der stationären wie in der häuslichen Pflege tätig. Die durchweg guten Erfahrungen, die anhand eines Fallbeispiels aus der Präfektur Mie belegt werden, wecken große Erwartungen an eine Ausweitung des Einsatzes älterer Menschen als Pflegehelfer:innen. Im Hinblick auf den vermehrten Einsatz von Pflegekräften aus dem Ausland, wird auf die vier, dazu von der japanischen Regierung verabschiedeten Programme und deren Implementierung eingegangen. Ausblickend wird darauf hingewiesen, dass die in dem Beitrag erörterten Programme und Maßnahmen noch bei weitem nicht ausreichen, um die bestehenden Herausforderungen zu bewältigen, und deshalb u. a. auch auf den vermehrten Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien sowie Roboter gesetzt wird.

Monika Reichert erörtert in ihrem Beitrag die vielfältigen Fragen und Probleme im Hinblick auf die Vereinbarkeit von Pflege und Erwerbstätigkeit in Deutschland. Sie stellt damit die deutsche Situation der von Miyoko Motozawa beschriebenen japanischen Lage gegenüber. Ausgehend von der Analyse vorhandener Studien wird auf die Schwierigkeiten hingewiesen, die tatsächliche Lage der pflegenden Erwerbstätigen und die differenzierten Herausforderungen, mit denen diese und ihre Familien konfrontiert sind, zu ermitteln, um darauf dann

bedarfsadäquat reagieren zu können. Der Beitrag liefert einen Überblick über die in Deutschland für die Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege derzeit bestehenden gesetzlichen, tarifvertraglichen und betrieblichen Regelungen sowie über Vorschläge zu ihrer jeweiligen Ausweitung und Verbesserung. Konkret wird vorgeschlagen, mehr finanzielle Unterstützungen zu leisten, die bestehenden Freistellungen zur kurzfristigen Arbeitsverhinderung auszuweiten, den Begriff „nahe Angehörige“ neu zu definieren, die gesetzlichen Grundlagen zu vereinfachen sowie das Pflegezeit- und das Familienpflegezeitgesetz weiter zu entwickeln.

Hildegard Theobald befasst sich in ihrem Beitrag zur Lage professioneller Pflegekräfte in Deutschland mit Fragen, die bereits von Masanobu Masuda für Japan thematisiert wurden. Behandelt werden u. a. die Arbeitsbedingungen, die Nutzung von digitalen Technologien sowie der Einsatz von Pflegekräften aus dem Ausland. Der Beitrag beleuchtet das deutsche Pflegesystem im Rahmen einer Mehrebenen-Governance, wobei insbesondere die Rolle der Kommunen fokussiert wird. Dabei wird auch das Zusammenspiel der verschiedenen, dabei involvierten gesellschaftlichen Akteure in den Blick genommen. Der für Deutschland beschriebene Personalmangel zeigt Parallelen zu Japan auf. Als potenzielle Gründe werden insbesondere identifiziert: die geringe Attraktivität der Ausbildung, die hohen Hürden beim Erwerb fachlicher Qualifikationen sowie die schwierigen Arbeitsbedingungen. In diesem Zusammenhang geht der Beitrag auch auf kürzlich erfolgte Reformen in der Ausbildung der Pflegeberufe ein. Hildegard Theobald verweist in ihrer Identifizierung von wirksamen Lösungen insbesondere auf die Digitalisierung, die geeignet sei, die Belastungen der Pflegekräfte wirksam zu verringern und dadurch das Pflegepersonal länger im Beruf zu halten. Obwohl die Digitalisierung in Deutschland noch nicht sehr weit vorangeschritten ist, bietet dieses Handlungsfeld insbesondere auch den Kommunen eine Option, sich aktiv an der Bewältigung des Pflegepersonalbedarfs zu beteiligen. Anhand von Modellprojekten aus Niedersachsen werden erfolgreiche kommunale Initiativen beschrieben und bewertet, die auf einer Zusammenarbeit zwischen Hochschulen und Kommunen beruhen und darauf abzielen, die Pflegepersonalknappheit lokal zu lösen. Zu der von vielen und auch von ihr selbst favorisierten Lösung einer vermehrten Rekrutierung ausländischer Pflegekräfte macht Hildegard Theobald auf zahlreiche, bislang noch weitgehend ungelöste Implementierungsprobleme aufmerksam. Auch wenn in Deutschland schon jetzt wesentlich mehr ausländische Pflegekräfte tätig sind als in Japan, stehen beide Länder bei der weiteren Ausschöpfung dieses Arbeitskräftepotenzials vor ähnlichen Herausforderungen.

Die vier Beiträge zum Thema Pflegepersonal in Japan und Deutschland identifizieren Ähnlichkeiten und Unterschiede, gemeinsame Herausforderungen

und Lösungen, aber auch für das jeweilige Land spezifische Problemlagen. Zwar wird dem japanischen Pflegeversicherungssystem nachgesagt, sich stark am deutschen Modell orientiert zu haben. Tatsächlich wurden jedoch nur Teilbereiche des deutschen Systems als Referenz herangezogen, woraus sich wesentliche Systemunterschiede in der Implementierung ergeben. Bevor man jedoch zu stark den Fokus darauf richtet, sollte man sich zunächst der Unterschiede in den tradierten Familiensystemen und dem darauf basierenden Familienbegriff bewusst sein. In Japan haben beide auch heute noch einen erheblichen Einfluss auf die pflegerische Versorgung, vor allem in der häuslichen Pflege. Dies scheint aber in relevanten Teilbereichen auch auf die deutsche Situation zuzutreffen. So gilt für die Situation „erwerbstätiger Pflegende“, dass hinter der Bereitschaft, diese Belastungen auf sich zu nehmen, auch in Deutschland immer noch weitverbreitete kulturelle Pflegeorientierungen vermutet werden können. Insofern unterscheidet sich in dieser Hinsicht die deutsche kaum von der japanischen Situation.

In beiden Ländern gestaltet sich die Sicherstellung des Pflegepersonalbedarfs als schwierig, u. a. bedingt durch die belastungsintensiven Arbeitsbedingungen in der Pflege und die anspruchsvollen Qualifizierungsanforderungen. Beide Länder bemühen sich derzeit sowohl um die vermehrte Beschäftigung ausländischer Pflegekräfte als auch um den Einsatz digitaler Technologien. Eine erfolgreiche Rekrutierung von ausländischen Pflegekräften ist in beiden Ländern an hohe Voraussetzungen geknüpft. Zum Einsatz neuer Technologien, einschließlich der Digitalisierung und Robotik, sei auf die Beiträge in Sektion 4 verwiesen.

Obgleich das traditionelle Familiensystem in Japan nach wie vor stark präsent ist, hat im Zuge des demografischen Wandels – insbesondere in Folge rückläufiger Geburtenziffern – die Zahl der Eheschließungen zwischen Einzelkindern zugenommen. Dadurch kommt es immer häufiger vor, dass die Ehefrau des ältesten Sohnes, die *yome*, das einzige Kind in ihrer eigenen Familie ist. Dies führt dazu, dass sie sich nicht nur um ihre Schwiegereltern, sondern auch um ihre eigenen Eltern kümmern muss, was eine erhebliche Doppelbelastung darstellt; selbst dann, wenn die zu Pflegenden noch keiner vollen Pflege bedürfen. Auch kommt es in Japan immer häufiger vor, dass wegen der Pflege der Eltern Männer erst später oder gar nicht heiraten. Häufig gelingt es den Betroffenen dann nicht, Pflege und Beruf zu vereinbaren; oftmals mit der Folge, ihre Arbeit aufzugeben, um sich ganz der Pflege ihrer Eltern widmen zu können. In vielen Fällen geraten die Betroffenen später dann in finanzielle Not, wenn nach dem Tod der Eltern die Rentenbezüge der Eltern ausbleiben und/oder die Rückkehr ins Berufsleben nicht (mehr) gelingt. Dies hat sich inzwischen zu einem stark beachteten sozialen Problem entwickelt.

Ein wesentlicher Unterschied zwischen Japan und Deutschland dürfte darin liegen, welche Bedeutung älteren Menschen in der pflegerischen Versorgung beigemessen wird – unabhängig davon, ob man eine solche Beschäftigung positiv oder negativ bewertet. Wie der japanische Ausdruck *rōrōkaigo* (老老介護) „Alte pflegen Alte“ veranschaulicht, ist in Japan mit dem Eintritt in die superalte Gesellschaft die Pflege älterer Menschen durch ihre „Kinder“, die selbst bereits zur älteren Generation zählen, bereits zur Realität geworden. Es gehört jedoch auch zu dieser Realität, dass gesunde und agile Senioren in ihrem lokalen Umfeld Aufgaben als Pflegehelfer übernehmen und darin einen Lebenszweck finden. Dieser Aspekt wird in Deutschland und anderen Ländern bisher kaum wahrgenommen und sollte einschließlich der damit einhergehenden Vor- und Nachteile weiter analysiert und erörtert werden. Wie über die Lebensfreude gesunder und agiler Senioren diskutiert wird, hängt von dem jeweiligen Altersbild einer Gesellschaft ab, das je nach Land und Region stark variiert.

Die Einstellung, dass „Familienprobleme von der Familie zu lösen sind“, ist nicht unbedingt auf Japan beschränkt, sondern findet sich auch in anderen Ländern. Entscheidend ist jedoch, ob das staatliche Pflegesystem auf dieser Einstellung basierend konzipiert wird. Hier zeigt sich, wie sehr das japanische System der Vergangenheit verhaftet geblieben ist. Im Gegensatz zu Deutschland, wo eine Neudefinition des Begriffs der nahen Angehörigen erwogen wird, scheint sich das Familienbild in Japan wenig verändert zu haben. Während in Deutschland viele konkrete Lösungen für die Vereinbarkeit von Pflege und Erwerbstätigkeit vorgeschlagen und umgesetzt werden, wurden in Japan bisher kaum konkrete Maßnahmen in Erwägung gezogen.

Beide Länder setzen große Erwartungen in die Digitalisierung. Auf die konkreten Inhalte und Potentiale wird in Sektion 4 dieses Buches eingegangen. Es lassen sich jedoch bereits erhebliche inhaltliche Unterschiede mit Blick auf eingesetzte Technik feststellen. Während Japan die Digitalisierung, speziell den Einsatz von Robotern und KI im Pflegesektor vorantreibt, als eigenständige Ressource in der pflegerischen Versorgung sieht, scheint der Fokus in Deutschland eher auf deren ergänzenden Funktion bei der Unterstützung professioneller Pflegekräfte zu liegen. Insgesamt jedoch bringt der Einsatz neuer Technologien in beiden Ländern ganz erhebliche Herausforderungen mit sich. Dazu gehören beispielsweise die Auswahl und Standardisierung der jeweils einzusetzenden Technologien, die diesbezügliche Ausbildung und Sicherstellung der erforderlichen Qualifikationen, und vor allem die Frage, wie künftig das Verhältnis zwischen Pflegenden bzw. zu Pflegenden auf der einen Seite und Technologie auf der anderen Seite gestaltet werden soll.

Hinsichtlich des Einsatzes von ausländischen Pflegekräften stehen Japan und Deutschland vor ähnlichen Herausforderungen. Es gibt jedoch unterschiedliche Auffassungen dazu. Diese finden sich nicht nur in den jeweiligen nationalen Politiken, sondern zeigen sich auch in den Einstellungen der Pflegenden vor Ort und bei den Pflegebedürftigen selbst. Ein Grund könnte darin liegen, dass in Japan vor der Zulassung ausländischer Pflegekräfte die Regierung zunächst den Rechtsrahmen für deren Rekrutierung schaffen musste, während in Deutschland und anderen europäischen Ländern ausländische Pflegekräfte schon längere Zeit im Einsatz waren, bevor Überlegungen über deren formale Qualifikation angestellt wurden. In den europäischen Ländern wurden also rechtliche Regelungen erst nachträglich geschaffen, nachdem in den Privathaushalten die Zahl der ausländischen Pflegekräfte und Haushaltshilfen bereits erheblich angestiegen war. Es ging also nicht primär darum, Personal aus dem Ausland zu rekrutieren, sondern die schon im Inland tätigen Personen in das System zu integrieren.

Grundsätzlich sollte nicht nur der Einsatz ausländischer Arbeitskräfte von der Angebotsseite her, sondern insgesamt stärker auch aus der Perspektive der zu Pflegenden, also von der Nachfrageseite her, betrachtet werden. Wichtig ist ferner zu berücksichtigen, dass die Nachfrageperspektive auch die pflegenden Familien einbeziehen sollte. Japan kann von Deutschland viel über Methoden der Ausbildung von Pflegekräften und die Rolle der Kommunen lernen. Zwar bildet das Thema der Ausbildung keinen eigenen Schwerpunkt in diesem Band, ihm sollte aber künftig mehr Bedeutung in vergleichenden Studien sowohl in der Forschung wie in der Praxis beigemessen werden.

Prof. Dr. Hiroko Kudo ist Professorin für öffentliche Politik und Management an der juristischen Fakultät der Chuo-Universität und Gastprofessorin an der Graduate School of Public Policy der Universität Tokio. Zu ihren Forschungsschwerpunkten gehören evidenzbasierte Politikgestaltung, Koproduktion bei der Erbringung öffentlicher Dienstleistungen, Smart City und digitale Governance sowie die alternde Gesellschaft. Zu ihren jüngsten Publikationen zählt „Digital Governance as Alternative Public Service Delivery: From e-government to government digital services“, in J. Nemeč, V. Potier and M. S. de Vries (eds.), *Alternative Service Delivery*, IASIA/IIAS, (2018).

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der 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.



Einsatz digitaler Technologien



Innovative Pflegesysteme und Technologien für stark gealterte Gesellschaften – Neugestaltung der gesundheitlichen, medizinischen und pflegerischen Versorgung in Japan

Toshihiko Hasegawa

1 Einführung

Um eine Vision für die alternde Gesellschaft des 21. Jahrhunderts entwickeln zu können, braucht es zunächst eine Prognose über die Veränderungen der beiden wohl wichtigsten Faktoren in den kommenden 20 Jahren, nämlich „Altersstruktur der Bevölkerung“ und „Technologische Innovation“ (Abb. 1). Die Corona-Pandemie hat seit ihrem Ausbruch im November 2019 in Wuhan den Wandel in beiden Bereichen zusätzlich beschleunigt. Für viele Menschen wurden die Veränderungen damit deutlicher wahrnehmbar. In diesem Beitrag soll basierend Prognosen zur weiteren Entwicklung von Alterung und technischem Fortschritt über die Zukunft von Medizin und Pflege nachgedacht werden. Dabei wird der Einfluss der Corona-Pandemie mit berücksichtigt.

T. Hasegawa (✉)
Future Health Research Institute, Tsukuba, Japan
E-Mail: pxn14573@nifty.com

© Der/die Autor(en) 2022
F. Waldenberger et al. (Hrsg.), *Alterung und Pflege als kommunale Aufgabe*,
Dortmunder Beiträge zur Sozialforschung,
https://doi.org/10.1007/978-3-658-36844-9_15

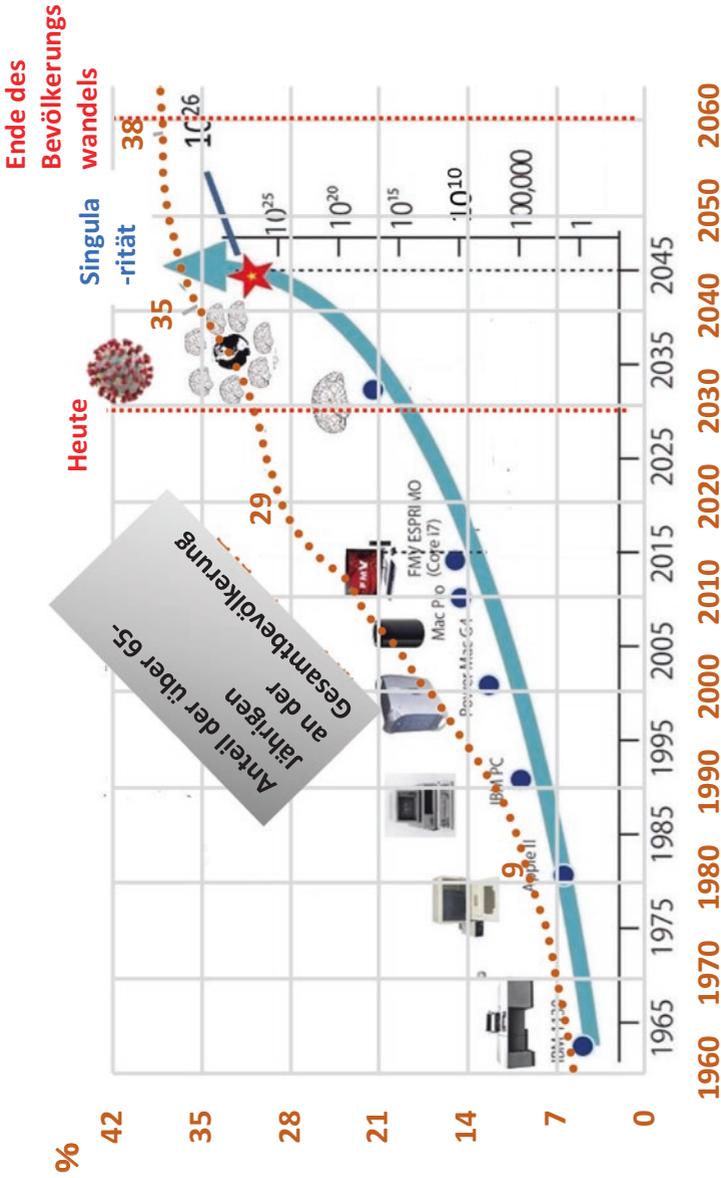


Abb. 1 Rasante Entwicklungen bei Alterung und Technologien.
Quelle: Autor

2 Schnell alternde Welt – Ostasien als Vorreiter

Die Alterung der Weltbevölkerung schreitet rasant voran. Japan und Deutschland belegen zusammen mit Italien im Hinblick auf den Bevölkerungsanteil an älteren Menschen seit fast 20 Jahren weltweit Spitzenpositionen. Japan gilt seit 1970 als eine – nach Definition der WHO – sogenannte *“ageing society“* (alternde Gesellschaft) (7 % der Bevölkerung über 65 Jahre alt), seit 1995 als *“aged society“* (alte Gesellschaft) (14 % über 65 Jahre) und seit 2008 dann als *“super-aged society“* (superalte Gesellschaft) (21 % über 65 Jahre). Bereits kurze Zeit später, im Jahr 2020, erreichte der Anteil in Japan 28 %. Allerdings wurde dafür bislang kein eigener demographischer Schwellenwert definiert. Japan weist damit die weltweit älteste Bevölkerung auf. Es folgt mit 5,1 Prozentpunkten Abstand Italien auf Platz zwei. Deutschland wurde schon vor 50 Jahren – 1972 – zu einer *aged society* und überschritt die Grenze zu einer *super-aged society* im Jahr 2014, ein Jahr nach Italien. Dementsprechend belegten Japan, Deutschland und Italien also von 2002 bis 2016 in Bezug auf die Alterung ihrer Gesellschaften weltweit stets die ersten drei Plätze (United Nations Department of Social and Economic Affairs, 2019).

Zukünftig werden weitere Länder Südeuropas wie Spanien, Portugal oder Griechenland in der Rangfolge nach oben rücken. Gleichzeitig holen einige asiatische Staaten mit beispielloser Geschwindigkeit auf. Die Alterung der Gesellschaft in Südkorea ist außergewöhnlich: Prognosen der koreanischen Regierung aus dem Jahr 2020 zufolge wird das Land 2035 Japan überholen und Platz eins einnehmen. 2067 wird der Anteil der über 65-Jährigen bei 46,7 % liegen, das ist nahezu die Hälfte der Bevölkerung. Zu dieser Zeit werden auf Taiwan (43 %) und in Japan (38 %) ebenfalls ca. 40 % der Bevölkerung über 65 sein. 2045 wird Taiwan Japan überholen. In den 2050er Jahren werden Südkorea, Japan und Taiwan die ersten drei Plätze weltweit einnehmen (siehe Abb. 2). Damit werden nach 2050 diese drei Staaten das heutige Spitzentrio Japan, Italien und Deutschland ablösen.

In Ostasien schreitet die Alterung in China, insbesondere in den Küstenregionen sowie im Gebiet des Jangtse-Flusses, ebenfalls dramatisch voran. Nimmt man noch Hongkong mit hinzu, dann entwickeln sich die Staaten rund um das Südchinesische Meer zu einem „Hotspot“ des demografischen Wandels in der Welt. Gerade diese Region war in den vergangenen Jahrzehnten die treibende Kraft für wirtschaftlichen Aufstieg und ein Motor der Weltwirtschaft. Darüber hinaus war diese Region seit Jahrhunderten traditionell auch ein Knotenpunkt für kulturellen Austausch und Handel. Nach der mittleren Variante der Bevölkerungsprognosen der UN wird die Alterung bis etwa 2060 nicht nur in den kritischen

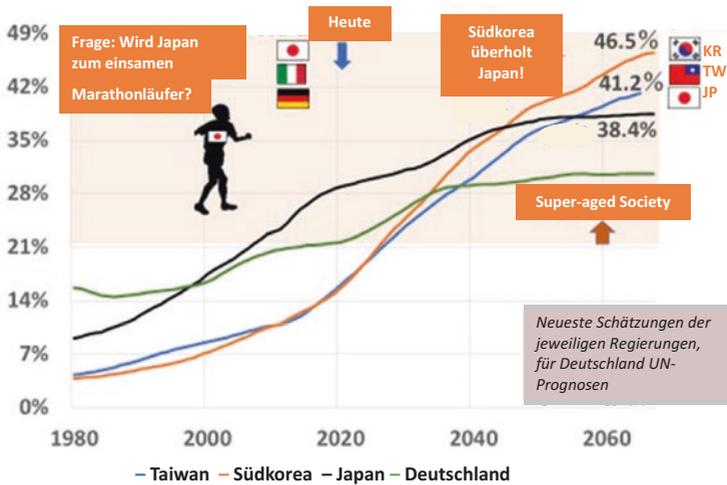


Abb. 2 Entwicklung des Anteils der über 65-Jährigen an der Gesamtbevölkerung.

Regionen Ostasiens und Südeuropas voranschreiten, sondern weltweit. 95 von 201 Staaten – also etwa die Hälfte – werden dann zu den *super-aged societies* zählen, weitere 62 zu den *aged societies*.

3 Weltweite Trends und die Auswirkungen der Corona-Pandemie

In den letzten Jahren wurden zwei Bestseller und eine wissenschaftliche Abhandlung veröffentlicht, die unsere bisherigen Annahmen zur globalen Bevölkerungsentwicklung infrage stellten. Alle drei Publikationen stellen übereinstimmend fest, dass die Verfolgung nachhaltiger Entwicklungsziele (sustainable development goals, SDG) dazu beigetragen hat, die Verbesserungen in der Bildung und den Lebensbedingungen von Frauen zu beschleunigen, was zu einer niedrigeren Kindersterblichkeit, aber auch zu einem drastischen Rückgang der Geburtenrate geführt hat. Dadurch kommt es, so die Behauptung der

neuen Analysen, zu einer Verlangsamung des Bevölkerungswachstums (Rosling, 2018). Dieses Phänomen erstreckt sich von Ost- über Südasien bis nach Afrika und macht das bisher prognostizierte Szenario einer Bevölkerungsexplosion unwahrscheinlich. Die UN-Bevölkerungsprognosen der mittleren Variante von 2017 geht von einem Maximum der Weltbevölkerung im 22. Jahrhundert aus. Schätzungen des *Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME)* der Universität Washington hingegen rechnen schon für das Jahr 2064 mit 9,7 Mrd. Menschen als Höchstwert für die Weltbevölkerung. Vorhersagen zufolge wird sich in 27 Staaten weltweit, u. a. in Ostasien und Osteuropa, die Bevölkerung bis Ende des 21. Jahrhunderts gegenüber 2017 mindestens halbiert haben (Vollset et al., 2020). Etwa um 2050 wird die Weltbevölkerung beginnen zu schrumpfen, ein Trend, der sich nicht mehr umkehren wird. All dies hat zur Folge, dass sich der demografische Wandel weiter beschleunigen wird (Bricker & Ibbitson, 2019).

Nach Schätzungen der Vereinten Nationen wird in den beiden bevölkerungsreichsten Staaten der Erde, China und Indien, die Zahl der über 75-Jährigen auf 200 Mio., respektive 120 Mio. ansteigen, dann folgen die USA mit 50 Mio., Brasilien mit 28 Mio. und Japan mit 25 Mio. 1980 belief sich die Zahl der Menschen ab 75 in den Entwicklungsländern insgesamt auf 40 Mio. und damit auf 10 Mio. weniger als in den industrialisierten Regionen. 2020 war diese Zahl bereits auf das Vierfache, nämlich auf 160 Mio., angestiegen und lag damit über den 140 Mio. in den Industriestaaten lebenden 75-Jährigen. 2060 werden in den Entwicklungsländern mit 660 Mio. mehr als drei Mal so viele über 75-Jährige leben wie in den Industriestaaten (210 Mio.). Das Problem der Überalterung wird sich also auf die Entwicklungsländer verlagern.

Durch die Corona-Pandemie sanken 2019 und 2020 die Geburtenraten in Südkorea, Taiwan und China dramatisch. Berichten zufolge gingen die Zahlen auf Taiwan im Vergleich zum Vorjahr um 9.300 Geburten bzw. 7,2 %, in Südkorea um 27.000 Geburten bzw. 10,6 % und in China sogar um 2,6 Mio. Geburten bzw. 18 % zurück. In Japan dagegen löste die neue Zeitrechnung „Reiwa“¹ einen kleinen Boom an Hochzeiten und Geburten aus, daher sanken die Geburtenzahlen 2020 nur geringfügig. Allerdings werden für 2021, ausgehend von den registrierten Schwangerschaften, 11 % bzw. 96.000 weniger Geburten erwartet. Die magische Grenze von 800.000 Geburten pro Jahr wird damit 13 Jahre früher unterschritten, als von der Regierung veranschlagt (Hoshino, 2020).

¹2019 bestieg ein neuer Kaiser den Thron. Mit seinem Amtsantritt begann auch eine neue Zeitrechnung, die den Namen seiner Ära trägt: Reiwa („Schöne Harmonie“).

Die Tatsache, dass das Bevölkerungswachstum weltweit zum Stillstand kommt, macht wichtige Anpassungen in der Politik erforderlich. Die Industriestaaten und die ostasiatischen Länder können angesichts ihres Bevölkerungsrückgangs nicht auf Arbeitskräfte, insbesondere Pflegepersonal, aus dem Ausland hoffen (siehe den Beitrag von Masanobu Masuda in diesem Buch). Hier bleibt keine andere Wahl, als diese Lücke durch Roboter und Künstliche Intelligenz (KI) zu schließen. Die zunehmende Alterung bedingt einen grundlegenden Lebens- und Einstellungswandel. So verändert sich die Bedeutung der einzelnen Lebensabschnitte und damit auch der menschlichen Existenz insgesamt. Betroffen sind davon auch der Sinn und Zweck medizinischer Versorgung.

4 Demografischer Übergang und die Zukunft der medizinischen Versorgung und Pflege

4.1 Neuausrichtung von Medizin und Pflege

Das Altern verändert nicht nur die Bedeutung des Lebens, sondern löst auch einen qualitativen und strukturellen Wandel in der medizinischen Versorgung aus. Eine Erkrankung bei Menschen jüngeren oder mittleren Alters ist in der Regel ein einmaliges Ereignis, das einen einmaligen Eingriff erforderlich macht und dann eine Genesung, Lebensrettung, Behinderung o. ä. zur Folge hat. Bei älteren Menschen jedoch, insbesondere bei über 75-Jährigen, ist eine vollständige Heilung schwierig: Der Krankheitsverlauf besteht aus einer Wiederholung von zeitweiligen Verschlechterungen und Verbesserungen und endet schließlich mit dem Tod. Dieser Ablauf entspricht dem sogenannten „Care Cycle“, dem Kreislauf des Pflegens (Hasegawa, 2016). Das herkömmliche Ziel aus medizinischer Sicht, nämlich die Genesung und Lebensrettung jüngerer Menschen, ist hier kaum erreichbar. Stattdessen wird bei den Älteren die Verbesserung der QOL (Lebensqualität) und der QOD (Sterbensqualität) während des Verlaufs an sich zum Ziel.

Die moderne westliche Medizin wurde in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts in Deutschland begründet, zu einer Zeit, als die Bedürfnisse der jüngeren Menschen im Mittelpunkt standen. Bis dahin beherrschte in der Medizin die Lehre von den Körpersäften des Griechen Hippokrates die Pathologie, und Therapien erfolgten durch Eingriffe in das Ungleichgewicht der Körpersäfte. Der Deutsche Rudolf Ludwig Karl Virchow dagegen entwickelte die Zellulärpathologie, nach der bestimmte Krankheiten auf bestimmte Störungen der Körperzellen zurückzuführen sind. Diese Theorie bildet das Fundament der heutigen Medizin. Ältere Menschen leiden jedoch häufig an mehreren Erkrankungen

(Multimorbidität), deren Heilung oder Lebensrettung schwierig ist. Die im 19. Jahrhundert etablierte moderne Medizin ist darauf nicht eingerichtet. Eine neue Pathologie ist gefragt, die darauf abzielt, die QOL und QOD sowie die ADL- und IADL-Fähigkeiten² zu verbessern. Dazu müssen allerdings auch die entsprechenden technischen Systeme entwickelt werden (Hasegawa, 2018).

Die deutsche Medizin als Grundlage der westlichen Medizin von heute beruhte auf den damals neuesten technischen Errungenschaften, allen voran auf der Weiterentwicklung des Mikroskops und auf der Erfindung von chemischen Farbstoffen für histologische Färbungen. Heute, im 21. Jahrhundert, wird in Japan damit gerechnet, dass sich ein neues System der medizinischen Versorgung herauskristallisieren wird: Mit großen Datenmengen (Big Data) aus dem neuen Zielbereich ADL und IADL und unter Zuhilfenahme der sich rasch entwickelnden Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) wird es möglich, pathologische Klassifikationen durch künstliche Intelligenz (KI) vornehmen zu lassen.

Die Pflegeversicherung wurde im Jahr 2000 nach deutschem Vorbild in Japan eingeführt. ADL und IADL sind hier von zentraler Bedeutung bei der Ermittlung des Pflegebedarfs. Bei der Feststellung der Pflegestufe müssen die ADL- und IADL-Fähigkeiten der Pflegebedürftigen anhand von 62 Fragen beurteilt werden.

4.2 „Society 5.0“

Ein interessantes Zukunftskonzept für Gesellschaft und Technologie stellt die vom Kabinettsbüro, 2016 verabschiedete Vision der „Society 5.0“ dar (Kabinettsbüro, 2016). Society 5.0 wurde sozusagen als Gegenstück zu Deutschlands „Industrie 4.0“ entworfen. Mit Industrie 4.0 im Sinne einer neuen Stufe der industriellen Revolution wurde in Deutschland eine Plattform für Industrie, Politik und Wissenschaft geschaffen, die mithilfe der sich rasch entwickelnden

²ADL (auf Deutsch: ATL) meint Aktivitäten des täglichen Lebens. Der Begriff bezeichnet tägliche Aktivitäten, die als Mindestvoraussetzung gelten, um ein normales Alltagsleben führen zu können. Dazu gehören Bewegungen wie Schlafhaltung ändern, aufstehen, hinsetzen, sitzen, umsetzen, von A nach B bewegen, essen, sich umziehen, ausscheiden, baden, Körperpflege (einschließlich Gesicht waschen, Zähne putzen, Haare kämmen, rasieren etc.). Analog dazu sind die IADL (Instrumental Activities of Daily Life), die Instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens, die zum Beispiel den Umgang mit Finanzthemen oder mit Medikamenten oder die Benutzung von Verkehrsmitteln mit einschließen.

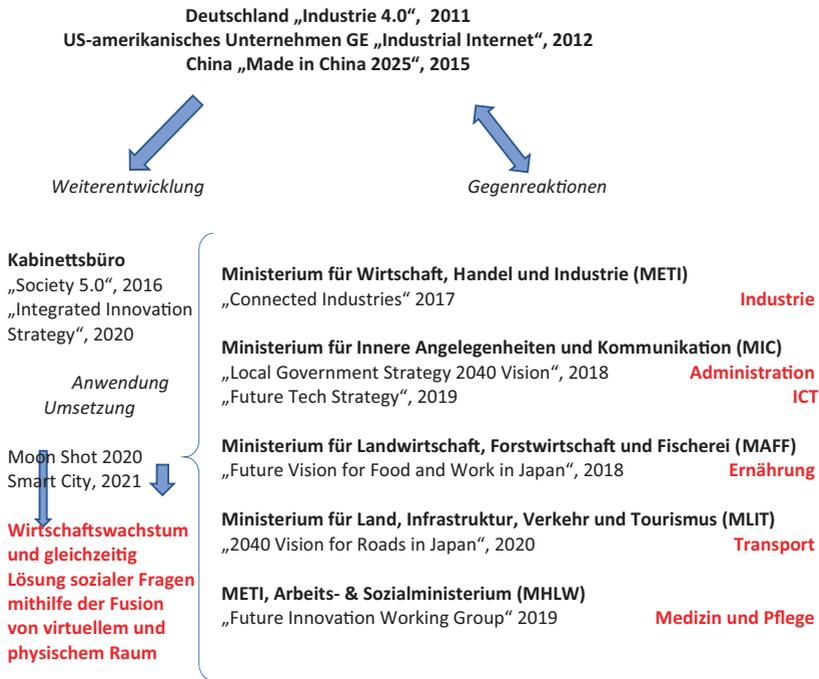


Abb. 3 Japans Reaktion auf ausländische Strategien zur digitalen Transformation.
 Quelle: Autor

Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) eine Qualitäts- und Effizienzsteigerung in der gesamten Industrie ermöglichen soll. Parallel dazu gab es um 2012 auch in den USA mit dem „Industrial Internet“ etwas Vergleichbares, hier jedoch initiiert von General Electric (GE), einem privaten Unternehmen. 2015 kam “Made in China 2025” hinzu, die industriepolitische Strategie der chinesischen Regierung, die IKT als zentrale treibende Kraft für den Fortschritt in der Industrie betont.

Als Reaktion auf diese internationalen Trends und angesichts einer überfälligen nationalen Antwort wurde 2016 mit dem „Fünften Masterplan Wissenschaft und Technologie“ der Begriff Society 5.0 vom japanischen Kabinettsbüro eingeführt. Mit den technischen Möglichkeiten der IKT will Japan nicht nur wirtschaftliche Herausforderungen bewältigen, wie Deutschland mit Industrie 4.0, sondern auch gesellschaftliche Probleme lösen (Abb. 3).

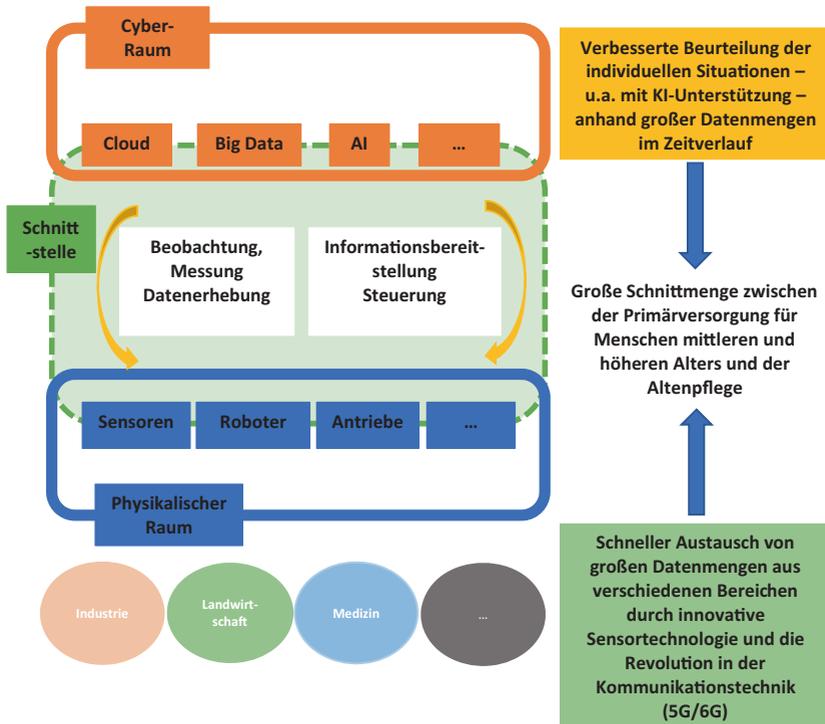


Abb. 4 Verschmelzung von Cyber-Raum und physischem Raum.

Quelle: Autor

Im Gegensatz zu Industrie 4.0, einem technologischen Konzept für die Industrie, skizziert Society 5.0 eine Vision für die gesamte Gesellschaft. Nach der Agrargesellschaft (Society 2.0), der Industriegesellschaft (Society 3.0) und der Informationsgesellschaft (Society 4.0) bezeichnet Society 5.0 eine super-smart bzw. creative Society, in der die Cyber-Welt (der virtuelle Raum) und die reale Welt (der physische Raum) eng verschmolzen sind (Abb. 4).

Neben den diversen Vorstellungen zur digitalen Transformation wurde in Japan in den 2010er Jahren auch das Konzept einer „Smart City“ entwickelt, eine Zukunftsvision für Stadtgestaltung unter Einsatz digitaler Technologien. Schon früher gab es Vorstellungen von einer Gesellschaft, die davon ausgingen, dass IKT ubiquitär verfügbar sein würde. Das „Smart City“ Konzept hat diese weiterentwickelt und konkretisiert. IKT umfasst hier weite Bereiche des Alltagslebens wie Mobilität, Energieversorgung oder Ressourcennutzung. Society 5.0 kann im Grunde als Kombination von Industrie 4.0 und „Smart City“ verstanden werden.

Bei der nationalen Implementierung von Society 5.0 wird von den Ministerien erwartet, dass sie im Rahmen ihrer jeweiligen Zuständigkeiten dazu nützliche Maßnahmenkataloge entwickeln. Society 5.0 fungiert dabei sozusagen als Plattform, auf der alle Ideen zusammengeführt werden sollen, um so eine ressortübergreifende Zusammenarbeit zu ermöglichen. Society 5.0 bietet den Ministerien gewissermaßen die Grundlage zur Erstellung ihrer Zukunftsprognosen und bei der strategischen Planung. Im Folgenden soll dies am Beispiel des Ministeriums für Gesundheit, Arbeit und Soziales (MHLW) und hier speziell für den Bereich der Pflege veranschaulicht werden.

In den unter die Zuständigkeit des MHLW fallenden Bereichen Gesundheit, medizinische Versorgung und Wohlfahrt eröffnet die digitale Transformation erhebliche Entwicklungspotenziale. Das MHLW ist primär nicht zuständig für die Förderung von Technologien und deren Anwendung, es legt seinen Schwerpunkt vielmehr auf die Systeme, die den Einsatz von Technologien unterstützen. Dementsprechend ist der Fokus der Maßnahmen in erster Linie darauf gerichtet, Zukunftsbedarfe zu ermitteln und eine ausreichende Versorgung zu sichern. Ab 2025, wenn die japanischen Babyboomer zu den Hochbetagten gehören werden, wird mit einem rapide steigenden Bedarf in den Bereichen Medizin, Pflege und Prävention gerechnet. Bis dahin will die Politik die Qualität und Effizienz des Gesundheits- und Pflegesystems optimieren, um dessen Funktionsfähigkeit zu gewährleisten.

Im Bereich der Pflege wurden in den vergangenen zwei Jahren von der „Konferenz zur Innovation der Pflegearbeit (*kaigo-gemba kakushin kaigi*)“ und von der Fachgruppe Pflegeversicherung unter dem Gremium für Soziale Sicherung (Social Security Council) im MHLW in rascher Folge drei große Maßnahmenbündel vorgeschlagen. Sie betreffen die „Pflegeprävention“ zur Reduzierung der Zahl der pflege- oder unterstützungsbedürftigen alten Menschen, die Evaluierung des Managements von Senioreneinrichtungen und Tagespflegestätten zur Verbesserung der Effizienz sowie den Auf- bzw. Ausbau eines umfassenden gemeindebasierten Pflegesystems³ (MHLW, 2021).

Bei der Umsetzung der verschiedenen Maßnahmen spielen Big Data eine wichtige Rolle. So sollen auf Basis der Pflegepläne Daten über Pflegebedürftige, insbesondere Daten zu ADL, gesammelt und analysiert werden, um die Effizienz in der Pflege zu steigern. Für Einrichtungen wurde des Weiteren vorgeschlagen, mit Hilfe von IKT das Wohlbefinden der alten Menschen zu überwachen, Effizienzpotenziale auszuschöpfen und bei bestimmten Tätigkeiten Roboter einzusetzen.

³(Comprehensive Community Based Care Systems, siehe hierzu auch die weiterführende Erläuterungen am Ende des Kapitels).

Bei all diesen Plänen richtet sich das Augenmerk auf die Aufrechterhaltung des Gesundheits- und Pflegesystems, und nicht auf Innovation oder die Anwendung neuer Technologien. Die enorme Lücke zwischen dem geschätzten Bedarf und dem Angebot in der medizinischen und pflegerischen Versorgung bringt neben den rein quantitativen Problemen auch strukturelle Herausforderungen mit sich: Wie können die Kinder der Babyboomer die Last der Pflege stemmen? Wie gehen die Gesellschaften in ländlichen Regionen damit um, wenn schätzungsweise etwa die Hälfte der Städte und Gemeinden verschwinden werden? Und wie löst man angesichts der Alterung in Japan und der ganzen Welt diese Herausforderung, wenn man aus anderen Regionen oder Staaten nicht auf Hilfe bei der Pflege hoffen kann?

2019 veröffentlichte die *Future Innovations Working Group*, eine gemeinsame Arbeitsgruppe des MHLW und des Ministeriums für Wirtschaft und Industrie (METI), einen Bericht mit der Botschaft *Towards the realization of next-generation care supporting the lifestyle of each individual through the symbiosis of humans and advanced technologies* (Pflege der nächsten Generation als Symbiose von Mensch und Spitzentechnologien zur Unterstützung der Autonomie jedes Individuums). Dieser Bericht behandelt zwar nicht alle Problembereiche, gilt aber als umfassendes Konzept, das die Society 5.0 des Kabinettsbüros in den Bereichen Medizin, Pflege und Prävention komplementieren soll. Darin werden erneut drei große Ziele vorgegeben: eine Vielfalt an Teilnahmemöglichkeiten für ältere Menschen am Arbeits- und sozialen Leben, die Verlängerung der gesunden Lebensjahre sowie Reformen bei Diensten in der Medizin und Wohlfahrt. Dazu wird ein konkreter Aktionsplan vorgeschlagen, der auf Prognosen zu den technologischen Fortschritten beim autonomen Fahren, Robotern, Telekommunikation, Künstlicher Intelligenz und Quantencomputern bis 2040 basiert.

Gemäß dem ersten Ziel soll es „jedem jederzeit und überall möglich sein, das Leben nach seiner Vorstellung zu gestalten“. Dazu werden konkrete Maßnahmen wie Unterstützung im Alltag der Betroffenen, aber auch Arbeitsentlastung und Kompetenzerweiterung der Fachkräfte sowie Unterstützung durch die Gemeinschaft gefordert. Zugleich wird die Entwicklung und Einführung der dazu benötigten Technologien unterteilt nach kurz-, mittel- und langfristigen Zeiträumen skizziert. Gemäß dem zweiten Ziel „soll jeder auf der Suche nach seinem eigenen Glück über seine Lebensweise selbst bestimmen können.“ Die Technologie soll es hierbei Menschen ermöglichen, mehr selbst für die eigene Gesundheit zu tun. Auch hierzu werden relevante Forschungs- und Monitoring-Methoden sowie die notwendigen Voraussetzungen in einem kurz-, mittel- und langfristigen Ablaufplan aufgeführt. Mit dem dritten Ziel wird die Inklusion mithilfe von

Technologien angestrebt. Auch hier werden konkrete Angaben beispielsweise zu gegenseitiger Akzeptanz, wechselseitiger Anerkennung sowie Aufmerksamkeit oder gegenseitiger Hilfe in einem Plan erfasst mit Hinweisen zu ihrer kurz-, mittel- und langfristigen Umsetzung.

Der Bericht der Arbeitsgruppe stellt auch konkrete Technologieanwendungen, vor allem aus dem Ausland, als vorbildliche, innovative Beispiele vor. Allerdings wird nur sehr kurz auf die für deren Umsetzung notwendigen Ressourcen und das spezifische Umfeld eingegangen. Insbesondere die Vereinbarkeit dieser Innovationen mit der oben beschriebenen Realität einer rasant alternden Gesellschaft wird nicht deutlich genug herausgearbeitet.

Der Vollständigkeit halber sei erwähnt, dass auch der Verband der japanischen Wirtschaftsorganisationen Keidanren 2018 ein Konzept zu „Healthcare in Zeiten von Society 5.0“ erstellt hat. Es konzentriert sich auf die Nutzung von IKT und macht konkrete Vorschläge zur Sammlung, Analyse und Nutzung von Daten in allen Lebensphasen (Keidanren, 2020).

4.3 Pflege im Kontext von „Society 5.0“

Society 5.0 zielt auf die Fusion der realen mit der virtuellen Welt ab, bei der in großem Maße vernetzte, digitale Informationen akkumuliert werden. Die durch die Aktivitäten Einzelner generierten Big Data erlauben es, kontinuierlich die Bedürfnisse auf individueller Ebene zu erfassen. Damit können umso effizienter Dienstleistungen auf gesellschaftlicher Ebene angeboten werden. Im Hinblick auf die Pflege älterer Menschen bedeutet dies z. B., dass einzelne Krankheitsepisoden nicht getrennt betrachtet werden, um dafür dann auch nur teilweise optimierte Ergebnisse zu erhalten, sondern dass mithilfe einer Daten gestützten Verlaufskontrolle während des gesamten Pflegezyklus eine insgesamt bessere Versorgung erreicht werden kann.

Mit den neuen Technologien sollen insbesondere die Lebens- bzw. Sterbensqualität (QOL, QOD), und die damit zusammenhängenden ADL/IADL-Fähigkeiten gemessen und verbessert werden. Die Umsetzung hat gerade erst begonnen. Spitzentechnologien aus völlig unterschiedlichen Bereichen wie Nanomaterialien und neuartige Geräte, Stammzellen und Genmodifikationen, Biosensoren und KI-gestützte Diagnosen werden mit Hochgeschwindigkeits-Kommunikationstechnik für große Datenmengen wie beispielsweise 5G miteinander vernetzt, um die dabei generierten Daten zu aggregieren. So kann mit Hilfe von KI eine Analyse und Diagnose erstellt und online und in Echtzeit eine ärztliche Untersuchung angeboten werden. Im Bereich der Pflege werden Roboter, selbstfahrende Fahrzeuge sowie diverse Maschinen und Geräte zum Fortbewegen oder Umsteigen über das Internet gesteuert

– typische Anwendungen des IoT. Solche Entwicklungen werden sich wahrscheinlich auch in der Medizin schnell durchsetzen, beschleunigt durch die Corona-bedingte Digitalisierung aller Bereiche der Gesellschaft. In der Praxis gibt es dazu bereits vielfältige Anwendungsbeispiele. Zwei Publikationen listen hierzu 70 Systeme und 100 Unternehmen sowie entsprechende Förderprogramme der Regierung auf (Nikkei Healthcare, 2020; Katô, 2021).

Ungeachtet der Tatsache, dass die Idee einer vernetzten Gesellschaft darauf abzielt, die Autonomie des Einzelnen, insbesondere von Senioren, zu fördern, besteht aber auch die Sorge, dass die individuelle Selbstbestimmung durch den Einsatz digitaler Technologien eingeschränkt werden könnte (Kawashima, 2019). Außerdem müssen noch eine Reihe praktischer Aufgaben gelöst werden. Das betrifft u. a. die Revision der Aufgabenverteilung unter den Fachkräften wie Ärzten, Krankenpflegern und Pflegekräften sowie die Reform des Ausbildungssystems oder der Qualitätssicherung, aber auch die Frage, „Wem gehören Daten und wie wird für ihre Sicherheit garantiert?“. Gleichzeitig werden durch die neuen technologischen Möglichkeiten grundlegende philosophisch-ethische Fragen neu aufgeworfen, wie: „Was bedeutet eigentlich Leben?“, „Was bedeutet Sterben für die Gesellschaft und für jeden Einzelnen?“, „Was bedeutet es, Menschen zu pflegen?“ (Ueda & Watanabe, 2008).

5 Abschließende Bemerkung

Einhergehend mit dem globalen demografischen Übergang zwischen 2040 und 2060 wird sich die Gesellschaft des 21. Jahrhunderts insgesamt wandeln. Ein Schlüsselfaktor zum Gelingen des Wandels ist der Innovationsschub durch neue Technologien. Inhaltlich sind die technologischen Innovationen breit gefächert, in drei Bereichen jedoch wird ganz besonders mit weiterhin exponentiellem Fortschritt gerechnet: in der Entwicklung neuartiger Materialien auf Basis der Nanotechnologie, in der Weiterentwicklung der Biotechnologie repräsentiert durch die Genmodifikation, und in der Informations- und Kommunikationstechnologie, wie am Beispiel von Big Data und KI.

Allein schon KI kann das Leben in der alternden Gesellschaft und die Pflege entscheidend verändern. Von nun an werden ältere Menschen – ob sie es mögen oder nicht – in dieses Netz von Technologien eingebunden sein, die sie bis zum Ende ihres Lebens begleiten und unterstützen werden. Genau aus diesem Grund müssen die künftigen IK-Technologien den Bedürfnissen der alternden Gesellschaft gezielt entsprechen. Im Alltag des 21. Jahrhunderts wird man von einer Kombination aus mehreren dieser neuen Technologien umgeben sein, und

das Ergebnis der Kombination kann möglicherweise von den ursprünglichen Absichten der Entwickler abweichen. Technologien, die ursprünglich dazu gedacht waren, die Autonomie von Senioren zu unterstützen, können diese möglicherweise behindern. Aus diesem Grund darf auch die Technikfolgeabschätzung, die es schon seit den 1970er Jahren gibt, nicht vernachlässigt werden.

Literatur

- Bricker, D., & Ibbitson, J. (2019). *Empty planet: The shock of global population decline*. Signal.
- Hasegawa, T. (2016). „Die Care-Cycle-Theorie: Grundlagenkonzept zur Integration präventiver, medizinischer und pflegerischer Versorgung“ [Kea saikuru ron: 21 seiki no yobô, iryô, kaigotôgô kea kiso riron]. *Forschung zur Sozialversicherung* [Shakai hoshô kenkyû], S. 57–75.
- Hasegawa, T. (2018). „Eine neue Definition für Gesundheit [Kenkô no shin teigi]“, Ausschuss für das Gesundheitswesen der Japanischen Ärztekammer [Nihon ishikai kôshû eisei iinkai].
- Hoshino, T. (2020). „Die Auswirkungen der Corona-Krise auf die künftige Bevölkerung“ [Koronakiki ga motarasu shôrai jinkô he no eikyô]. <https://www.dlri.co.jp/report/macro/2020/hoshi201225.html>. Zugegriffen: 25. Nov. 2021.
- Kabinettsbüro. (2016). „Kernpunkte des Fünften Grundlagenplans für Wissenschaft und Technologie“ [Daigoki kagaku gijutsu kihonkeikaku no pointo]. <https://www8.cao.go.jp/cstp/kihonkeikaku/index5.html>. Zugegriffen: 25. Nov. 2021.
- Katô, H. (2021). „*Digital Health Trend 2021*“. Medicus.
- Kawashima, S. (2019). „*Autonomie in der Ära der AI*“ [AI jidai ni jiritsusei]. Keisô shobô.
- Keidanren. (2020). „Das Gesundheitswesen II in der Ära der Society 5.0 – Digitale Transformation für den Umgang mit COVID-19 und für die Zukunft danach“ [Society 5.0 jidai no hersukea II – DX ni yoru COVID-19 taiô to sono saki no mirai]. <https://www.keidanren.or.jp/policy/2020/062.html>. Zugegriffen: 25. Nov. 2021.
- MHLW. (2021). „Zur Revision der Pflegevergütung 2021“ [Reiwa sannendo kaigo hoshû kaitei ni mukete]. <https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000642911.pdf>. Zugegriffen: 25. Nov. 2021.
- Healthcare, N. (2020). „*Innovation im Gesundheitsweisen und der Pflege: An vorderster Front im Healthcare Business*“ [Iryô, kaigo wo kakushinsuru: Herusukea bijinesu saizensen]. Nikkei Business Publications.
- Rosling, H. (2018). *Factfulness: ten reasons we're wrong about the world – and why things are better than you think*. Sceptre.
- Ueda, A., & Watanabe, M. (2008). „*Die Enhancement-Debatte – körperliches und geistiges Wachstum und hochentwickelte, wissenschaftliche Technologie*“ [Enhansumento giron –shintai, seishin no zôkyô to sentan kagaku gijutsu]. Shakai Hyôronsha.
- United Nations Department of Social and Economic Affairs. (2019). *World Population Prospects 2019*. <https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Population/>. Zugegriffen: 25. Nov. 2021.
- Vollset, S. E., Goren, E., Yuan, C. W., et al. (2020). Fertility, mortality, migration, and population scenarios for 195 countries and territories from 2017 to 2100: A forecasting Analysis for the Global Burden of Disease Study. *Lancet*, 396, 1285–1306.

Toshihiko Hasegawa, M.D., MPH, Ph.D. ist seit 2014 Präsident des Future Health Research Institute und Professor im Ruhestand an der Nippon Medical School. Während seiner langen Karriere in der japanischen Regierung war er u. a. mit der Entwicklung der Altenpflegepolitik und der Leitung der nationalen Krankenhäuser Japans befasst. Er schloss 1981 sein Studium an der Harvard School of Public Health als MPH und 1972 an der Osaka University Medical School als MD ab. Er lehrte an vielen medizinischen Fakultäten und forschte in den Bereichen Gesundheitspolitik, Reform des Gesundheitssektors, Planung und Bewertung von Disease-Management-Programmen und internationale Gesundheit. Dr. Hasegawa veröffentlichte zahlreiche Artikel und Bücher über die alternde Gesellschaft, zur internationalen Gesundheit, Gesundheitspolitik, Krankenhausmanagement, das System der Gesundheitsversorgung sowie die Sicherheit und Qualität der Pflege. Sein jüngstes Buch ist „Health Care System Reform and Policy Research in Japan“.

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der 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.





Robotik zur Unterstützung von Menschen im häuslichen Alltag

Mihoko Niitsuma

1 Einführung

In diesem Beitrag sollen von der Verfasserin und ihrem Team verfolgte Forschungsansätze und die damit erzielten Ergebnisse aus der Robotertechnik vorgestellt werden. Sie zeigen, wie Senior:innen unterstützt werden können, ein selbständiges Leben aufrechtzuerhalten bzw. zu verlängern, und wie sie im Falle eines akuten Unterstützungs- oder Hilfebedarfs schnelle und passgenaue Hilfe erhalten können. Konkret geht das Forschungsteam auf die Sensortechnik ein, mit deren Hilfe die Aktivitäten einer Person erfasst werden, und auf Anwendungen bei der Assistenz durch Roboter. Eine maßgebliche Aufgabe der Forschung auf dem Gebiet der Mensch-Roboter-Kommunikation ist es, eine Person in ihren Tätigkeiten zu unterstützen und ggf. sogar eine Symbiose zwischen ihr und einem Roboter zu erzielen. Als mögliche Lösungsansätze wird in diesem Beitrag auf den Einsatz von „sozialen Robotern“ und die „Etho-Robotik“ eingegangen, die sich auf die Ethologie stützen und die Beziehung zwischen Mensch und Hund in den Fokus nehmen.

M. Niitsuma (✉)
Chuo University, Tokyo, Japan
E-Mail: niitsuma@mech.chuo-u.ac.jp

© Der/die Autor(en) 2022
F. Waldenberger et al. (Hrsg.), *Alterung und Pflege als kommunale Aufgabe*,
Dortmunder Beiträge zur Sozialforschung,
https://doi.org/10.1007/978-3-658-36844-9_16

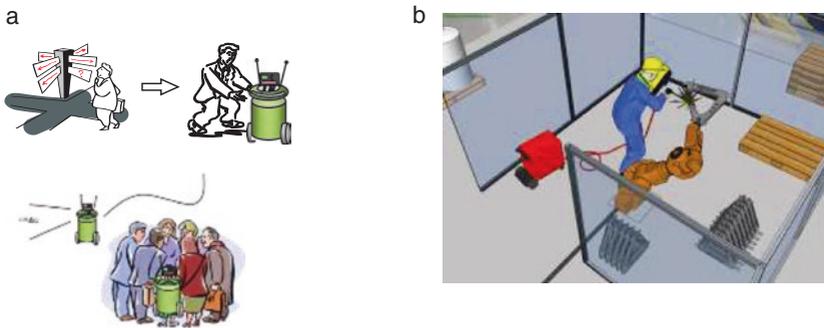


Abb. 1 Beispiele für die Assistenz durch einen Roboter bei menschlichen Aktivitäten

2 Beispiele für die Roboterassistenz im alltäglichen Lebensumfeld und im Alltagshandeln

Zu Beginn sollen Beispiele aufgezeigt werden, wie ein Roboter den Menschen in seinem alltäglichen Lebensumfeld assistieren kann.

Das in Abb. 1 wiedergegebene Beispiel (a) zeigt, wie ein Roboter mit Mobilitäts- und Kommunikationsfunktionen anstelle von Anzeigetafeln Menschen den Weg weist oder sich zu Menschen hinbewegt, um dort mit Menschen zu kommunizieren. Das Beispiel (b) zeigt eine Situation an einem Produktionsstandort, bei Mensch und Roboter zusammenarbeiten: Der Roboter hebt Teile hoch, um dem Menschen die Arbeit zu vereinfachen. Im ersten Beispiel findet der Roboter Menschen, die eine Wegbeschreibung benötigen, und bewegt sich aktiv zu ihnen hin, um ihnen den Weg zu weisen. Man kann davon ausgehen, dass das effektiver ist als herkömmliche Hinweisschilder. Wenn ein Roboter – wie im zweiten Beispiel – schwere Einzelteile oder Rohstoffe anhebt und dadurch den Menschen körperlich entlastet, kann erwartet werden, dass der Mensch seine Arbeit sicherer verrichten und sich – insbesondere in der Bearbeitung oder Montage, bei der Feinarbeit gefragt ist – besser auf seinen Arbeitsvorgang konzentrieren kann.

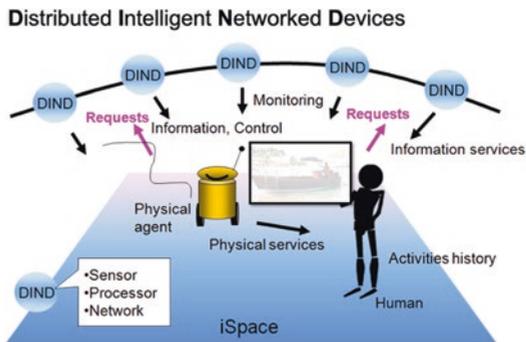
Damit ein Roboter eine solche Unterstützung leisten kann, muss er die Aktivitäten des Menschen erfassen, er muss die Situationen verstehen und entsprechende Handlungen generieren. Wenn ein Roboter ohne die Steuerung durch einen Menschen selbst Aktionen ausführt, handelt es sich um „autonomes

Agieren“ bzw. analog um „autonome Fortbewegung“, wenn er sich ohne die Steuerung durch einen Menschen an einen Zielort begeben kann. Roboter mit solchen Funktionen werden als „autonome Roboter“ bezeichnet. Die Aktivitäten und das Lebensumfeld des Menschen sind dynamisch, man kann sie nicht per se a priori kennen. Dementsprechend muss ein Roboter, der die Aktivitäten des Menschen unterstützt, grundsätzlich autonom agieren können.

Damit ein Roboter dies tun kann, ist es unerlässlich, dass er das Umfeld, in dem er sich bewegen will, beobachtet und versteht. In der Sensorik für einen autonomen Roboter gibt es dazu grob unterteilt zwei Ansätze: (a) Die Sensoren sind im Roboter eingebaut, (b) die Sensoren sind in seinem Umfeld verteilt. Ansatz (a) erhöht die Unabhängigkeit des Roboters von seinem Umfeld, gleichzeitig kann aber die Reichweite des erfassbaren Gebiets begrenzt sein. Ansatz (b) ermöglicht durch die Vernetzung der Sensoren die Beobachtung eines weiträumigen Umfelds. Mit anderen Worten: Der Roboter kommuniziert mit diesem Sensoren-Netzwerk und erhält so die erforderlichen Informationen.

Im Ansatz (b) muss also der Roboter sein Umfeld nicht erst beobachten, um agieren zu können. Außerdem muss im Falle des Einsatzes von mehreren Robotern auch die Zahl der Sensoren nicht erhöht werden. Im Rahmen seiner Forschungen hat das Team einen Raum mit Sensoren bestückt. Der darin agierende Roboter wird als „physikalischer Agent“ und der Prozess, mit dem dieser Agent auf den Raum einwirkt, als „intelligente Vernetzung dieses Raums“ bezeichnet. Letzteres definiert einen „Intelligent Space“ (*iSpace*). Der Roboter dient als „Effektor“, der für den Menschen eine physikalische Wirkung (Dienstleistungen) erbringt. Abb. 2 zeigt das Konzept der „intelligenten Vernetzung“.

Abb. 2 Das Konzept des intelligenten Raums (*iSpace*)



3 Roboterassistenz durch Umgebungsbeobachtung und Bedarfsanalyse

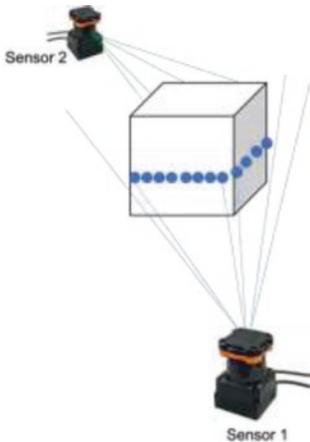
In diesem Abschnitt sollen die Techniken zur Umgebungserfassung bei der intelligenten Vernetzung des Raums beschrieben und darauf aufbauend gezeigt werden, wie damit die Aktivitäten einer Person unterstützt werden können. Je nach kulturellem Hintergrund gibt es dazu unterschiedliche Einstellungen. In der japanischen Kultur löst die Überwachung des Menschen mit Kameras nicht selten psychischen Widerstand aus, denn dies kann eine Verletzung der Privatsphäre bedeuten (Lee & Hashimoto, 2003; Morioka et al., 2004; Sasaki & Hashimoto, 2008). Um die so mögliche Identifizierung von Einzelpersonen zu erschweren, ist man dazu übergegangen, zur Feststellung des Standorts von Robotern und Personen anstelle von Kameras dreidimensionale Laserscans zu verwenden (Brscic et al., 2013; Hiroi & Niitsuma, 2013; Nikkei Research, 2021).

3.1 Messung eines Raums mit Laserscanning und Darstellung in einer Gitterkarte

Damit ein Roboter autonom mobil sein kann, ist er auf eine genaue Umgebungskarte angewiesen. Nur so kann er seine eigene Position ermitteln, sich frei im Raum bewegen und ohne Schwierigkeiten sein Ziel finden. Dabei gibt es verschiedene Formen von Umgebungskarten. Häufig werden Belegungs-gitterkarten („grid maps“) verwendet, mit denen die erforderlichen Informationen einfach und praktisch in einer Karte dargestellt werden können. Dabei wird die Karte in Gitter aufgeteilt. Potenzielle Hindernisse und ihr Standort werden darin aufgeführt. Für jede Zelle wird die Wahrscheinlichkeit der Belegung mit einem Hindernis gespeichert. Dazu wird häufig ein Laserscanner genutzt, der die jeweilige Entfernung messen kann. Trifft der Laser auf ein Objekt, dann ist der Bereich dahinter verdeckt, sodass zur Messung des Standorts von Personen oder Roboter auch häufig mehrere LiDAR-Sensoren verwendet werden müssen. Abb. 3 zeigt das Erkennen von Objekten mit Laserscannern sowie ein Beispiel für die entsprechende Darstellung in einer Gitterkarte.

Für die Erstellung der Umgebungskarte werden die entsprechenden Standorte von Hindernissen in der Gitterkarte als unterschiedliche Objekte aufgeführt und dann in statische und bewegliche Objekte unterteilt. Weiterhin werden die Positionen der sich bewegenden Menschen und Roboter erfasst. Anhand von Zeitreihendaten zur Position beweglicher Körper kann man deren Bewegungs-

a Messung mit Laserscanning



b Gitterkarte

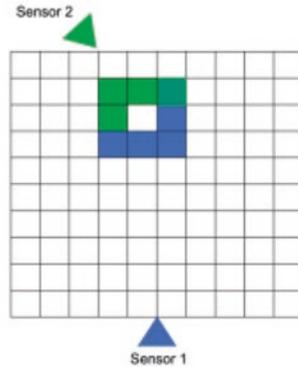


Abb. 3 Messung eines Raums mit Laserscanning und Darstellung in einer Gitterkarte

verlauf ermitteln. Der hier verfolgte Ansatz schlägt vor, die Gitterkarte zu einer Umgebungskarte um die akkumulierten Daten zum Bewegungsverlauf der Personen im Raum zu erweitern (Hiroi & Niitsuma, 2013; Nishio & Niitsuma, 2019; Uenoyama & Niitsuma, 2014) Das Besondere daran ist, dass der Roboter damit nicht nur die räumlichen Merkmale von unbeweglichen Objekten, sondern auch die Aktivitäten von Personen erfassen kann.

3.2 Assistenzbezogene Berücksichtigung von Bewegungsverläufen und -geschwindigkeiten

Abb. 4 zeigt Beispiele für Umgebungskarten unter Berücksichtigung von Bewegungsverläufen. Dabei blickt man jeweils von oben auf den Boden. Die weinroten Markierungen stehen für statische Körper (Wände etc.). Abbildung (a) zeigt für jede Zelle an, in welche Richtung die häufigsten Bewegungen stattfinden. Abbildung (a') zeigt, welche Farbe für welche Richtung steht. Es wird deutlich, dass etwa im Zentrum der Fläche ein hellgrün markierter Bereich existiert, der für eine Bewegung von oben nach unten steht. Damit wird für diese Umgebung ein von Personen häufig benutzter „Durchgangsbereich“ identifiziert, ebenso erkennt man, dass die Bewegung zumeist von Nord nach Süd stattfindet. Links und rechts

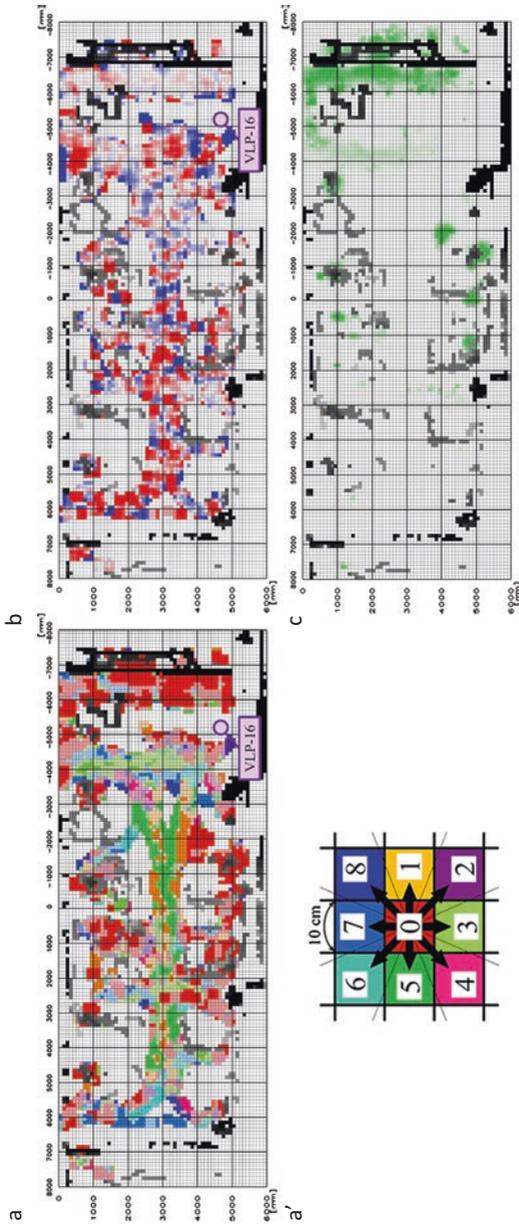


Abb. 4 Umgebungskarten mit Darstellungen von Bewegungsverläufen

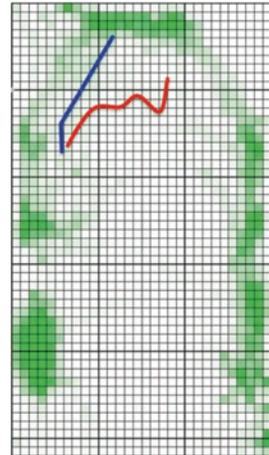
davon finden sich rot markierte Bereiche, womit Bereiche ohne Fortbewegungen markiert sind. Daraus lässt sich schließen, dass es auf beiden Seiten des Durchgangsbereichs Orte gibt, an denen Personen sich aufhalten können. Mittels dieser Karte kann ein Roboter dann die Bewegungen von Personen in dieser Umgebung erfassen oder die für eine bestimmte Aufgabe passenden Bereiche finden. Der Roboter kann damit entsprechende Aktionen durchführen: Wenn er sich zum Beispiel fortbewegt, nutzt er den Durchgangsbereich, wenn er einer Person Hinweise geben will, begibt er sich in den entsprechenden Aufenthaltsbereich.

In der Karte (b) ist die Bewegungsgeschwindigkeit in den Farben von blau bis rot eingezeichnet. Damit kann der Roboter erfassen, in welchen Bereichen Personen ihre Bewegungen verlangsamen bzw. anhalten oder sich aufhalten. Karte (c) zeigt die jeweilige Nutzungsfrequenz. Stellen, an denen der Mensch sich lange aufhält, sind mit kräftigen Farben markiert, Bereiche, die er z. B. schnell durchgeht, mit hellen Farben. Diese Daten können auch dazu genutzt werden, um die Häufigkeit der Nutzung einzelner Bereiche durch den Menschen zu erfassen. Bei den hier gezeigten Umgebungskarten sind die Informationen zur Visualisierung mit Farben dargestellt. Bei einer Umgebungskarte als Referenz für einen Roboter hingegen werden diese Informationen in Codes oder Zahlen überführt. Der Roboter kann somit anhand der Umgebungskarte und der Klassifizierung der Gehrouten die Situation der Menschen, die eine Wegbeschreibung benötigen, erfassen und von sich aus autonom auf sie zugehen und ihnen entsprechende Hinweise anbieten (Uenoyama & Niitsuma, 2014).

3.3 Assistenzbezogene Nutzung von Gehrouten und -frequenzen

Abb. 5 zeigt eine Umgebungskarte sowie anhand roter und blauer Linien die Gehrouten von Personen. Eine Situation, in der eine Person ihren Zielort nicht kennt, wurde vom Untersuchungsteam so interpretiert, dass eine Wegbeschreibung benötigt wird. Weiterhin wurde untersucht, wie eine solche Situation durch den Roboter erfasst werden kann. Die Erstellung der oben genannten Umgebungskarte macht dies möglich, denn iSpace kann die Gehwege des Menschen erkennen. Auch wenn zwei Menschen am gleichen Ausgangspunkt starten, unterscheiden sich ihre Gehrouten, je nachdem ob sie ihr Ziel kennen und darauf zusteuern, oder ob sie ihr Ziel nicht gleich erkennen und infolgedessen suchend umhergehen. Ausgehend davon wurden die Gehrouten der beobachteten Menschen sukzessive danach beurteilt, ob sie umherirrten oder nicht. Dabei wurde vom Untersuchungsteam unterstellt, dass der Gehweg geradlinig sei,

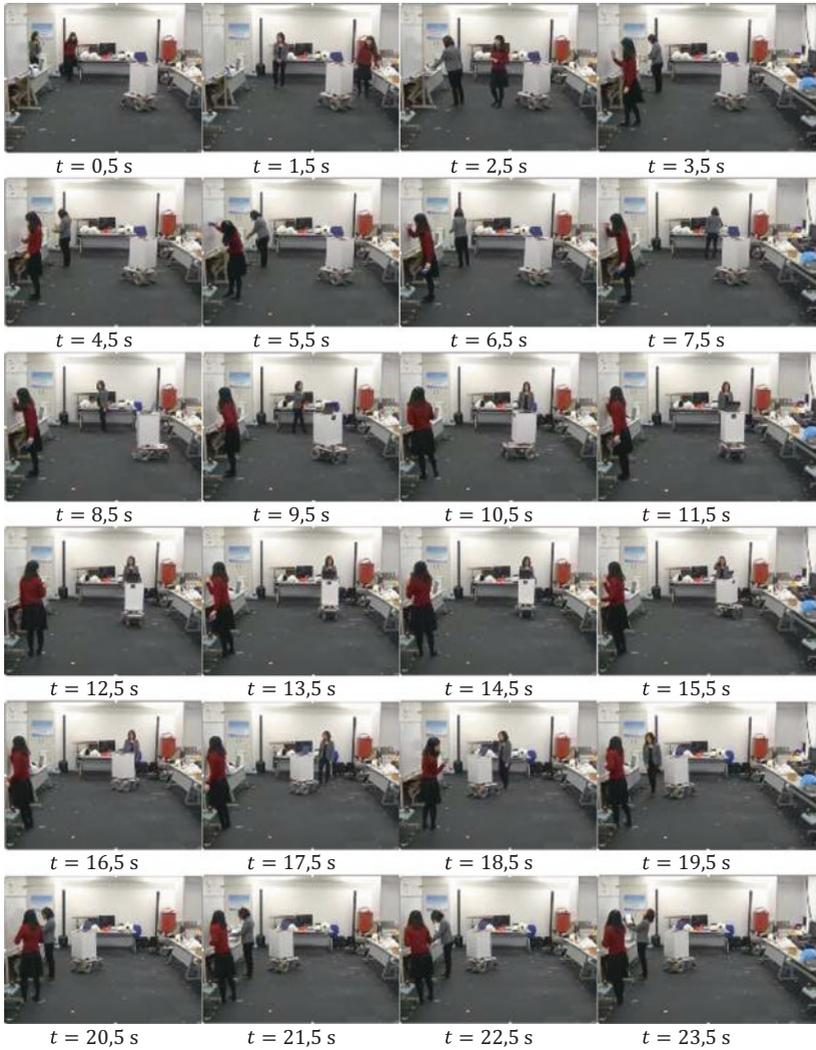
Abb. 5 Beispiel für Gehrouten und eine Umgebungskarte zur Darstellung der Nutzungsfrequenz des Raums



wenn man auf sein Ziel zusteuert. Daher wurde die Geradlinigkeit der Gehwege bewertet. Zieht man zusätzlich noch die Umgebungskarte zur Nutzungsfrequenz des Raums hinzu, dann kann man daraus schließen, ob eine Person diesen Raum und damit die Nutzung desselben gut kennt oder nicht. Denn Orte, die häufig genutzt werden, sollten Personen bekannt sein.

Stellt man sich zum Beispiel die Verkaufsabteilungen in einem großen Kaufhaus vor und geht man weiterhin davon aus, dass sich neben den Rolltreppen jeweils Lagepläne der Etagen befinden, dann liegt es nahe zu vermuten, dass die Nutzungsfrequenz für den Raum vor diesen Plänen steigt. Wenn dann so das gewünschte Ziel gefunden wurde, geht man auch direkt zu der anvisierten Abteilung. Sollte man jedoch sein Ziel trotz des Lageplans nicht finden, dann treten Menschen häufig ein Stück zurück, um die Verkaufsflächen besser überblicken zu können und von dort aus ihre Suche neu zu beginnen. Dabei gibt es jedoch keinen expliziten Grund, warum man gerade an einem bestimmten Punkt stehenbleibt. Folglich steigt die Nutzungsfrequenz dort auch nicht an. Das heißt, wenn sich Menschen in Bereichen mit geringer Nutzungsfrequenz aufhalten, dann bedeutet dies in vielen Fällen, dass sie den Weg zum anvisierten Ziel nicht sofort finden können und u. U. eine Wegbeschreibung benötigen. Auf diese Weise wurden durch die Kombination von Umgebungskarten und der Bewertung von Gehrouten Personen identifiziert, die eine Wegbeschreibung benötigen. Diesen Personen wurde dann durch den Roboter aktiv Unterstützung geboten.

Abb. 6 zeigt ein Experiment, bei dem ein Roboter Menschen während eines Schatzsuche-Spiels assistiert. Im Experiment sind pro Durchlauf zwei Proband:innen und ein Roboter aktiv. Testperson A hat die Aufgabe, etwas an



Anmerkung: t misst die Zeiteinheiten in Sekunden.

Abb. 6 Assistenz durch einen Roboter während eines Experiments (Schatzsuche-Spiel).

ein Whiteboard zu schreiben. Testperson B bekommt die Anweisung, einen bestimmten Gegenstand auf den im Versuchsraum angeordneten Tischen zu suchen. Person A kennt ihren Zielort, während B nicht weiß, auf welchem Tisch sich der gesuchte Gegenstand befindet, das Ziel also suchen muss. Testperson A durchquert die in der Umgebungskarte in Abb. 5 dargestellten Bereiche mit niedriger Nutzungsfrequenz und begibt sich sofort zum Whiteboard und nimmt dort ihre Tätigkeit auf. Testperson B dagegen sucht unter den Objekten, die auf den verschiedenen Tischen liegen, nach dem benannten Gegenstand und beginnt damit an einem Ende der angeordneten Tische. An den Aufnahmen von $t = 7,5\text{s}$ bis $t = 9,5\text{s}$ erkennt man, dass Testperson B umherirrt: In kurzen Zeitabständen bewegt sie sich von links nach rechts und von rechts nach links. Kurz darauf, zum Zeitpunkt $t = 10,5\text{s}$, kann man erkennen, dass sich auch der Roboter in Bewegung setzt und ihr bei der Suche zu helfen beginnt. Da es unmöglich ist, schon vorab zu bestimmen, wo in diesem Raum die Suchbewegungen einer Person entstehen, muss der Roboter auf Basis der Messergebnisse des iSpace die Aktivitäten des Menschen sukzessive beurteilen, um daraufhin seine eigenen Aktionen auszurichten. Die grundlegenden Prozesse eines Assistenz-Roboters bestehen demnach darin, auf Basis der Beobachtungsergebnisse die Lage zu beurteilen und danach die geeigneten assistierenden Aktivitäten auszuführen.

3.4 Die assistierende Nutzung des „Raumgedächtnisses“ eines Roboters

Während das obige Beispiel unterschiedliche Aufgaben zeigt, bei denen der Roboter im Einzelfall aufgabenbezogen assistiert, wurden vom Untersuchungsteam auch Mechanismen für die Unterstützung bei wiederkehrenden Alltagshandlungen untersucht, bei denen dann diverse, im Haus eingebaute Aktoren in Verknüpfung mit bestimmten Bewegungen der hier lebenden Person aktiv werden (Niitsuma et al., 2012). Für diese Fälle wurde zum Einschalten des Aktors ein virtueller Schalter im Raum eingebaut, wobei die jeweilige Position des menschlichen Körpers dann das Ein/Aus für den Schalter bewirkt und damit den Aktor aktiviert. Die Fähigkeit des Roboters, wiederkehrende Handlungen zu erkennen, wurde vom Forschungsteam als „Raumgedächtnis“ bezeichnet.

Der virtuelle Schalter gibt aber nicht nur den Befehl für das Ein- und Ausschalten von Aktoren, sondern kann darüber hinaus auch noch mit weiteren elektronischen Daten wie Bildern, Videos, Musik oder Webseiten verknüpft werden. In dem mit einem roten Kreis markierten Punkt in Abb. 7 (a) ist ein solches Raumgedächtnis enthalten. Die gemessene Position des menschlichen

a Visualisierung des Raumgedächtnisses in der realen Welt



b Visualisierung des Raumgedächtnisses in der virtuellen Welt

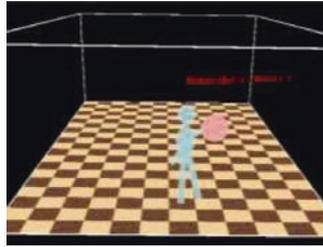


Abb. 7 Messung der Position des menschlichen Körpers und Raumgedächtnis

Körpers und das visualisierte Raumgedächtnis sind in Abb. 7 (b) dargestellt. Definiert man die Position der Fingerspitzen als Zugriffspunkt auf den Schalter, dann muss die betreffende Person nur – wie in Abb. 7 (a) gezeigt – die Hand in dem jeweiligen Bereich des Raumgedächtnisses bewegen. Dies wird dann von dem Roboter als Zugriff erkannt, und die Person kann so die damit verbundenen Daten abrufen. Handelt es sich um Audiodaten, dann werden geeignete Lautsprecher im Raum angewählt, bei Bilddaten wird ein geeigneter Bildschirm aktiviert. Die aufgerufenen Daten werden dann jeweils angezeigt. Das „Raumgedächtnis“ ist also eine Benutzerschnittstelle, mit der mit dem iSpace verbundene unterschiedliche Geräte jeweils einzeln und gesondert mit einer einheitlichen Methode bedient werden können.

In das Raumgedächtnis eingefügte Befehle

Abb. 8 zeigt, wie in einer Wohnung über das Raumgedächtnis das Türschloss und die Beleuchtung gesteuert werden können. Der virtuelle Schalter für das Türschloss wurde dort angebracht, wo man im Eingangsbereich üblicherweise in die Hocke geht oder sich hinsetzt, um sich die Schuhe auszuziehen. Der virtuelle Schalter zum Ausschalten des Lichts im Eingangsbereich befindet sich dann auf dem weiteren Weg in die nächsten Räume. Der Standort der Person, ihre Laufrichtung und andere Bewegungen wurden somit im Raumgedächtnis als Zugriffsbedingungen eingesetzt. So lange sich die Person in einem erfassbaren Bereich aufhält, kann ein Raumgedächtnis sowie der Umfang des Zugriffs beliebig festgelegt werden. Über das Raumgedächtnis kann man also überall im definierten räumlichen Umfeld auf Daten zugreifen oder Geräte steuern. Gleichzeitig kann aber der Zugriffsverlauf auch als chronologischer Ablauf der Handlungen einer Person selbst angesehen werden, denn die Nutzung des Raumgedächtnisses

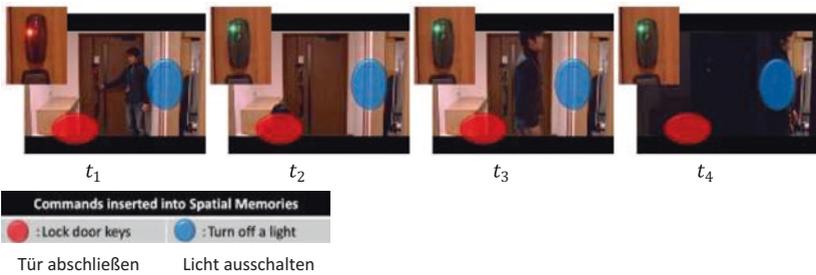


Abb. 8 Bedienen von technischer Raumausstattung durch das „Raumgedächtnis“

ist ja nichts anderes als die Aktivität der das Gedächtnis generierenden Person. Integriert man die Informationen über den Ort, die Häufigkeit oder den Zyklus von Aktivitäten in das Alltagsumfeld und -handeln, dann kann ein solches System für die Überwachung des Wohlergehens von Personen oder zur Früherkennung eines Hilfefalls im häuslichen Alltag ebenso eingesetzt werden, ähnlich wie dies beim Monitoring von Arbeitsprozessen in der industriellen Produktion geschieht (Niitsuma et al., 2012; Sakotani et al., 2020).

4 Verbesserung von Kommunikation zwischen Mensch und Roboter durch „Etho-Robotik“

Wenn ein Roboter aktiv eine Person assistieren und dieser diese Absicht „mitteilen“ soll, dann stellt sich das bekannte Problem der Kommunikation zwischen Mensch und Roboter. Das lässt sich anhand der in Abb. 5 und 6 vorgestellten Assistenz bei Wegbeschreibungen erläutern. Bei den Auskunftrobotern, die man derzeit z. B. in vielen japanischen Einkaufszentren sehen kann, beginnt die Kommunikation üblicherweise damit, dass der Roboter von einer Person, dem bzw. der Nutzer:in, angesprochen wird. Das bedeutet, die Kommunikation beginnt mit einer Situation, in welcher die Aufmerksamkeit der Person auf den Roboter gerichtet ist. Soll nun aber die Person vom Roboter aktiv angesprochen werden, dann ist nicht zwangsläufig auch garantiert, dass sie diesen beachtet. Die Kommunikation muss also damit beginnen, dass der Roboter die Aufmerksamkeit der Person auf sich lenkt.

Menschen benötigen ihnen bisher zumeist unbekanntes Wissen, um mit Robotern zu kommunizieren. Wenn aber dieses Wissen vollkommen neuartig ist und man damit bisher noch keinerlei Erfahrungen gemacht hat, wie dies für viele ältere Menschen auch in Japan typisch ist (“digital divide“; siehe auch den Beitrag von Claudia Müller in diesem Buch), dann ist die Hürde, sich dieses Wissen anzueignen, sehr hoch. In vielen Fällen erscheint der Einsatz von Robotern daher besonders voraussetzungsvoll. Um diese Hürde zu senken, wird in der Regel vorgeschlagen, den Roboter wie einen Menschen agieren zu lassen. Auch das Forschungsteam wählte diesen Zugang. Er zählt inzwischen zum Mainstream. Der Roboter soll die Sprache der Menschen sprechen und Gesten wie ein Mensch machen. Allerdings ist auch bekannt, dass ein Roboter mit einem zu starken humanoiden „Verhalten“ in manchen Kulturen auf Abneigung stößt, oder dass das Interesse an ihm erlischt, wenn von ihm erwartet wird, dass er auf Situationen so flexibel wie ein Mensch reagieren soll, er dies aber nicht tut. Außerdem weiß man auch von Akzeptanzproblemen wie dem sog. *Uncanny Valley*, dass es nämlich als „gruselig“ empfunden wird, wenn ein Roboter wie ein Mensch aussieht, man aber weiß, dass er keiner ist.¹

Wenn ein Roboter mit Personen kommuniziert, um sie zu unterstützen, ist Folgendes wichtig: Der Roboter muss ausreichend robust sein, um die Assistenz erbringen und nachhaltig fortführen zu können. Gleichzeitig muss er sich so verhalten, dass er von den Personen akzeptiert wird. Er muss in die soziale Umgebung passen und darf dabei die Aktivitäten der Personen auf keinen Fall stören. Damit ein Roboter diese grundlegenden Bedingungen erfüllt, sollte er über zentrale „soziale Kompetenzen“ verfügen, um mit Menschen ohne technische Vorkenntnisse interagieren zu können. Es ist wichtig, dass diese sozialen Kompetenzen im interaktiven Verhalten des Roboters ausgedrückt werden und für den Menschen interpretierbar sind.

Das Forschungsteam entschied sich in diesem Zusammenhang für den Ansatz der „Etho-Robotik“, die ethologisch inspirierte Mensch-Roboter-Kommunikation. Der Ansatz beruht auf der Verbindung von Ethologie (Verhaltensforschung) und Robotik. Dabei wird der Fokus auf die Mensch-Hund-Beziehung gerichtet, das Verhalten des Hundes wiederum wird als Modell für die Mensch-Roboter-Beziehung genutzt. Diese Orientierung am Vorbild des Hundes als Handlungsmodell für den Roboter soll eine Kommunikation ermöglichen, die auf dem Modell der Kommunikation zwischen Mensch und Hund aufbaut.

¹https://de.wikipedia.org/wiki/Uncanny_Valley

Der Hund benutzt keine Sprache, sondern kommuniziert durch sein nicht verbales Verhalten mit einer Person. Es ist zum Beispiel bekannt, dass ein Hund unabhängig davon, ob er trainiert wurde oder nicht, eine Person führen kann (Miklósi et al., 2000). Überträgt man dieses Verhalten nun auf den Roboter, dann wird es möglich, dass Roboter Personen auch ohne Worte den Weg weisen können (Takahashi et al., 2015). Ein anderer wichtiger Aspekt in der Mensch-Hund-Beziehungen ist das Bindungsverhalten des Hundes. Der Hund unterscheidet zwischen seinem Halter und anderen Personen und verhält sich zu diesen je nach deren Beziehung zu seinem Halter. Eine Person kann die Beziehung zwischen sich selbst und einem Hund anhand des Verhaltens des Hundes gegenüber seinem Halter oder aber auch an der wachsamem Reaktion des Hundes gegenüber fremden Personen interpretieren. Wenn der Roboter die Aktivitäten des Menschen unterstützt und ganz selbstverständlich Teil des Alltags wird, dann kann nach Meinung des Forschungsteams davon ausgegangen werden, dass dieses Bindungsverhalten eines Hundes modellhaft für den Aufbau einer sozialen Bindung zwischen Menschen und Robotern sein kann. Gemeint ist damit, dass der Roboter wie ein Hund sein Verhalten ändert, je nachdem ob er mit dem Halter oder anderen Menschen interagiert.

Das Forschungsteam hat Experimente durchgeführt, bei denen das Bindungsverhalten mit der Funktion der Überwachung des Wohlergehens durch iSpace systematisch verknüpft wurde, d. h., Roboter sollten Personen beim Erkennen von Ungewöhnlichkeiten informieren. Es zeigte sich, dass die subjektive Bewertung anders ausfiel, je nachdem, ob bei den Handlungen des Roboters ein „Bindungsverhalten“ erkennbar war oder nicht. Zeigt der Roboter kein „Bindungsverhalten“, dann agiert er nur, wenn er eine außergewöhnliche Situation erkennt. Ist dagegen „Bindungsverhalten“ involviert, dann zeigt er seine Verbundenheit mit der Person auch wenn kein Meldeverhalten erforderlich ist. Die Experimente haben gezeigt, dass man ohne Bindungsverhalten dazu tendiert, den Roboter nicht längerfristig nutzen zu wollen. Wenn aber andererseits der Roboter durch sein „Verhalten“ eine „soziale Bindung“ zulässt, dann sind eine positivere Beurteilung was die Bedienbarkeit der Funktionen angeht und damit auch eine stärkere Nutzungsbereitschaft, z. B. in Bezug auf eine längerfristige Nutzung, sowie die Freude am Zusammensein oder über seine „soziale Präsenz“ im Falle des Alleinseins, bei langer Krankheit oder gar Pflegebedürftigkeit wahrscheinlich. Es war also eine positivere Einstellung auch hinsichtlich der Bedienbarkeit der Funktionen zu beobachten, obwohl es keine Unterschiede in Bezug auf die Kernfunktionen, nämlich die „unbeliebte“ Überwachung des Wohlergehens bzw. die Meldefunktion gab (Ichikawa et al., 2018).

Die Ergebnisse zeigen, dass eine „gute Kommunikation“ zwischen Mensch und Roboter nicht einfach dadurch hergestellt werden kann, dass ein Roboter

lediglich seine Funktionen „gut“ ausübt. Vielmehr muss er ein „soziales Verhalten“ an den Tag legen, um „erfolgreich“ kommunizieren zu können. Erst damit kann die Wahrscheinlichkeit der Akzeptanz gesteigert, das Interesse am Roboter aufrechterhalten und eine „gute Beziehung“ aufgebaut und eine langfristige Nutzung zum Wohle der Anwender:innen gewährleistet werden.

5 Ausblick

Nicht nur die Entwicklung von Etho-Robotern, sondern auch von sozialen oder ko-operativen Robotern schreitet voran. Ihre Funktionalität verbessert sich stetig. In den meisten Fällen werden sie jedoch durch jüngere Testpersonen evaluiert, was dazu führt, dass auch das Interaktionsdesign auf der Grundlage von Erfahrungswerten mit jüngeren Probanden entwickelt wurde. Die motorischen Fertigkeiten und kognitiven Fähigkeiten junger Menschen unterscheiden sich jedoch in hohem Maße von denen von Senior:innen. Darüber hinaus sind bei älteren Menschen die interindividuellen und sozialen Unterschiede viel größer. Eine Folge ist, dass in Japan trotz der Entwicklung und Realisierung vielfältiger assistierender Techniken nicht genug Forschung zur Nutzung durch Senior:innen vorliegt. Die Entwicklung einer Robotergeneration, die auch von älteren Testpersonen erfolgreich genutzt werden kann, stellt eine dringliche Zukunftsaufgabe dar. Es ist wichtig, hier mehr Erfahrung zu sammeln und in die Konstruktion von Robotern einfließen zu lassen (siehe dazu auch den Beitrag von Claudia Müller).

In diesem Beitrag sind ausgewählte Techniken und Probleme im Zusammenhang mit dem autonomen Einsatz von Robotern im Lebensalltag und -umfeld der Menschen vorgestellt worden. Obwohl die meisten der hier behandelten Beispiele nicht in erster Linie für die Unterstützung von Senior:innen entwickelt wurden, haben sie dennoch auch das Potenzial, ältere Menschen in ihrem selbständigen Alltagsleben fürsorglich und nicht kontrollierend zu überwachen, ungewöhnliche und/oder für sie gefährdende Situationen rechtzeitig zu identifizieren, sie in ihrem Alltagsleben anzusprechen oder in Alltagsproblemen zu assistieren.

Es soll hier noch erwähnt werden, dass die Funktionen zur autonomen Mobilität von Robotern auch in der Rollstuhlversorgung sehr erfolgreich anwendbar sind. Allerdings fehlt es auch hier derzeit noch an der praktischen Validierung und Bewertung durch Senior:innen selbst. Das Forschungsteam und insbesondere die Verfasserin dieses Beitrags plädieren stark dafür, mehr Validierungen mit älteren Testpersonen vorzunehmen, um die so gewonnen Erfahrungen sinnvoll und nutzbringend für die Bedarfe alternder Gesellschaften wie Japan einsetzen und die Nutzung der Ergebnisse nachhaltig sichern zu können.

Literatur

- Brsic, D., Kanda, T., Ikeda, T., & Miyashita, T. (2013). Person tracking in large public spaces using 3-D range sensors. *IEEE Transactions on Human-Machine Systems*, 43(6), 522–534.
- Hiroi, S., & Niitsuma, M. (2013). „Konstruktion einer Karte mit dynamischen Objekten zur Reflektion mobiler Roboter in alltäglicher Umgebung“ [Nichijōeikyō ni okeru dōteki buttai wo haneishita jiritsu idō robotto no tame no eikyō chizu kōchiku], Konferenzpapier der *Japan Society of Mechanical Engineers*. 1A1-M05(1) – 1A1-M05(4).
- Ichikawa, N., Tsukada, K., & Niitsuma, M. (2018). „Nonverbal Human-Robot Communication for Ambient Assisted Living Applications Based on Ethologically Inspired Social Behavior Model. Konferenzpapier der *IEEE Industrial Electronics Society*, 6045–6050.
- Lee, J.-H., & Hashimoto, H. (2003). Controlling mobile robots in distributed intelligent sensor network. *IEEE Transactions on Industrial Electronics*, 50 (5), 890–902.
- Miklósi, A. et al. (2000). „Intentional behaviour in dog-human communication: An experimental analysis of 'showing' behaviour in the dog“. *Animal Cognition*, 159–166.
- Morioka, K., Lee, J.-H.; Hashimoto, H. (2004). „Human-following mobile robot in a distributed intelligent sensor network“, In: *IEEE Transactions on Industrial Electronics*, 51 (1), S. 229–237.
- Niitsuma, M., Kobayashi, H., & Shiraishi, A. (2012). Enhancement of Spatial Memory for Applying to Sequential Activity. *Journal of Advanced Sciences*, 9(1), 121–137.
- Nikkei Research. (2021). „Datenschutzbewusste und sensorbasierte Messung menschlicher Bewegungen: Nikkei Research und Chuo Universität entwickeln neue Analysetechnologie zur Erstellung von Umweltkarten für Büroplanung (Pressemitteilung)“ [Puraibashii ni hairyoshi, hito no ugoki wo sensaa de keisoku. Nikkei risaachi to chuo daigaku ga shinbunseki gijutsu wo kaihatsu „Kankyōchizu“ seisakushi, ofisu sekkei nado ni katsuyō]. https://www.nikkei-r.co.jp/news/release/id=7055?utm_source=prap&utm_medium=release&utm_campaign=lidar. Zugegriffen: 26. Nov. 2021.
- Nishio, T., & Niitsuma, M. (2019). Environmental Map Building to Describe Walking Dynamics for Determination of Spatial Feature of Walking Activity. *The 28th IEEE International Symposium on Industrial Electronics*, 2515–2520.
- Sakotani, K., Kato, S., Niitsuma, M., & Tanaka, T. (2020). Task Activity Recognition and Workspace Extraction for Nursing Care Assistance in Intelligent Space. *2020 IEEE/SICE International Symposium on System Integration (SII)*, 1259 – 1264.
- Sasaki, T., & Hashimoto, H. (2008). „Mobile Roboternavigation durch Auswahl wichtiger auf Gehwegbeobachtung basierender Punkte“ [Hokō keiro kansoku ni kizuku jūyōten chūshutsu ni yoru idō robotto nabigeeshon]. *Sammlung der Society of Instrument and Control Engineers Japan*, 44(4), 368–376.
- Takahashi, S., Marta, G., Korondi, P., Hashimoto, H., & Niitsuma, M. (2015). Leading a Person Using Ethologically Inspired Autonomous Robot Behavior. *Proc. 10th ACM/IEEE International Conference on Human-Robot Interaction (HRI2015)*, 87–88.
- Uenoyama, N., & Niitsuma M. (2014). „Autonome Zielsetzung bei Begleitrobotern – Unterscheiden menschlichen Gehens durch eine Umgebungsmappe menschlicher Aktivität und Wege“ [Michi annai robotto no tame no jiritsuteki na mokutekichi settei – hito no katsudō ryōiki wo mochiita hito no hokō jōtai no kubetsu], Konferenz zu Robotik und Mechatronik, S. G01(1) – 1P2-G01(4).

Prof. Dr. Mihoko Niitsuma ist Professorin am Department of Precision Mechanics der Chuo-Universität, Tokyo. Sie forscht zu Etho-Robotik zur Unterstützung der Kommunikation und Kollaboration zwischen Menschen und Robotern und zu Mensch-System Interaktionen. Sie leistete innovative Beiträge zu Spatial Memory in Intelligent Space und arbeitet weiterhin in der Forschung und Entwicklung von Mensch-Roboter-Kommunikationssystemen basierend auf der Etho-Robotik, einem neuen Designansatz für Robotersozialverhalten.

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der 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.





Autonomie und Selbstbestimmung im Kontext von Community Care – die Bedeutung des sozialen Raums und technischer Assistenzsysteme

Cornelia Kricheldorf

1 Zusammenfassung und Überblick

Fragen, wie im Alter Autonomie ermöglicht und Rahmenbedingungen für Lebensqualität auch bei Hilfe- und Pflegebedarf geschaffen werden können, bestimmen seit Jahren maßgeblich gerontologische Fachdebatten sowie die inhaltliche Ausrichtung in der einschlägigen Forschung in Deutschland. Relevante Fragestellungen sind in diesem Kontext beispielsweise, welche Einflussfaktoren gelingendes Altern und der Erhalt von Autonomie maßgeblich bestimmen, welche individuellen Wahlmöglichkeiten in der Gestaltung des Alltags das Erleben von Selbstbestimmung und Autonomie ermöglichen und wie dieser Prozess durch geeignete Maßnahmen und Konzepte unterstützt werden kann (Kricheldorf, 2019).

Der Einsatz von technischen Assistenzsystemen oder einzelner Technologien wird dann, wenn es um die Sicherung und Realisierung der Bedürfnisse des alten Menschen geht, zunehmend als eine mögliche Option ins Spiel gebracht. Dabei bildet das Streben einerseits nach Selbstbestimmung und Autonomie, andererseits aber auch nach Bindung und Schutz den sozialen Werterahmen (Wahl et al, 2018). Die Zielperspektive bei der Entwicklung und beim Einsatz technischer Produkte und Systeme ist also geprägt vom Selbstverständnis der Autonomieförderung bei wachsendem Hilfe- und Unterstützungsbedarf im Alter, muss aber

C. Kricheldorf (✉)

Katholische Hochschule Freiburg (em.), Freiburg im Breisgau, Deutschland
E-Mail: Cornelia.kricheldorf@t-online.de

© Der/die Autor(en) 2022

F. Waldenberger et al. (Hrsg.), *Alterung und Pflege als kommunale Aufgabe*,
Dortmunder Beiträge zur Sozialforschung,
https://doi.org/10.1007/978-3-658-36844-9_17

273

gleichzeitig auch den Verlust von Kompetenzen ausgleichen (vgl. BMBF, 2008; Kricheldorf, 2008).

In Verbindung mit neuen Ansätzen im Bereich der gemeindeorientierten Pflege (Community Care) wird in Fachkreisen verstärkt auch die Bedeutung digitaler Medien und technischer Assistenzsysteme diskutiert. Die gemeindeorientierte Pflege versteht sich als Teil des Konzepts „Community Care“, das ein gemeinschaftsorientiertes und unterstützendes Zusammenleben von Menschen innerhalb eines Stadtteils, eines Wohnquartiers oder einer Gemeinde meint. Die soziale Teilhabe aller Bewohner:innen steht dabei im Mittelpunkt, und die Anliegen aller Generationen finden Berücksichtigung. Ein besonderes Gewicht wird auf die Unterstützung und die Sorge für Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf gelegt, in der Logik von „sorgenden Gemeinschaften“ (“Caring communities”) (siehe weiter unten). In diesem Kontext werden zunehmend auch ICTs, also Informations- und Kommunikationstechnologien, die das Leben im digitalen Zeitalter generell bestimmen, zu relevanten Einflussgrößen im Alltag älterer Menschen. Auch wenn ihre Bedeutung nicht überbewertet werden darf, ergeben sich durch die fortschreitende Digitalisierung doch klare Erwartungen hinsichtlich der Möglichkeiten der positiven Gestaltung und Entfaltung des höheren Lebensalters sowie der Förderung von Autonomie und Selbstbestimmung, auch bei einem objektiv konstatierten Verlust an Selbständigkeit und entsprechender Alltagskompetenzen (BMG, 2013).

Dabei muss aber immer auch berücksichtigt werden, dass Altern in einer digitalisierten Welt auch unmittelbare menschliche Begegnungen und Bezüge braucht, denn das subjektive Erleben von Lebensqualität und -zufriedenheit ist immer auch verbunden mit sozialer Interaktion und direkter Kommunikation (Kricheldorf & Tonello, 2020b; Scholl, 2010). Und diese zentralen Prozesse vollziehen sich in der Logik von sorgenden Gemeinschaften vor allem in lebendigen Nachbarschaften, in Sozialraum und Wohnquartieren (Deutscher Bundestag, 2016).

In diesem Kontext spielen vor allem Theorien zur Bedeutung und Relevanz von sozialen Beziehungen und ökogerontologische Ansätze eine zentrale Rolle. Wichtig sind dabei auch innovative Konzepte im Bereich Wohnen, Alter und Quartier (Kremer-Preiß & Stolarz, 2003; Kricheldorf & Himmelsbach, 2020a; Scholl, 2010), ebenso wie die individuellen und gesellschaftlichen Altersbilder, die unser alltägliches Denken und Handeln im Umgang mit Alter stark prägen (BMFSJ, 2014).

Der Beitrag beschäftigt sich vor diesem Hintergrund mit verschiedenen Facetten, die heute das Bild und die gesellschaftliche Rahmung von Community

Care in Deutschland prägen und darauf gerichtet sind, dem Verlust von Autonomie und Selbstbestimmung in der Pflegesituation entgegenzuwirken. Dabei wird vor allem auf die vielfältigen Verknüpfungen der Potenziale des Sozialraums mit digitalen Medien und den Möglichkeiten technischer Assistenzsystemen Bezug genommen.

2 Community Care im Kontext des demografischen Wandels und gesellschaftlicher Veränderungen

Aktuell wird die Lebensrealität älterer und alter Menschen in Deutschland im wachsenden Maß durch die Auswirkungen des demografischen Wandels bestimmt, der mit dem in der deutschen Gerontologie gebräuchlichen Begriff des so genannten *dreifachen Alterns* der Bevölkerung verbunden ist. Dieses ist gekennzeichnet erstens durch einen kontinuierlichen Anstieg des Durchschnittsalters, zweitens eine deutliche Zunahme der Zahl der über 80-Jährigen und drittens durch sich daraus ergebenden Verschiebungen im zahlenmäßigen Verhältnis zwischen Jung und Alt (Kricheldorf, 2020b; Statistisches Bundesamt, 2006). Der vorübergehende Trend zu einer gewissen Verjüngung der Bevölkerung durch die Zuwanderung vor allem jüngerer, zumeist männlicher Migrant:innen ist in den Prognosen schon berücksichtigt.

Mit Blick in die Zukunft wird diese Entwicklung zu einem tiefgreifenden und nahezu alle Lebensbereiche betreffenden strukturellen Wandel der Gesellschaft (Aner, 2020). Die Frage, wie Pflege und Versorgung alter Menschen auch weiter in guter Art und Weise gewährleistet werden können, trifft das in ganz besonderem Maße, denn parallel dazu ändern sich auch die Familien- und Verwandtschaftsstrukturen und die Zahl alleinlebender Menschen, vor allem im hohen Alter, nimmt zu. Während heute etwa 10 % der 60-jährigen Frauen kinderlos sind, wird dieser Anteil in 20 Jahren auf ein Viertel und in 30 Jahren auf ein Drittel steigen. Steigende Zahlen bei Ehescheidungen, aber auch die wachsende Mobilität – oft ein Tribut an die sich verändernde Arbeitswelt – zeigen ebenfalls deutliche Auswirkungen auf brüchiger werdende innerfamiliäre Unterstützungspotenziale im Fall von Pflege- und Unterstützungsbedarf (Kricheldorf, 2015, 2019). Es geht also gesamtgesellschaftlich um den Auf- und Ausbau neuer Hilfesettings, um die Förderung sozialer Netzwerke sowie um innovative Formen der Sicherung von Unterstützung, Hilfe und Pflege, wenn die eigene Familie nicht vorhanden oder ihr Unterstützungspotenzial im Alltag nicht mehr verfügbar ist (Deutscher Bundestag, 2009; Statistisches Bundesamt, 2020b).

Eine zentrale gesellschaftliche Herausforderung besteht vor diesem Hintergrund darin, dass der Anteil der Bevölkerungsgruppe ab 80 Jahren deutlich zunehmen und damit voraussehbar auch der potenzielle Hilfe- und Pflegebedarf steigen wird. Dafür sprechen alle bundes- und landesweiten Prognosen für die kommenden beiden Jahrzehnte. Bereits bis 2022 wird die Anzahl der ab 80-Jährigen von 5,4 Mio. im Jahr 2018 auf 6,2 Mio. steigen und dann bis Anfang der 2030er-Jahre auf diesem Niveau bleiben. Bereits dann wird jede zehnte Person in Deutschland mindestens 80 Jahre alt sein. Das Statistische Bundesamt geht aktuell davon aus, dass diese pflegenahen Jahrgänge in den anschließenden 20 Jahren zahlenmäßig kontinuierlich weiter zunehmen werden und bis zum Jahr 2050, je nach der angenommenen Entwicklung der Lebenserwartung, auf eine Größenordnung zwischen 8,9 Mio. bis 10,5 Mio. anwachsen werden (Statistisches Bundesamt, 2020b).

3 Sozialraumorientierte Versorgungs- und Pflegesettings – neue Schnittstellen von Community Care und Digitalisierung

Vor diesem Hintergrund spielen unterstützende Netzwerke und tragfähige soziale Beziehungen im Prozess des Alterns eine zentrale Rolle. Lebendige Nachbarschaften erfüllen in dieser Logik eine zentrale Funktion für das Erleben von Verbundenheit mit dem sozialen Umfeld und können Zuversicht vermitteln, dem oft kontinuierlich wachsenden Unterstützungs- und Hilfebedarf im höheren Alter gut begegnen zu können (vgl. Kricheldorf, 2015; Kricheldorf et. al. 2015a, b).

Mit ihrer Sozioemotionalen Selektivitätstheorie liefert die amerikanische Gerontologin *Laura* Carstensen (1992.) dafür einen sehr eindrücklichen Begründungsrahmen. Sie verweist darauf, dass es im Prozess des Älterwerdens nicht vorrangig darum gehe, möglichst viele Kontakte zu haben – vielmehr seien die Qualität der sozialen Beziehungen und damit auch ihre bewusste Auswahl (Selektion) besonders bedeutsam für die emotionale Stabilität im hohen Alter. Wichtige soziale Bindungen und Beziehungen seien dann tragfähiger und belastbarer – auch im hohen Alter – wenn sie im Prozess des Älterwerdens bewusst gepflegt wurden. Und sie stellen einen wichtigen Einflussfaktor auf die subjektive Lebensqualität für diejenigen älteren Menschen dar, die keine verfügbaren familiären Unterstützungspotenziale im sozialen Umfeld haben.

Weil eben diese unterstützenden Ressourcen innerhalb der Familie im Alltag immer weniger verfügbar sind, hat sich die Betreuung älterer Menschen in Privathaushalten, oft auch als sogenannte Rund-um-die-Uhr-Betreuung oder

24-h-Pflege bezeichnet, in Deutschland zunehmend als grauer Arbeitsmarkt für haushalts- und personenbezogene Dienstleistungen entwickelt. Dieser wird vor allem mit Arbeitskräften aus osteuropäischen EU-Mitgliedsstaaten bedient und entwickelt sich unter anderem auch deswegen so stark, weil der Bedarf vom regulären Markt der ambulanten Dienste und Unterstützungsangebote nicht ausreichend und bedürfnisorientiert gedeckt werden kann (Böning & Steffen, 2014). Da es sich dabei aber auch, zumindest in Teilbereichen, um nicht offiziell gemeldete Beschäftigungsverhältnisse handelt, ist eine genaue Zahl der *Betreuungskräfte in Privathaushalten* in Deutschland nicht bekannt. Die Gewerkschaft Ver.di gibt die Anzahl bundesweit legal beschäftigter Migrant:innen in Privathaushalten, auf der Basis einer entsprechenden Studie, in einer Größenordnung zwischen 115 000 und 300 000 Personen an (Böning & Steffen, 2014). Die realen Zahlen dürften ein Vielfaches davon betragen. Diese überwiegend weiblichen, sogenannte Haushaltshilfen, machen inzwischen viele häusliche Pflegesettings in Deutschland überhaupt erst möglich und sind damit auch zu einem stabilisierenden Faktor im Bereich Community Care geworden (siehe auch den Beitrag von Naegele in diesem Band).

Diese ganz auf die Einzelperson bezogenen und unmittelbaren Betreuungsleistungen in privaten Haushalten haben ihre ganz eigenen digitalen Bezüge. Zum einen spielen digitale Medien und Plattformen eine wichtige Rolle bei der Kontaktaufnahme und Vermittlung der Arbeitsmigrant:innen. Zum anderen ist ihre Verbindung zu den eigenen, zurückgelassenen Familien ebenfalls stark abhängig und deutlich geprägt von der Verfügbarkeit und Nutzung digitaler Medien und Videotelefone, ohne die ihr Aufenthalt in den deutschen Familienpflegebedürftiger Menschen, jeweils über viele Wochen am Stück hinweg, gar nicht so einfach realisierbar wäre (Brunner et al., 2013). Denn viele dieser Betreuungskräfte in Privathaushalten haben Kinder und Ehepartner im Herkunftsland und tragen mit ihrer Tätigkeit in Deutschland maßgeblich zum Familieneinkommen bei. Die dabei entstehenden Belastungen und sozialen Spannungen sind unübersehbar – dem soll über die regelmäßige Nutzung entsprechender Apps und digitaler Systeme entgegengewirkt werden.

Die Zunahme von Singlehaushalten, neue familiäre Konstellationen sowie zunehmende Mobilität führen auch dazu, dass Angehörige immer häufiger vor der Herausforderung stehen, Pflege und Sorge auch auf Distanz leisten zu müssen – ein an Relevanz zunehmendes Phänomen in der deutschen Gesellschaft (Engler, 2020). Damit dies gelingen kann, muss zur Sicherung der häuslichen Pflegesettings zusätzlich auch eine Vernetzung mit dem sozialen Nahraum erfolgen, um die unmittelbare und tägliche Unterstützung und Pflege pflegebedürftiger Menschen vor Ort verlässlich abzusichern. Alle bisher bekannten

Modelle von *Distance Care* (Pflege auf Distanz) setzen, neben dem Einsatz von Technik und digitalen Assistenzmodellen (Franke et al., 2019), vor allem auf die Unterstützung häuslicher Pflegesettings durch ambulante Dienste und soziale Netzwerke. Pflege auf Distanz braucht also digitale Plattformen und Medien in Verbindung mit personengetragenen Netzwerken vor Ort.

Vor allem beim Überbrücken von räumlicher Distanz zwischen Familienmitgliedern mittels diverser Kommunikationstechnologien ist also der Einsatz von Technik zwar immer ein zentraler Aspekt (Engler, 2020; Bischofberger et al., 2017; Otto et al., 2017). Aber erst in der Verknüpfung mit Netzwerken im Sinne des *Pflegemix* kann ein tragfähiges Pflegesetting entstehen. Darunter versteht man ein vernetzendes und integrierendes Konzept, bei dem unterschiedliche Akteure im professionellen, semiprofessionellen und freiwilligen Bereich komplementär und kooperativ zusammenwirken, um gute Pflege im gewohnten Umfeld zu ermöglichen (Bubolz-Lutz & Kricheldorf, 2006, 2011). Ursprünglich entwickelt und getragen vom Gedanken der Entlastung und Unterstützung pflegender Angehöriger, die in der Logik eines eher traditionellen Pflegesettings als Hauptpflegepersonen in gemeinsamen Haushalten mit den pflegebedürftigen Menschen leben, ist das dahinterliegende Grundkonzept durchaus auch auf neue Settings übertragbar. In der Verknüpfung des Versorgungsnetzwerks am Wohnort der pflegebedürftigen Person mit digitalen Medien und technischen Assistenzsystemen ergibt sich ein sehr geeignetes Konstrukt, das die Pflege auf Distanz häufig erst realisierbar werden lässt (Abb. 1).

Die Logik des Konzepts *Pflegemix* basiert also auf der Kooperation zwischen Angehörigen, Freiwilligen in Nachbarschaften, Wohnquartieren und Gemeinden sowie Professionals aus Pflege, Sozialer Arbeit und auch aus dem hauswirtschaftlichen Bereich. Dies birgt gleichermaßen Herausforderungen und Chancen (Kricheldorf et al., 2014; GKV-Spitzenverband, 2011). Aus der Notwendigkeit der Koordination dieser verschiedenen Akteure, im Sinne eines multiprofessionellen Teams im Sozialraum, wird deutlich, dass sich der vieldiskutierte Einsatz von technischer Unterstützung und Assistenzsystemen in Pflegesettings schon längst seinen Weg in die konkrete Nutzung bahnt. Dies gilt vor allem in der ambulanten Pflege und im häuslichen Bereich. Das erklärte Ziel ist dabei immer, Pflege und Unterstützung verlässlich abzusichern und das möglichst im gewohnten Umfeld.

Pflegemix – ein integrierendes Konzept unterschiedlicher Systeme und Logiken in Sozialraum und Quartier

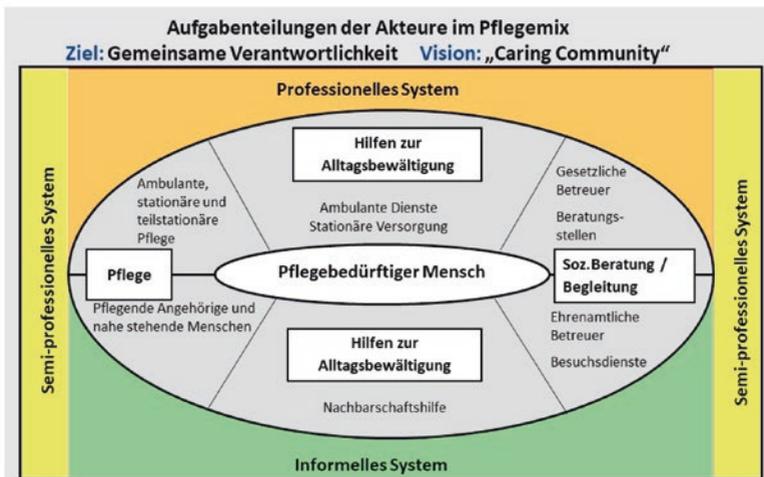


Abb. 1 Das Modell Pflegemix.

Quelle: Bubolz-Lutz & Kricheldorf, 2006: 26

4 Community Care und Sozialer Raum

Vor dem skizzierten Hintergrund wächst der Sozialraumorientierung in den Professionen Soziale Arbeit und Pflege eine immer klarere Bedeutung zu (Kricheldorf & Himmelsbach, 2020a; Diebäcker, 2014; Hinte et. al, 2010). Es geht dabei verstärkt um die Orientierung am visionären Konzept der *Caring Community*, im 7. Altenbericht der Deutschen Bundesregierung als Leitkonzept formuliert (Deutscher Bundestag, 2016). Damit wird ein Modell zum Umgang der Gesellschaft mit ihren Mitgliedern beschrieben, das ihnen Wahlmöglichkeiten für ihre individuelle Lebensgestaltung bietet und auf sozialen Zusammenhalt setzt. Und gleichzeitig impliziert das Konzept auch ein solidarisches Miteinander von Menschen innerhalb eines festgelegten Stadtteils oder Quartiers, das durch Quartiersarbeit initiiert wird und damit die uneingeschränkte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben für alle anstrebt (Kricheldorf, 2015; Kricheldorf et. al., 2014, 2015b) (siehe auch den Beitrag von Naegele in diesem Band).

Arbeitsansätze und Methoden wie Quartiersmanagement und Soziale Netzwerkarbeit (Früchtel et. al., 2010; Bunzendahl & Hagen, 2004; Bullinger & Nowak, 1998) sind dafür ebenso relevant wie der fachliche Ansatz der gemeindeorientierten Pflege in der Logik des *Community Health Nursing*, einem neuen Ansatz in der Pflege, der derzeit modellhaft erprobt und wissenschaftlich begleitet wird (Robert-Bosch-Stiftung & DBfK, 2018). *Community Health Nursing* ist ein gemeindeorientierter Ansatz in der Pflege, der im ambulanten Bereich und in der familienorientierten Pflege vor allem in Kanada und in den USA schon etabliert ist. Er versteht sich als bewusste Alternative zur klinisch orientierten Pflege in Krankenhäusern und in weiten Teilen des deutschen Gesundheitssystems.

Sorgebeziehungen im Sozialraum haben mit Blick auf die Entwicklung, die die amtliche Pflegestatistik seit ihrer Einführung in Deutschland im Jahr 1999 nachzeichnet, eine besondere Bedeutung. In dieser, im 2-Jahres-Turnus erstellten Berichterstattung über die Nutzerzahlen und die Art der Unterstützung aus Mitteln der staatlichen Pflegeversicherung (SGB XI), zuletzt veröffentlicht am 15. Dezember 2020, bildet sich eine deutlich wachsende Diskrepanz zwischen dem stationären und ambulanten Pflegesektor ab (Statistisches Bundesamt, 2020a). Auch 2019 sind pflegende Angehörige noch immer die zentrale Säule in der Versorgung der mittlerweile 4,1 Mio. im häuslichen Umfeld gepflegten Leistungsempfänger, Ihr Anteil hat in den letzten 10 Jahren sogar noch zugenommen, während gleichzeitig der Anteil der stationären Pflege kontinuierlich zurückgegangen ist, zuletzt auf 20 % (Statistisches Bundesamt, 2020a; siehe dazu auch den Beitrag von Naegele in diesem Buch).

Aber auch in der Organisationsstruktur der stationären Pflegeeinrichtungen in Deutschland bilden sich gesellschaftliche Entwicklungen und Bedarfslagen sichtbar ab: Stationäre Einrichtungen der Langzeitpflege werden kleiner, und die Pflege- und Betreuungskonzepte richten sich auch dort immer stärker am Sozialraum aus. Insgesamt ist ein deutlicher Trend zu kleineren Einheiten feststellbar, wobei sich in diesem Kontext auch die zunehmende Realisierung kleinerer Hausgemeinschaftsmodelle und Pflegewohngruppen abbildet, was sich in einer sinkenden durchschnittlichen Zahl von Bewohner:innen niederschlägt. Mittlerweile leben im Durchschnitt 62 pflegebedürftige Menschen in einer Einrichtung, während bis vor einigen Jahren aus ökonomischen Effizienzgründen noch Häuser mit 100 Plätzen und mehr die Situation bestimmten (Statistisches Bundesamt, 2020a:34).

Es lässt sich also festhalten, dass sich im Bereich von *Community Care* inzwischen ein stark ausdifferenziertes Angebot von Hilfe und Pflegeangeboten etabliert hat, das möglichst wohnortnah den sich verändernden Bedingungen und Bedürfnissen künftiger pflegenaher Jahrgänge angepasst ist. Dem entspricht, dass

auch bei den älteren und alten Menschen in Deutschland eindeutig der Wunsch dominiert, dort alt zu werden, wo wichtige soziale Kontakte verankert sind: im Quartier, in der Gemeinde (Kricheldorf et. al., 2015b; Dörner, 2008; Kremer-Preiß & Stolarz, 2003). Diese Entwicklung spiegelt sich auch in der Forderung nach der Schaffung sogenannter *Quartiershäuser*, als inzwischen fünfte und damit aktuellste Generation beim Bau von Pflegeeinrichtungen (KDA, 2011). Auch das Entstehen kleinräumiger und sozialräumlich verankerter Formen der Pflege in Form von ambulanten Pflegewohngemeinschaften, Wohnprojekten für Menschen mit Demenz und Mehr-Generationenquartieren ist Ausdruck dieser Entwicklung.

Allerdings sind diese neuen und innovativen Formen, die stark auf zivilgesellschaftliche Beteiligung zielen, noch keineswegs die Regel (Hoch & Otto, 2005). Noch immer entstehen viel zu oft klassische Pflegeheime, die sich zwar konzeptionell mehr und mehr dem Wohngruppenkonzept öffnen müssen, deren Bau die Kommunen aber relativ häufig Bauträgern überlassen, um sich an dieser Stelle zu entlasten. Dieses Vorgehen orientiert sich vorrangig an kurzfristigen Wirtschaftlichkeits- und Renditeüberlegungen und zielt weniger auf eine wirklich bedarfsgerechte Entwicklung adäquater neuer Formen zur Absicherung von Pflege ab. Nicht selten sind aber dabei wichtige fachliche Aspekte bei der Umsetzung dieser Neubauten zu wenig im Blick und die Bedarfe der künftigen Bewohner:innen finden zu wenig Beachtung. Hieraus könnten sich für die Zukunft zahlreiche Ansatzpunkte für den interdisziplinären Dialog auf Basis der Fachexpertise von Pflege, Sozialer Arbeit und anderen einschlägigen Berufsgruppen, wie Stadtplanern, Architekten und anderen Beteiligten ergeben.

5 Ambivalente Haltungen und ethische Fragen zum Technikeinsatz im Bereich Community Care

Digitale Lösungen und technische Assistenzsysteme wurden mittlerweile in großer Vielfalt entwickelt, wengleich in der Praxis der Pflege in Deutschland bislang davon nur wenig konsequent zur Umsetzung kommt (Wahl et. al. 2010, 2018; Jokisch & Wahl, 2015). Trotzdem sind aktuell vor allem mit Blickrichtung auf die angespannte Personalsituation in der Pflege hohe Erwartungen und eine große mediale Aufmerksamkeit feststellbar. Diese gilt weniger der diskreten Technikanwendung im Alltag, als vielmehr den publikumswirksamen Entwicklungen, beispielsweise im Bereich der Robotik. Diese technischen Hilfen und Supportsysteme zielen vor allem auf aktive Unterstützung bei der Pflege und im Alltag von Menschen, die kontinuierliche Begleitung brauchen. Sie wurden

schwerpunktmäßig für alleinlebende Menschen mit Hilfebedarf entwickelt und entsprechen dem zunehmenden Bestreben nach größtmöglicher Autonomie und Vermeidung von Abhängigkeit, erleichtern aber auch die häusliche Pflege und unterstützen die Vermeidung körperlicher Überlastung bei Pflegenden. In diesem Zusammenhang wird auch der Einsatz von humanoiden Robotern diskutiert und erprobt (Zafrani & Nimrod, 2019).

Unterstützung in der pflegerischen Grundversorgung bieten auch Systeme zur Vermeidung von Dekubitus und Inkontinenz sowie zur Unterstützung der Körperhygiene. Und im häuslichen Bereich haben darüber hinaus Notfallerkennung und Sturzvermeidung eine hohe Bedeutung beim Einsatz digitaler Technik. Vor allem beim Überbrücken von räumlicher Distanz zwischen Familienmitgliedern mittels diverser Kommunikationstechnologien ist der Einsatz von Technik ein zentraler Aspekt, besonders in der Verknüpfung mit dem Konzept Pflegemix (siehe dazu weiter oben Kap. 3.).

Gleichzeitig ist zu konstatieren, dass Entwicklungen im Kontext von Digitalisierung in einem nie gekannten Ausmaß und in neuartiger Qualität in unsere Leben eindringen und zunehmend unsere zwischenmenschlichen Beziehungen sowie unser Selbstverständnis prägen. Damit gewinnt auch der Einsatz von Technik in diversen Pflegesettings noch zusätzlich an Brisanz, denn es handelt sich um ein Feld, das nicht nur einen Professionsbereich bezeichnet, sondern auch durch eine Art mitmenschliche Berufung der hier tätigen Pflegekräfte charakterisiert werden kann. Pflege zeichnet sich aus deren Professionsverständnis heraus durch Orientierungen und Handlungsziele wie Ermöglichung von erhöhtem Wohlbefinden und Lebensqualität sowie Förderung von Gesundheit aus (Kunze & Kricheldorf, 2017). Diese Zielperspektiven sind eng verknüpft mit Werthaltungen, und damit rückt die Bedeutung des Menschenbildes in den Fokus, das der eigenen Arbeit zugrunde gelegt wird und zumeist die Selbstbestimmtheit und Würde von Pflegenden und Gepflegten gleichermaßen betont (Grauel & Spellerberg, 2007).

Vor diesem Hintergrund wird der Einsatz von assistierenden Technologien in der Profession Pflege in Deutschland zunehmend als ambivalent erlebt, und es gibt dort auch klar ablehnende Haltungen und Einstellungen zur Digitalisierung. Dies verweist unter anderem auf die Notwendigkeit einer Reflexion der eigenen Rolle im Kontext von Technikeinsatz in der Pflege. Es bedarf ganz klar eines äußerst verantwortungsbewussten Umgangs mit dem Einsatz von technischen Systemen. Es gilt die (Persönlichkeits-)Rechte zu wahren und den Bedarfen und Bedürfnissen aller Beteiligten in den jeweils individuellen Kontexten Rechnung zu tragen (Kricheldorf & Tonello, 2020b). Hinzu kommt die wachsende Geschwindigkeit, mit der sich hier Veränderungen vollziehen (Schulz et. al.,

2015). Laufend kommen neue Produkte und Hilfsmittel auf den Markt, der damit zunehmend unübersichtlich wird. Die dadurch wachsende Komplexität sowie die Gestaltung der Pflege von und durch Technik gilt es gemeinsam interdisziplinär, dialogisch und reflexiv zu erfassen. Sowohl die praktische Einbettung neuerer Technologien in eine bestehende Einrichtungs- oder Organisationskultur als auch ihre Planung innerhalb des Arbeitsalltages und in den Pflegeabläufen müssen analysiert und hinsichtlich ihrer Sinnhaftigkeit immer wieder neu reflektiert werden.

6 Technische Assistenzsysteme für die Begleitung, Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz

Der Einsatz assistiver Technologien muss insbesondere bei demenziell erkrankten und/oder pflegebedürftigen älteren Menschen mit besonderer Vulnerabilität und Schutzbedürftigkeit (Wahl et al., 2018) hinterfragt werden und reflektiert erfolgen. Deren individuelles Erleben im Verlauf der Erkrankung wird immer stärker von Unsicherheit und Diskontinuität geprägt. Vor allem für ihren Verbleib in der gewohnten Umgebung und in der Häuslichkeit sind unterstützende Maßnahmen hilfreich und oftmals geboten, da sie Unsicherheiten und Ängste reduzieren können und die Erfahrung von Kontinuität erhöhen. Sie sind zunehmend auch mit technischen Systemen und Produkten verbunden und erlangen als technische Innovationen im wachsenden Umfang Bedeutung und Anwendung (Kricheldorf, 2020a). Dabei zeigen sich aber auch demenztypische Besonderheiten, die mit fortschreitenden Veränderungen der Persönlichkeit verbunden sind und sich vor allem in solchen Verhaltensweisen manifestiert, wie beispielsweise einem hohen Bewegungsdrang, der sich häufig im Verlauf der Demenz verstärkt und aus einer inneren Unruhe heraus entsteht. Damit geht oftmals eine räumliche Desorientierung einher, zuweilen auch die Tendenz, sich auf die Suche nach vertrauten Orten zu machen („Weglauffendenzen“) (Bharucha et al., 2013).

Vor diesem Hintergrund gewinnen technische Ortungssysteme, die mit GPS-Tracking und Geofencing arbeiten, eine zunehmende Relevanz. Sie unterstützen einerseits die außerhäusliche Mobilität von Menschen mit Demenz in ihren vertrauten Nachbarschaften und Sozialräumen und verhindern, dass sie sich dabei verlieren und verirren können. Andererseits entlasten sie auch Angehörige, die so einen Zugewinn an subjektiv erlebter Lebensqualität und Sicherheit erfahren und weniger unter psychischer Anspannung leben müssen (Entwicklungszentrum Gut Altwerden, 2016). Gleichzeitig führt dieser verständliche und dominante Wunsch der pflegenden Angehörigen nach einem elektronischen Personentracking (Bantry

White & Montgomery, 2014) aber auch in ein ethisches Dilemma, das aus dem Spannungsfeld zwischen der Ermöglichung von mehr Freiräumen einerseits und dem Bedürfnis nach Kontrolle der Angehörigen andererseits ergibt. Mit dem Einsatz altersgerechter Assistenzsysteme verbundene ethische Fragen und ihre bewusste Erörterung erhalten deshalb in diesem Bereich von Community Care eine noch größere Bedeutung als dies bereits ohnehin für das insgesamt sensible Verhältnis von Alter und Technik der Fall ist (Novitzky et al., 2015).

7 Die gerontologische Relevanz von Sozialraum und Lebenswelt

Aus Sicht der Gerontologie wird die Bedeutung des Sozialraums bislang vor allem durch den ökogerontologischen Ansatz betont. Die Ökogerontologie (Wahl et. al, 1999) versteht die Person-Umwelt-Interaktion als Prozess. Das entsprechende Modell integriert dabei auch ältere Ansätze und Begründungen (Lawton, 1999; Kahana & Riley, 1989; Carp, 1987). Gelingendes Altern, nach der Alternstheorie von Saup (1991) auch konstruktives Altern genannt, wird nach der Ökogerontologie maßgeblich durch die Interaktion mit der Umwelt und durch deren Bedingungen mitbestimmt. In dieser Logik geht es also darum, den räumlichen Kontexten im Prozess des Alterns mehr Aufmerksamkeit zu schenken, diese stärker zu beachten. Lebendige Nachbarschaften gehören zu diesen maßgeblichen Einflussfaktoren auf die Person-Umwelt-Beziehungen.

Die Ökogerontologie verweist also sehr deutlich auf die Bedeutung des sozialen Umfelds und auf den Einfluss von Umgebung und Sozialraum für die individuellen Bedingungen des Alterns (Claßen et. al., 2014; Lawton, 1999). Dabei spielen die räumliche Verankerung in einem sicheren und vertrauten Wohnquartier und die Vernetzung mit dem sozialen Umfeld eine zentrale Rolle. Der alternde Mensch wird dabei, auch vor dem Hintergrund seiner unter biografischen Bedingungen erworbenen Ressourcen und Kompetenzen als Gestalter seiner Umwelt gesehen.

Dies kommt auch in den sich kontinuierlich verändernden Altersbildern in modernen Gesellschaften, im Sinne von Differenzierung und Diversität, deutlich zum Ausdruck. Die Lebensphase Alter erhält damit eine ganz eigene Rollenvielfalt und Bedeutung. Diese neue Vielfalt des Alters zeigt sich in diversen Ausprägungen, unter anderem auch in unterschiedlichen Lebenslagen hinsichtlich materieller Ressourcen, Bildung und Status. So wird für künftige Altersgenerationen in Deutschland, das Thema materielle Armut erneut eine relevante Bedeutung erlangen (Butterwegge et al., 2012; Kricheldorf, 2010) – ein Faktor,

der einen entscheidenden Einfluss auf die soziale Teilhabe hat und der auch die Möglichkeiten zur Lebensgestaltung in Pflegesituationen erheblich beeinflusst. Denn die Sicherung von Selbstbestimmung und Autonomie, auch bei zunehmendem Hilfe- und Pflegebedarf, ist auch immer an die Verfügbarkeit materieller und sozialer Ressourcen gebunden, weil die gesetzliche Pflegeversicherung in Deutschland nur eine enge Basisversorgung in der Grund- und Behandlungspflege garantiert.

Den Familien und sozialen Netzwerken wird in dieser Logik also eine zentrale Rolle in der Sicherung der Bedürfnisse zugesprochen, die über diese Grundversorgung hinausgehen und die für Lebensqualität und soziale Teilhabe relevant sind. Das Konzept der Caring Community knüpft hier an und hat vor allem auch die Personen im Blick, deren Lebenssituation von deutlicher Ressourcenknappheit geprägt ist. Über bürgerschaftliches Engagement und gelebte Solidarität in lebendigen Nachbarschaften sollen die individuellen Ressourcen gestärkt und damit auch mehr soziale Gerechtigkeit hergestellt werden. Damit ist das Konzept der Caring Community natürlich auch eine Zukunftsvision, die in letzter Konsequenz immer nur eine Zielperspektive bleiben wird. Aber die dem Konzept inhärente Philosophie und Logik bestimmt schon heute die fachliche Orientierung in der Quartiersarbeit ganz maßgeblich mit.

Zum Ausmaß der Pflege durch Nachbarn gibt es bislang kaum verlässliche Daten. Sie sind vielmehr in der großen Kategorie der informellen Pflege subsumiert, die in 52,9 % aller betroffenen Haushalte die pflegerische Versorgung sichert. Eine repräsentative Studie aus dem Jahr 2015 weist für die Pflege durch Nachbarn explizit einen Anteil von 4 % aus (Forsa & DAK, 2015). Der eigentliche Schwerpunkt der Stabilisierung häuslicher Pflegesituationen durch nachbarschaftliche Hilfestrukturen liegt jedoch eher auf Unterstützungsleistungen im Alltag, d. h. in der Logik von Nachbarschaftshilfe. Diese dienen der Förderung von Selbstbestimmung und Autonomie und werden überwiegend im freiwilligen Engagement erbracht. Seit 2020 erfährt die Nachbarschaftshilfe auch über die staatliche Pflegeversicherung Anerkennung und eine finanzielle Förderung (SGB XI, § 45b und § 45c). Ein weiterer bemerkenswerter Ansatz bezieht sich auf Hilfen auf Gegenseitigkeit, verbunden mit dem Erwerb von Anrechten auf nachbarschaftliche Unterstützungsleistungen auf der Basis von Seniorenengenschaften oder dem Konzept der „Zeitbanken“, das auch in Japan nicht unbekannt ist (Alster-Institut, 2020). Sozialraumorientierung zielt also vor allem auf die Verbesserung von sozialer Teilhabe durch Vernetzung sowie auf die Stärkung der individuellen Ressourcen und damit auf die Förderung von mehr sozialer Gerechtigkeit.

Die große Bedeutung dieser Hilfen wird durch umfangreiche empirische Befunde belegt, die den positiven Einfluss von sozialer Teilhabe und Bildung auf Status, Gesundheit und erlebter Autonomie aufzeigen (Kricheldorf, 2020c; Schramek et al., 2018; Bubolz-Lutz et. al., 2010). Dabei ist einerseits zu berücksichtigen, dass der Anteil bildungsgewohnter alter Menschen absehbar deutlich zunimmt, andererseits erfordert das Leben in einer immer stärker individualisierten und digitalisierten Welt auch ständiges Lernen als Anpassungsleistung des Individuums. Dies wiederum ist ganz maßgeblich auch von biografischen Einflussfaktoren abhängig. Vor diesem Hintergrund muss hervorgehoben werden, dass die Lebenslage im Alter in Deutschland entscheidend durch die individuelle Ausstattung mit Ressourcen und Kompetenzen beeinflusst wird, die über den gesamten Lebenslauf hinweg Chancen und Möglichkeiten eröffnen oder behindern. Im Alter sind aber vorhandene soziale Ungleichheiten kaum noch auszugleichen, sondern werden zum unabänderlichen Schicksal.

Dies gilt auch für die noch immer sehr ungleich verteilten digitalen Kompetenzen und Zugänge aufgrund materieller Bedingungen, die Voraussetzung für die Nutzung digitaler Techniken und Medien sind. In diesem Kontext wird in Bezug auf die möglichen Optionen von Techniknutzung im Alter deutlich vor einer digitalen Spaltung („Digital Divide“) gewarnt. Dies bekräftigt auch der Achte Altersbericht der Bundesregierung in Deutschland, der sich mit dem Thema „Ältere Menschen und Digitalisierung“ beschäftigt (BMFSFJ, 2020) (siehe dazu auch den Beitrag von Müller in diesem Band).

Ein anderer, ebenfalls hoch relevanter Aspekt von Diversität und Pluralität im Alter, mit deutlichen Bezügen zur Frage des Zugangs zu digitalen Chancen, ergibt sich durch die wachsende Vielfalt kultureller Hintergründe und Prägungen. Diese stellen angesichts von Zuwanderung und dem inzwischen höheren Alter der sogenannten Gastarbeitergeneration noch eine weitere, zunehmend gesellschaftlich relevante Facette des Alterns in Deutschland dar (Kricheldorf, 2018; Schröer & Scheppe, 2010). Für alte Migrant:innen zeigen sich aufgrund kumulativer Benachteiligungen im Lebenslauf die Gefahren der digitalen Spaltung in der deutschen Gesellschaft noch sehr viel deutlicher (Baykara-Krumme & Hoff, 2006). Letztlich spiegeln sich diese verschiedenen Lebenswelten im Alter, die auch für das Ausmaß von Pluralität in der deutschen Gesellschaft stehen, ganz deutlich im Sozialraum wider, der gleichsam zum Bedingungsgefüge für gelingendes Altern wird.

8 Fazit

Bereits der 7. Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland baute schwerpunktmäßig auf Sorge und Mitverantwortung in der Kommune. Dabei lag der Fokus vor allem auf dem Aufbau und der Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften, verbunden mit einer klaren konzeptionellen Orientierung an der Vernetzung mit dem sozialen Umfeld und dem Unterstützungspotenzial über die eigenen familiären Grenzen hinaus. (Deutscher Bundestag, 2016).

Gelingendes Altern in Sozialraum und Quartier setzt in der Logik von Community Care bei zunehmendem Hilfe- und Unterstützungsbedarf auf diese Ressourcen, die in lebendigen Nachbarschaften verortet sind. In der Verknüpfung mit den Möglichkeiten und Chancen digitaler Entwicklungen und technischer Assistenzsysteme bieten sich nochmals ganz neue Facetten für ein gelingendes Altern in Selbstbestimmung und unter Wahrung der Autonomie auch bei Hilfe- und Pflegebedarf (BMFSFJ, 2020). Die Realisierung notwendiger neuer Pflege-settings, die in der Verbindung mit den Potenzialen der Digitalisierung künftige Bedarfe im Bereich Community Care aufgreifen, ist aber voraussetzungsvoll. Auf diesem Weg sind noch viele Hürden zu überwinden. Neben der Auseinandersetzung mit notwendigen ethischen Fragen geht es auch um den Abbau von Zugangsbarrieren und Hemmnissen, um einer drohenden digitalen Spaltung der deutschen Gesellschaft und der damit verknüpften Polarisierung zwischen Jung und Alt sowie zwischen verschiedenen Bildungs- und Einkommensschichten entgegenzuwirken. Nur so können mit Blick in die Zukunft die Chancen einer Gesellschaft des langen Lebens, verortet in einer digitalen Welt, von möglichst vielen Menschen genutzt werden.

Literatur

- Aner, K. (2020). Soziale Altenhilfe als Aufgabe Sozialer (Alten-)Arbeit. In K. Aner & U. Karl (Hrsg.), *Handbuch Soziale Arbeit und Alter*. Springer Fachmedien.
- Alster-Institut. (2020). Übersicht der Zeitbanken und Seniorengenossenschaften in Deutschland. <https://www.alster-institut.de/verzeichnis-zeitbanken-in-deutschland/>. Zugegriffen: 18. Febr. 2021.
- Bantry White, E., & Montgomery, P. (2014). Electronic tracking for people with dementia: An exploratory study of the ethical issues experienced by carers in making decisions about usage. *Dementia*, 13(2). <https://journals.sagepub.com/doi/abs/doi.org/10.1177/1471301212460445>.

- Baykara-Krumme H., & Hoff, A. (2006). Die Lebenssituation älterer Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland. In C. Tesch-Römer, H. Engstler, & S. Wurm (Hrsg.), *Altwerden in Deutschland*. VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bharucha, A. J., Forlizzi, J., Dew, M. A., Reynolds, C. F., Stevens, S., & Wactlar, H. (2013). Intelligent assistive technology applications to dementia care: Current capabilities, limitations and future challenges. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(2). <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1064748112607295>. Zugegriffen: 27. Jan. 2020.
- Bischofberger, I., Franke, A., Hegedüs, A., Kramer, B., Otto, U., & van Holten, K. (2017). Wenn pflegende Angehörige weiter entfernt leben – Technik eröffnet Chancen für Distance Caregiving, ist aber nicht schon die Lösung. In I. Hämmerle & G. Kempter (Hrsg.), *Umgebungsunterstütztes Lernen. Beiträge zum Usability Day XV*. Pabst Science.
- BMBF. (2008). (Bundesministerium für Bildung und Forschung): *Assistenzsysteme im Dienste des älteren Menschen. Porträts der ausgewählten Projekte in der BMBF-Fördermaßnahme »Altersgerechte Assistenzsysteme für ein gesundes und unabhängiges Leben –AAL«*. <https://www.it.fraunhofer.de/content/dam/fit/de/documents/projektportrats-aal.pdf>. Zugegriffen: 27. Nov. 2020.
- BMFSJ. (2014). (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend): *Eine neue Kultur des Alterns. Altersbilder in der Gesellschaft – Erkenntnisse und Empfehlungen des Sechsten Altenberichts* (5. Aufl.), Berlin: BMFSFJ.
- BMFSJ. (2020). (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend): *Ältere Menschen und Digitalisierung. Der Achte Altersbericht der Bundesregierung*. <https://www.achter-altersbericht.de/>. Zugegriffen: 20. Nov. 2020.
- BMG. (2013). (Bundesministerium für Gesundheit): *Unterstützung Pflegebedürftiger durch technische Assistenzsysteme*. <https://vdivde-it.de/system/files/pdfs/unterstuetzung-pflegebeduerftiger-durch-technische-assistenzsysteme.pdf>. Zugegriffen: 27. Nov. 2020.
- Böning, M., & Steffen, M. (2014). *Migrantinnen aus Osteuropa in Privathaushalten. Problemstellungen und politische Herausforderungen. Expertise für die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di-Bundesverwaltung, Bereich Gesundheitspolitik*.
- Brunner, K., Sawka, M., & Onufriv, S. (2013). *Skype Mama*, Berlin: Ed. fotoTAPETA.
- Bubolz-Lutz, E., Gösken, E., Kricheldorf, C., & Schramek, R. (2010). *Geragogik. Bildung und Lernen im Prozess des Alterns. Lehrbuch*. Kohlhammer.
- Bubolz-Lutz, E., & Kricheldorf, C. (2011). *Abschlussbericht Pflegebegleiter. Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung*, 6. GKV-Spitzenverband.
- Bubolz-Lutz, E., & Kricheldorf, C. (2006). *Freiwilliges Engagement im Pflegemix. Neue Impulse*. Lambertus.
- Bullinger, H., & Nowak, J. (1998). *Soziale Netzwerkarbeit. Eine Einführung für soziale Berufe*. Lambertus.
- Bunzendahl, I., & Hagen, B. P. (2004). *Soziale Netzwerke für die ambulante Pflege. Grundlagen, Praxisbeispiele und Arbeitshilfen*. Juventa.
- Butterwegge, C., Bosbach, G., & Birkwald, M. W. (2012). *Armut im Alter. Probleme und Perspektiven der sozialen Sicherung*. Campus.
- Carp, F. M. (1987). Environment and aging. In D. Stokols & I. Altman (Hrsg.), *Handbook of environmental psychology: Bd. 1*. Wiley.

- Carstensen, L. L. (1992). Social and emotional patterns in adulthood: Support for socioemotional selectivity theory. *Psychology and Aging*, 7, 331–338.
- Claßen, K., Oswald, F., Doh, M., Kleinemas, U., & Wahl, H.-W. (2014). *Umwelten des Alterns. Wohnen, Mobilität, Technik und Medien*. Kohlhammer.
- Deutscher Bundestag. (2009). Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. BT-Drucksache 16/13770.
- Deutscher Bundestag. (2016). Siebter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften. BT-Drucksache 18/10210. https://www.siebter-altenbericht.de/index.php?eID=tx_nawsecured1&u=0&g=0&t=1483707694&hash=9809997a3398ec18f1b0d42167cf419cb67f5fc3&file=fileadmin/altenbericht/pdf/Der_Siebte_Altenbericht.pdf. Zugegriffen: 15. Dez. 2020.
- Diebäcker, M. (2014). Soziale Arbeit als staatliche Praxis im städtischen Raum. Wiesbaden: Springer VS.
- Dörner, K. (2008). Leben und Sterben, wo ich hingehöre. Dritter Sozialraum und neues Hilfesystem. Forum Seniorenarbeit NRW (Hrsg.), Älter werden im Wohnquartier. Lebendige Nachbarschaft – wie gelingt das? Themenschwerpunkt, 5. http://www.forum-seniorenarbeit.de/media/custom/373_2219_1.PDF. Zugegriffen: 26. Nov. 2020.
- Engler, S. (2020). Häusliche Pflege und räumliche Distanz – Techniknutzung zwischen Autonomieermöglichung und Kontrolle. *Psychotherapie im Alter*, 17(1), 81–95.
- Entwicklungszentrum Gut altwerden, Fraunhofer IAO & Paul Wilhelm von Keppeler-Stiftung. (2016). Mobilität im Quartier trotz Demenz (mobQdem). Abschlussbericht. Sindelfingen. https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Downloads_Pflege/Inno-programm-Pflege_Abschlussbericht_mobQdem_2017.pdf. Zugegriffen: 27. Nov. 2020.
- Forsa & DAK Gesundheit. (2015). Verhältnis des Pflegers zur pflegebedürftigen Person. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/480975/umfrage/verhaeltnis-des-pflegers-zur-pflegebeduerften-personen-in-deutschland/>. Zugegriffen: 18. Febr. 2021.
- Franke, A., Kramer, B., & Jann, P. M. et al. (2019). Aktuelle Befunde zu „distance caregiving“. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 52, 521–528.
- Früchtel, F., Cyprian, G., & Budde, W. (2010). *Sozialer Raum und Soziale Arbeit. Textbook: Theoretische Grundlagen* (2. Aufl.). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- GKV-Spitzenverband. (Hrsg.). (2011). *Pflegebegleiter. Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung* 6, Berlin: GKV.
- Grael, J., & Spellerberg, A. (2007). Akzeptanz neuer Wohntechniken für ein selbstständiges Leben im Alter – Erklärung anhand sozialstruktureller Merkmale, Technikkompetenz und Technikeinstellungen. *Zeitschrift für Sozialreform*, 53(2), 191–216.
- Hinte, W., Lüttringhaus, M., & Oelschlägel, D. (2010). *Grundlagen und Standards der Gemeinwesenarbeit: Ein Reader zu Entwicklungslinien und Perspektiven*. Juventa.
- Hoch, H., & Otto, U. (2005). Bürgerschaftliches Engagement und Stadtteilpolitik. In F. Kessl et al. (Hrsg.), *Handbuch Sozialraum*. VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Jokisch, M., & Wahl, H.-W. (2015). Expertise zu Alter und Technik in Deutschland. Expertise für die Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie. https://www.dggg-online.de/fileadmin/user_upload/201607_Positionspapier_Alter-und-Technik_DGGG.pdf. Zugegriffen: 27. Nov. 2020.

- KDA (Kuratorium Deutsche Altershilfe). (Hrsg.). (2011). KDA-Quartiershäuser – Sozialraumorientierung als Kernbaustein. KDA Heft 5.
- Kremer-Preiß, U., & Stolarz, H. (2003). Leben und Wohnen im Alter, 3. Quartiersbezogene Wohnkonzepte. Expertenworkshop. Köln, 2003. Hrsg. von der Bertelsmann Stiftung und dem Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA).
- Kricheldorf, C. (2008). Neue Wohnformen und gemeinschaftliches Wohnen im Alter. In S. Buchen & M. S. Maier (Hrsg.), *Älterwerden neu denken. Interdisziplinäre Perspektiven auf den demografischen Wandel*. VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kricheldorf, C. (2010). Armut im Alter. In C. Mattes (Hrsg.), *Wege aus der Armut. Strategien der Sozialen Arbeit*. Lambertus.
- Kricheldorf, C. (2015). Altern im Gemeinwesen aus sozialgerontologischer Perspektive. In A. van Rieën, C. Bleck, & R. Knopp (Hrsg.), *Sozialer Raum und Alter(n). Zugänge, Verläufe und Übergänge sozialräumlicher Handlungsforschung*. Springer VS.
- Kricheldorf, C. (2018). Alter, Migration und Soziale Arbeit. In B. Blank et al. (Hrsg.), *Soziale Arbeit in der Migrationsgesellschaft*, Wiesbaden: Springer VS.
- Kricheldorf, C. (2019). Technische Assistenz zur Sicherung von Autonomie im Alter – Chancen und Risiken. *Zeitschrift für Psychotherapie im Alter*, 17(1), 9–23.
- Kricheldorf, C. (2020a). Die Rolle von digitalen Technologien zur Unterstützung von Angehörigen pflegebedürftiger älterer Menschen. Expertise im Rahmen der Erstellung des 8. Altenberichts zum Thema »Ältere Menschen und Digitalisierung«. Berlin (BMFSFJ). <https://www.achter-altersbericht.de/fileadmin/altersbericht/pdf/Expertisen/Expertise-Kricheldorf.pdf>. Zugegriffen: 27. Nov. 2020a.
- Kricheldorf, C. (2020b). Soziale Arbeit in gerontologischen Handlungsfeldern und im Gesundheitswesen. In C. Kricheldorf, M. Becker, & J. E. Schwab (Hrsg.), *Handlungsfeldorientierung in der Sozialen Arbeit*. Kohlhammer.
- Kricheldorf, C. (2020c). Soziale Arbeit im Kontext von Bildung und Lernen im Alter. In K. Aner & U. Karl (Hrsg.), *Handbuch Soziale Arbeit und Alter*. Springer Fachmedien.
- Kricheldorf, C., & Himmelsbach, I. (2020a). Sozialraumorientierung in gerontologischen Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit. In M. Becker (Hrsg.), *Handbuch Sozialraumorientierung*. Kohlhammer.
- Kricheldorf, C., & Tonello, L. (2020b). Werteorientierung im Kontext von Techniknutzung im Alter am Beispiel des Dialoginstruments IDA. *Zeitschrift für Psychotherapie im Alter*, 17(1), 67–80.
- Kunze, C., & Kricheldorf, C. (Hrsg.). (2017). *Assistive Systeme und Technologien zur Förderung der Teilhabe für Menschen mit Hilfebedarf*. Pabst Science Publisher.
- Kricheldorf, C., & Oswald, F. (2015a). Gelingendes Altern in Sozialraum und Quartier. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 48, 5.
- Kricheldorf, C., Klott, S., & Tonello, L. (2015b). Sorgende Kommunen und lokale Verantwortungsgemeinschaften. Modellhafte Ansätze zur Sicherung von gelingendem Altern und Pflege im Quartier. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 48, 5.
- Kricheldorf, C., Mertens, A., & Tonello, L. (2014). „Im Projekt hat sich unglaublich viel getan!“ Auf dem Weg zu einer sorgenden Kommune. Handbuch für politisch Verantwortliche, Gestalter und Akteure in Baden-Württembergs Kommunen. Ergebnisse und Empfehlungen aus dem Landesmodellprojekt „Pfleagemix in Lokalen Verantwortungsgemeinschaften.“ https://www.kh-freiburg.de/kh-freiburg/pdf-de/forschung/pfleagemix_handbuch_2015.pdf. Zugegriffen: 20. Dez. 2020.

- Lawton, M. P. (1999). Environmental design features and the well-being of older persons. In M. Duffy (Hrsg.), *Handbook of counseling and psychotherapy with older adults*. Wiley.
- Novitzky, P., Smeaton, A. F., Chen, C., Irving, K., Jacquemard, T., O’Brocháin, F., & O’Mathúna, D. (2015). A review of contemporary work on the ethics of ambient assisted living technologies for people with dementia. *Science and Engineering Ethics*, 21(3), 707–765.
- Otto, U., Hegedüs, A., Kofler, A., & Kunze, C. (2017). Pflege und Betreuung -- jetzt auch über digitale Plattformen wie Uber und Airbnb? *Österreichische Pflegezeitschrift*. Jg. 70, Nr. 5, S. 25–27.
- Robert-Bosch-Stiftung & DBfK. (2018). Community Health Nursing in Deutschland. Konzeptionelle Ansatzpunkte für Berufsbild und Curriculum. <https://www.dbfk.de/media/docs/Bundesverband/CHN-Veroeffentlichung/Broschuere-Community-Health-Nursing-09-2019.pdf>. Zugegriffen: 22. Dez. 2020.
- Saup, W. (1991). *Konstruktives Altern: Ein Beitrag zum Altern von Frauen aus entwicklungspsychologischer Sicht*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Scholl, A. (2010). Lebendige Nachbarschaften und ihre Bedeutung für ältere Menschen – eine erweiterte Einführung. Forum Seniorenarbeit NRW (Hrsg.): Nachbarschaftsprojekte in der gemeinwesenorientierten Seniorenarbeit: Lebendige Nachbarschaften initiieren und moderieren. Themenschwerpunkt, 4.
- Schramek, R., Kricheldorf, C., Schmidt-Hertha, B., & Steinfurt-Diedenhofen, J. (Hrsg.). (2018). *Altern – Lernen – Bildung*. Ein Handbuch.
- Schröer, W., & Scheppe, C. (2010). Transmigration und Soziale Arbeit. *Sozial Extra*, 34, 37. <https://doi.org/10.1007/s12054-010-0011-x...>
- Schulz, R., Wahl, H-W., Matthews, J. T., De Vito Dabbs, A., Beach, S. R., & Czaja, S. J. (2015). Advancing the Aging and Technology Agenda in Gerontology. *The Gerontologist*, 55(5). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25165042>. Zugegriffen: 27. Nov. 2020.
- Bundesamt, S. (2006). *11, koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Annahmen und Ergebnisse (Pressexemplar)*. Wiesbaden Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt. (2020a). Pflegestatistik. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse 2019. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/Downloads-Pflege/pflege-deutschlandergebnisse-5224001199004.html>. Zugegriffen: 20. Dez. 2020a.
- Statistisches Bundesamt. (2020b). Bevölkerungsvorausberechnung. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsvorausberechnung/_inhalt.html. Zugegriffen: 20. Dez. 2020.
- Wahl, H-W., Kricheldorf, C., & Hedtke-Becker, A. (2018). Technik für vulnerable ältere Menschen und ihre Angehörigen. Möglichkeiten und Grenzen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 51(1), 1–2.
- Wahl, H-W., Claßen, K., & Oswald, F. (2010). Technik als zunehmend bedeutsame Umwelt für Ältere: Ein Überblick zu Konzepten, Befunden und Herausforderungen. In U. Fachinger & K. D. Henke (Hrsg.), *Der private Haushalt als Gesundheitsstandort. Theoretische und empirische Analysen. Reihe Europäische Schriften zu Staat und Wirtschaft*, 31. Nomos.
- Wahl, H-W., Mollenkopf, H., & Oswald, F. (Hrsg.). (1999) *Alte Menschen in ihrer Umwelt. Beiträge zur Ökologischen Gerontologie*. Westdeutscher.
- Zafrani, O., & Nimrod, G. (2019). Towards a holistic approach to studying human–robot interaction in later life. *The Gerontologist*, 59(1), E26–e36. <https://doi.org/10.1093/geront/gny077>. Zugegriffen: 27. Nov. 2020.

Prof. Dr. Cornelia Kricheldorf war bis zu ihrer Emeritierung im September 2020 Professorin für Soziale Gerontologie an der Katholischen Hochschule Freiburg sowie Prorektorin und Direktorin des Instituts für Angewandte Forschung und Entwicklung (IAF). Derzeit arbeitet sie als Senior Researcher an ihrem ehemaligen Institut und ist in der wissenschaftlichen Politikberatung zum Thema „Altern in Caring Communities“ tätig. Außerdem ist sie Mitglied des Redaktionsbeirats der Deutschen Fachzeitschrift für Gerontologie und Geriatrie (ZfGG). Als Gastdozentin lehrt sie weiterhin an der Medizinischen Fakultät der Universität Freiburg und an verschiedenen anderen Universitäten. Ihre Forschungsschwerpunkte sind der demografische Wandel, Pflegepolitik, Geragogik, Altern und Digitalisierung sowie Fragen der Sozialen Arbeit im Alter. Ihre jüngsten Veröffentlichungen „Gut vernetzt oder abgehängt? Erfolgreiches Altern in der digitalen Welt“ und „Diversität in der geragogischen Praxis“ (Hrsg. zusammen mit R. Schramek und J. Steinfurt-Diedenhofen) sind beide bei Kohlhammer, Stuttgart, erschienen.

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der 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.





Partizipative Technologieentwicklung – nutzerorientierte Innovationen

Claudia Müller

1 Einführung

Die jüngsten demografischen Veränderungen in Europa, verbunden mit einer steigenden Lebenserwartung und mit sinkenden Geburtenraten, werden gravierende Auswirkungen auf die Altersstrukturen mit sich bringen; gleichzeitig wird sich die Verfügbarkeit von Arbeitskräften im professionellen Pflege-sektor reduzieren (Europäische Kommission, 2015a). Der Informations- und Kommunikationstechnologie (IKT) wird großes Potential zugesprochen, die damit verbundenen negativen Auswirkungen zu mildern. So beschreibt die Europäische Kommission in ihrem Programm „*Innovation for Active & Healthy Ageing*“ die IKT als einen wesentlichen Treiber in der Alltagsunterstützung, um die Lebensqualität und die Handlungsfähigkeit älterer Menschen zu erhalten oder gar zu steigern (Europäische Kommission, 2015b).

Bei der Betrachtung der Forschungsförderlandschaft in den letzten Jahrzehnten, die sich auf die Forschung und Entwicklung von digitalen Unterstützungssystemen für ältere Menschen richtet, wird allerdings deutlich, dass sich bislang nur die wenigsten Systeme am Markt etablieren konnten (Chung et al., 2016). Als ein wesentlicher Grund dafür gilt vielen die mangelnde Akzeptanz bei älteren Menschen. Eine wichtige Akzeptanzbarriere liegt vor allem in der unzureichenden oder zu späten Einbindung von Nutzervertreter:innen in

C. Müller (✉)
Universität Siegen, Siegen, Deutschland
E-Mail: Claudia.Mueller@uni-siegen.de

© Der/die Autor(en) 2022
F. Waldenberger et al. (Hrsg.), *Alterung und Pflege als kommunale Aufgabe*,
Dortmunder Beiträge zur Sozialforschung,
https://doi.org/10.1007/978-3-658-36844-9_18

293

Forschungsprojekten (Mort et al., 2015). Dies hat zur Folge, dass technologische Innovationen häufig nicht oder nur unzureichend die alltagsbasierten Bedürfnisse und Routinen der avisierten Zielgruppen adressieren (Fitzpatrick & Ellingsen, 2013). Konkret fehlt häufig ein Verständnis für soziokulturelle Wertssysteme und für psychosoziale Bedürfnisse. Die technologischen Lösungen finden damit keinen Platz im Alltagsleben der Menschen, für die sie entwickelt wurden (Procter et al., 2018).

Eine konsequente und frühzeitige Einbindung von zukünftigen Nutzer:innen wird daher zunehmend als eine wichtige Voraussetzung für Produktinnovation und -entwicklung angesehen. In jüngeren deutschen Förderausschreibungen lässt sich tatsächlich eine entsprechende Reaktion ablesen, indem Aspekte wie Co-Creation, Partizipative Forschung und Realwelt-Bezug aktuell stark betont werden (z. B. in der Förderlinie „Technik zum Menschen bringen“ im Forschungsprogramm zur Mensch-Technik-Interaktion des Bundesministeriums für Bildung und Forschung; BMBF, 2018). Allerdings ist die Umsetzung der Nutzerbeteiligung anspruchsvoll, und es besteht noch eine Reihe an offenen Fragen für nachhaltige Verfahren der Nutzerintegration (Rodriguez et al., 2013; Stubbe, 2018). Die Living Lab-Methode und das Participatory Design gelten in diesem Zusammenhang als gute Beispiele („good practice“) für nutzer- und praxisorientierte Innovationen und erhalten zunehmend besondere Aufmerksamkeit.

Im Folgenden werden beide Ansätze vorgestellt und jeweils Herausforderungen und Möglichkeiten ihrer Anwendung in F&E-Projekten mit älteren Erwachsenen beleuchtet und anhand eines Praxisbeispiels illustriert. Das Praxisbeispiel adressiert die partizipative Entwicklung digitaler Infrastrukturen im ländlichen Raum zur Förderung sozialer Teilhabe und Inklusion älterer Bürger:innen. Abschließend werden die möglichen Lösungsansätze für praxis- und nutzerorientierte Forschungsformate mit älteren Menschen zusammengefasst.

2 Nutzer- und praxisorientierte Innovation in Deutschland: Living Labs und Partizipatives Design.

Der Ansatz der Living Labs richtet sich primär auf die Einbindung von Nutzer:innen. Living Labs werden als inter- und transdisziplinäre Lernräume verstanden, in denen unterschiedliche Akteursgruppen wie Anwender:innen, lokale Organisationen und Unternehmen zusammenkommen, um voneinander zu lernen und gemeinsam Lösungen für ein geteiltes Problemverständnis zu schaffen

(Riva-Mossman et al., 2016). Das Ziel besteht darin, sozio-technische Interventionen oder Werkzeuge zu schaffen, die sich an bereits bestehende (Pflege-) Strukturen, (menschliche) Ressourcen und Praktiken anpassen.

Die ersten Living Labs waren künstliche Labore, die als Wohnungen eingerichtet waren und in die Nutzer:innen eingeladen wurden, um bestimmte Technologien zu testen (Intille et al., 2005; Olivier et al., 2009). In der Folge gingen Forscher und (vor allem Technologie-) Unternehmen dazu über, Living Labs in realen Umgebungen einzurichten. Diese Art von Living Labs wird in zwei Stränge unterteilt: einerseits laborähnliche Settings für Evaluations- und Innovationszwecke und andererseits private Haushalte oder lokale Quartiere als Forschungsumgebung (Følstad, 2008; Ogonowski et al., 2018). Diese real-räumlichen Settings zielen auf den Aufbau von ganzheitlichen und nachhaltigen Lernräumen für die Zusammenarbeit von Forschenden, Unternehmen, lokalen Organisationen und zukünftigen Nutzenden ab.

Während in unternehmens- und arbeitsbezogenen F&E-Ansätzen Arbeitsplatzstudien und ähnliche Methoden zur Beobachtung von Menschen in ihrer realen Arbeitsumgebung schon seit den 1980er Jahren angewandt werden (Hughes et al., 1992; Suchman, 1987), setzte sich die intensive Einbindung und Nutzung privater Haushalte für technologische Produktinnovation erst in jüngerer Zeit durch. Dies erfolgte besonders im Zuge von Forschung im Umfeld des Ubiquitous Computing und der Heimautomatisierung (Smart Homes), um ein tieferes Verständnis von Alltagspraktiken im realen Umfeld zu erhalten. Die Living Lab-Forschung basierend auf ethnografischen Methoden wie Tagebuchstudien, teilnehmender Beobachtung oder Cultural Probes (Crabtree et al., 2003) liefert eine Vielfalt an qualitativen Daten, welche es ermöglichen, Alltagspraktiken in detaillierter Weise zu verstehen und damit alltagsbezogene Einstellungen, Probleme und Bedürfnisse zu identifizieren (Crabtree, 1998).

Eine spezifische Form von Living Labs, welche das langfristige Engagement von Forschungsteilnehmer:innen fördert, ist das Siegener PraxLabs-Framework (Ogonowski et al., 2018; www.praxlabs.de). Das PraxLabs-Framework nutzt einen Methodenmix, der besonders für die Forschung in sensiblen Kontexten und mit vulnerablen Forschungsteilnehmenden geeignet ist, wie Ethnografie (Randall et al., 2007), Participatory Design (Bratteteig & Wagner, 2016) und Value Sensitive Design (Friedman et al., 2008). Innerhalb des PraxLabs-Forschungsrahmens ist die Beteiligung der Endnutzer:innen in allen Phasen der Entwicklung gegeben: während der Vorstudien, um gemeinsam Problemstellungen, Anforderungen und mögliche Marktchancen zu identifizieren, gemeinsam Design-Prototypen zu erstellen und die Benutzerfreundlichkeit und Sinnhaftigkeit der Lösungen für die Nutzenden zu verbessern, in der Praxis zu

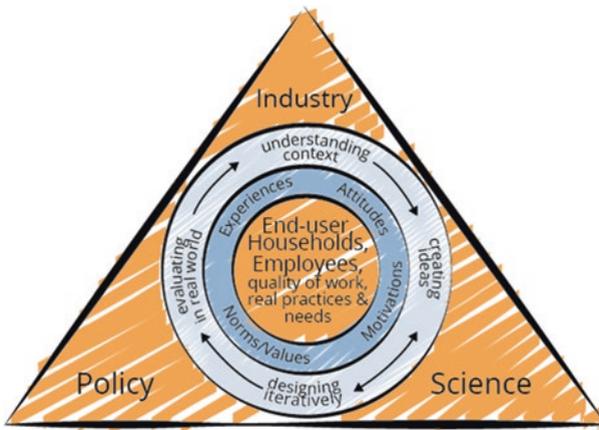


Abb. 1 PraxLabs Ansatz

testen und während der Nutzung kontinuierliches Feedback zu geben (Ogonowski et al., 2018) (Abb. 1 und 2).

Die partizipative Gestaltung von Software unter Einbeziehung zukünftiger Nutzergruppen hat ihren Ursprung in Skandinavien (Norwegen) in den 1970er Jahren. In den frühen partizipativen Technologieprojekten ging es darum, die Computerisierung von Arbeitsplätzen auf demokratische Weise umzusetzen. Partner waren neben Technologieforscher:innen und Unternehmen auch die Gewerkschaften, um die Perspektive der Arbeitnehmer:innen einzubringen. Der skandinavische Ansatz folgt drei Kernprinzipien, die auch heute noch die partizipative Gestaltung prägen: 1. Demokratisierung, 2. Emanzipation und 3. Produktqualität (Bødker & Pekkola, 2010). Analog dazu sollte ein beteiligungsorientierter IT-Entwicklungsansatz, der eine Produktentwicklung für ältere Menschen verfolgt, die Zusammenarbeit mit älteren Menschen als Vertreter:innen der Zielgruppe „auf Augenhöhe“ ermöglichen. Alle Phasen der Entwicklung, Einführung und Evaluation der gemeinsam entwickelten Hard- und Software finden idealerweise in einem gemeinsamen Prozess zwischen dem Entwicklungsteam und den Projektteilnehmenden bzw. Mitforschenden statt (Bratteteig & Wagner, 2016).



Abb. 2 Qualitative Methoden in der praxisnahen IT-Entwicklung

Je weiter die zu entwickelnde Technologie von aktuell vorliegenden Nutzungsformen entfernt ist, desto mehr steigt der Komplexitätsgrad für nutzer- und praxisorientierte Forschungsprojekte. Besonderes Augenmerk ist daher der Frage zu widmen, wie die Vertreter:innen der angestrebten Zielgruppen aktiv in den Prozess eingebunden werden können, insbesondere, wenn keine oder nur wenig Erfahrung mit digitalen Medien vorliegen. Dies erfordert einen sorgfältigen und kontinuierlichen Dialog des gegenseitigen Lernens zwischen den Projektteilnehmenden und dem Entwicklungsteam (Wagner, 2018). Für F&E- Projekte für und mit älteren Menschen gibt es trotz der zunehmenden Sensibilität für reale Kontexte noch eine Reihe von Hürden, die stärker Beachtung finden sollten.

3 Herausforderungen in der partizipativen Technologieentwicklung mit älteren Erwachsenen

Das Konzept des Participatory Design ist aktuell ein Sammelbegriff für ganz unterschiedliche Arten der Nutzerintegration. Der emanzipatorische und demokratiefördernde Charakter, der durch die frühen skandinavischen Arbeiten positioniert wurde, wurde teilweise stark verwässert. Folglich werden Methoden, die als „partizipativ“ bezeichnet werden, derzeit auf sehr unterschiedliche Weise verstanden und damit verbundene Aktivitäten ganz unterschiedlich verhandelt und umgesetzt. Die Ansätze reichen von stark vereinfachten Methoden-Auflistungen zur Nutzerintegration in AAL-Projekten (Ambient Assisted Living) (Nedopil et al., 2013) bis hin zu tiefergehenden Überlegungen, was Partizipation und Co-Design für kollaborative Settings zwischen akademischen Akteur:innen und Beteiligten aus Anwendungsfeldern bedeutet und welche Bedingungen für erfolgreiche Implementierungen erfüllt sein müssen (Vines et al., 2015). Technologieforschung im Bereich Altenpflege muss Alters- und Diversitätsaspekte ebenso berücksichtigen wie die Vielfalt von Kontexten und Lebenssituationen, z. B. komplexe Pflegearrangements und generationenspezifische Wert- und Normvorstellungen, sowie auch die digitalen Kompetenzen und Technologiebiografien der Nutzenden (Meurer et al., 2018). Diese Überlegungen müssen zwischen Vorstudien, Co-Design, Anwendungserprobung, Evaluation und Implementierung sowie der Gestaltung nachhaltiger Lern- und Aneignungssettings differenzieren und bedürfen der methodischen Weiterentwicklung (Joshi & Bratteteig, 2016).

Technologieprojekte zur Unterstützung älterer Menschen sind zudem in bestimmten gesellschaftlichen Diskursen eingerahmt, wie z. B. in Diskussionen zu einem guten Leben über alle Lebensspannen. Auffällig ist, dass die Lebensqualität im Alter häufig in einer gesundheitsökonomisch gefärbten Rationalität diskutiert wird. Dies hat zur Folge, dass die entsprechenden Diskurse mit eher technikgetriebenen Gestaltungsideen gekoppelt sind, bei denen die Beachtung von Alltagspraktiken, Lebensstilen, Normen und Wertvorstellungen älterer Erwachsener häufig zu kurz kommt oder ganz fehlt. Trotz einer hochvirulenten Forschungslandschaft im Bereich digitaler Systeme für ältere Menschen zeigen Studien, dass der Transfer von Forschungs- und Entwicklungsergebnissen bisher nur mäßig fortgeschritten ist. Ein wichtiger Grund dafür liegt häufig in der Art und Weise, wie ältere Menschen als zukünftige Nutzende „konfiguriert“ werden. Neven und Peine (2017) verweisen auf zwei wesentliche Defizite in

Designprozessen für ältere Menschen: Die Definition von Forschungszielen wird häufig von defizitorientierten Altersbildern geleitet. Infolgedessen werden ältere Menschen als passive Empfänger:innen von Technologie dargestellt. Sie gelten somit mehr als „Forschungsobjekte“ denn als Adressat:innen, welche als aktive Mitforschende in die Gestaltung von sozio-technischen Strukturen für die Unterstützung eines selbstbestimmten Lebens beteiligt werden müssen.

Weitere Umsetzungsprobleme bestehen in der Frage, ob ältere Menschen per se zu einer Technikskepsis neigen und ob es im Alter überhaupt noch möglich ist, den Umgang mit digitalen Medien zu erlernen. Diesbezügliche Diskussionen verweisen auf Barrieren im Zugang zu digitalen Medien, die von Usability-Problemen bis hin zu stereotypen und defizitorientierten gesellschaftlichen Bildern des Alters und des Alterns reichen (BMFSFJ, 2020). Die vorliegende Literatur berichtet über zahlreiche Befunde, die zeigen, dass F&E-Projekte häufig durch Technikzentriertheit und stereotype Altersbilder geprägt sind (Gallistl et al., 2020).

Darüber hinaus weisen Bratteteig und Wagner (2012) darauf hin, dass „*Nutzerpartizipation nicht nur bei der Gestaltung von IT, sondern auch in Bereichen wie dem Gesundheitswesen, der Gemeindeentwicklung und der Stadtplanung wichtig geworden ist*“. Hier kristallisiert sich eine Herausforderung im partizipativen Design als zentral heraus: die Überwindung der vielfach bestehenden „Symmetrie der Ignoranz“ durch Schaffung einer „Symmetrie des Wissens“ (Fischer, 2000) zwischen Designer:innen/Entwickler:innen einerseits, die sich mit dem „Designraum“ bzw. mit technischen Möglichkeiten auskennen, und den beteiligten Nutzenden andererseits, die sich des „Problemmraums“ bewusst sind. Was es braucht, um diese Symmetrie herzustellen, ist ein Prozess des gemeinsamen und dialogischen Lernens (Hornung et al., 2017), um einen gemeinsamen hybriden Raum oder „dritten Raum“ (Muller & Kuhn, 1993) zu etablieren, der beide Räume – *design space* und *problem space* – zu einem kollaborativen Lern- und Gestaltungsraum erweitert.

4 Projektbeispiel: Partizipatives IT-Design mit älteren Erwachsenen im ländlichen Raum

Der Wunsch vieler älterer Menschen ist es, selbstbestimmt und so lange wie möglich in der vertrauten Wohnung zu leben. Angesichts des demografischen Wandels und einer insgesamt alternden Gesellschaft wird es vor allem in ländlichen Gebieten mit schrumpfender Bevölkerung immer schwieriger, diesen Wunsch zu erfüllen.

Digitale Technik und sogenannte adaptive und selbstlernende Systeme können für das Alltagsleben von Senior:innen gewisse Hilfestellungen bieten. In Kombination mit sozialen Netzwerken und lokalen Organisationen bieten sie Potenziale zum Erhalt oder sogar zur Verbesserung der Lebenssituation. Ziel des Projekts „Cognitive Village“¹ war es, die Alltagspraktiken älterer Erwachsener im ländlichen Raum zu erforschen und die Erkenntnisse als Grundlage für die Entwicklung von innovativen Sensortechnologien zu nutzen. Ein interdisziplinäres Forschungsteam der Universität Siegen arbeitete in einer ländlichen Gemeinde – bestehend aus mehreren Dörfern – mit einer Gruppe von älteren Bewohner:innen, mit lokalen Dienstleistern sowie mit einer Kirchengemeinde und einem Technik-Unternehmen zusammen.

Zwischen den formulierten Forschungszielen für innovative Sensorentwicklung einerseits und den alltäglichen Lebenswelten der älteren Bewohner:innen in der kooperierenden Dörfergemeinschaft andererseits bestand zu Beginn ein großer Kontrast. Die im Antrag formulierten Forschungsziele zur Erforschung technologischer Innovationen im Bereich adaptiver und selbstlernender Systeme -basierend auf Mustererkennungsalgorithmen – waren zunächst sehr abstrakt und kaum auf die aktuellen Lebensumstände der älteren Dorfbewohner:innen zu übertragen und abzubilden. Daher erschien es äußerst anspruchsvoll, einen partizipativen Gestaltungsprozess „auf Augenhöhe“ zu etablieren. Wie könnte es gelingen, in der lokalen Gemeinschaft Interesse für einige sehr abstrakte Sensorik-Ideen zu wecken? Und wie kann man dies in einer gemeinschaftsbasierten Perspektive tun, die verschiedene gesellschaftliche Gruppen im Dorf anspricht? Um Interesse und Motivation zur Zusammenarbeit zu wecken, wurde eine Reihe unterschiedlicher Strategien verfolgt, die im Folgenden dargestellt werden.

Der Erstkontakt mit den Dorfbewohner:innen wurde zunächst über Informationstreffen mit Schlüsselpersonen aus dem Dörferverbund hergestellt. Teilnehmende waren Vertreter:innen der Gemeinde, der örtlichen Vereine und der Kirchengemeinde, der ansässige Hausarzt und ehrenamtliche Betreiber:innen eines kürzlich eröffneten Dorfladens. Diese Personen übernahmen zwei wesentliche Funktionen. Zum einen brachten sie selbst Ideen ein, wie digitale Technik im Kontext von Dorfgemeinschaften möglicherweise zur Stärkung der Lebensqualität älterer Bewohner beitragen kann. Zum anderen fungierten sie als Multi-

¹<https://fokos.de/projekt/cognitive-village/>.

plikatoren und Kommunikationsorgane, um bei den älteren Bewohner:innen Interesse und Motivation zu wecken, sich am Forschungsprojekt zu beteiligen.

In mehreren Informationstreffen, zu denen über die Schlüsselpersonen auch ältere Dorfbewohner:innen eingeladen werden konnten, kristallisierten sich mögliche Themen heraus, die auf das Interesse aller Gruppen stießen, darunter der Einsatz von Apps und einer häuslichen Trainingsanwendung zur Sturzprävention. Das Thema erwies sich als interessanter Ankerpunkt für das gesamte Projekt, um später Möglichkeiten für den Einsatz von Mustererkennungssoftware vorzustellen. Mit dem Thema Sturzprävention konnten 15 ältere Bewohner:innen für eine längerfristige Zusammenarbeit im Rahmen des Participatory Design gewonnen werden, mit denen in der Folge zweiwöchentliche Workshops durchgeführt wurden. Die Kirchengemeinde stellte ihren Gemeinschaftsraum für die Aktivitäten zur Verfügung. Zu den Treffen brachten die Forschenden Kaffee und Kuchen mit, um eine angenehme Café- Atmosphäre einzurichten.

In diesen Workshops wurde zunächst durch die Forschenden handelsübliche Software für das Bewegungstracking (z. B. Schrittzähler) eingeführt und erläutert, welche die Teilnehmenden spannend fanden und ausprobieren wollten. Für die Forschenden war das Thema Bewegung ein Ausgangspunkt, um damit verbundene individuelle Interessen und Gewohnheiten zu erforschen.

Um das bereitgestellte technische System und die bewegungsorientierten Smartphone-Apps gut nutzen zu können, wurde den Teilnehmenden relativ schnell bewusst, dass der Aufbau digitaler Kompetenz für sie hilfreich und sinnvoll ist. So entwickelte sich über den für die Teilnehmenden relevanten Ankerpunkt des Sturzpräventionstrainings eine Bereitschaft und Affinität, den Umgang mit Smartphones, Tablet-PCs und Fitnessarmbändern zielgerichtet zu erlernen. Aus diesem Einstiegspunkt entwickelten sich im Verlauf weitere alltagsbasierte Interessen für die Nutzung der Digitaltechnik, die durch die Forschenden in den Workshops aufgenommen und unterstützt wurden. In den regelmäßigen Workshops bereiteten sie die sich aus den Alltagsinteressen der Teilnehmenden ergebenden Lernthemen nutzergerecht auf, um einen nachhaltigen und motivierenden Lernprozess zu unterstützen. Diese schrittweise Entwicklung von digitaler Kompetenz der Gruppe öffnete den gemeinsamen Kooperations- und Lernraum schließlich für die gemeinsame Bearbeitung komplexerer Themen und für die Gestaltung unterschiedlicher Prototypen und Interventionen (Abb. 3).

Die als Aneignungscafés bezeichneten Workshops wurden so zum zentralen Ort gemeinsamer Technikerkundung, -nutzung und -reflexion, die durch Treffen mit weiteren lokalen Akteursgruppen flankiert wurden. Mit zunehmender Erfahrung mit den Werkzeugen im Alltag wuchs auch das Interesse und die



Abb. 3 Aneignungscafé in Aktion

Kompetenz, gemeinsam nach weiteren Nutzungsmöglichkeiten von Digitaltechnologie für ländliche Gemeinschaften zu suchen. So wurden zum einen in den gemeinsamen Treffen Versionen der Mustererkennungssoftware getestet und reflektiert, als auch in Zusammenarbeit mit dem Dorfladen, der Kirchengemeinde und dem lokalen Hausarzt weitere Technologieideen entwickelt.

Die regelmäßigen Aneignungscafés sind ein zentrales Element des partizipativen Gestaltungsprozesses. Ältere Menschen wollen (und können auch) verstehen, wozu sie die Technik nutzen können. Also muss es ihnen ermöglicht werden, sich auf eine „Lernreise“ zu begeben. Die Sinnhaftigkeit von Technologie fällt jedoch nicht vom Himmel, sondern braucht bestimmte Rahmenbedingungen, wie die begleiteten ersten Schritte im Umgang mit den Geräten und der Software und das gemeinsame Finden von Ankerpunkten in den Lebenswelten und Interessen der Nutzer:innen in Gesprächen und gemeinsamen Erkundungen mit den Forscher:innen. Durch diese dialogische Explorationsphase wurden Interessen geweckt, Motivation gestärkt und die notwendigen digitalen Kompetenzen für die Partizipation am Gestaltungsprozess erlernt (Struzek et al.,

2019; Müller et al., 2015a). Diese Art der partizipativen Forschung ist jedoch kein linearer Prozess, wenn viele verschiedene Gruppen von Akteur:innen vor Ort, im Living Lab, mit Forschenden und Technikunternehmen zusammenarbeiten. Es wurden eine ganze Reihe von Ideen entwickelt, ausgearbeitet, diskutiert und teilweise auch wieder verworfen. Einige Projektideen wurden jedoch so umgesetzt, dass sie auch nach Projektende von der Dörfergemeinschaft weitergenutzt werden können.

Neben Fragen der Motivation und den Ermöglichungsfaktoren, insbesondere der praxisorientierten Kompetenzbildung älterer Forschungsteilnehmer:innen, ist ein weiteres zentrales Forschungsproblem der partizipativen Forschung im Living Lab die Skalierung. Insbesondere, wenn das Living Lab größere Räume umfasst, besteht die Herausforderung darin, wie möglichst viele lokale Akteur:innen für ein gemeinsames Forschungsprojekt gewonnen werden können. Typischerweise sind Participatory Design-Projekte eher kleinräumig als relativ übersichtliche Case Studies angelegt. Hinsichtlich der Ausweitung auf großflächigere räumliche Umgebungen, wie Stadtquartiere oder ländliche Räume, besteht bisher noch Forschungsbedarf (Müller et al., 2015b).

Nachdem sich die konstante Gruppe von 15 älteren Mitforschenden gefestigt hatte, wurde damit begonnen, die Frage zu diskutieren, wie man mehr Menschen in den Dörfern für den Technologieerkundungsprozess interessieren könnte. Die „Kern-Gruppe“ hatte Freude daran, darüber nachzudenken, wie man den gemeinsamen Technologieerkundungsprozess für andere ältere Dorfbewohner:innen sichtbarer machen könnte. In einigen folgenden partizipativen Design-Workshops entwickelte die Gruppe Ideen, wie man eine Kirchenkamera und ein digitales schwarzes Brett im Dorfladen implementieren könnte, was in eine Reihe von Prototyping- Sitzungen für die Anwendungen mündete. Beide digitalen Systeme wurden schließlich implementiert, und die Gruppe entwickelte Ideen und Maßnahmen zur Verbreitung der neuen digitalen Dorfwerkzeuge an andere ältere Erwachsene im Dorf.

In der Zusammenschau wurden unterschiedliche Entwicklungslinien der digitalen Technologie verfolgt – sowohl das sensorgestützte „high tech“-Mustererkennungsprojekt in Verbindung mit Ansätzen der Sturzprophylaxe sowie die partizipativen Entwicklungsprozesse für die eher „low-tech“-basierten Anwendungen wie das Schwarze Brett des Dorfladens und die Kirchenkamera. Letztendlich erwies sich diese Strategie als erfolgreich, um einen nachhaltigen partizipativen Designprozess zu etablieren, der die IT-Entwicklung sowohl in den realen Lebensumständen älterer Erwachsener als auch im sozialen Gefüge einer lokalen Gemeinschaft verankert. Die alltäglichen Technologien wurden nach Projektende an die Betreiber:innen des Dorfladens und an die Kirchengemeinde

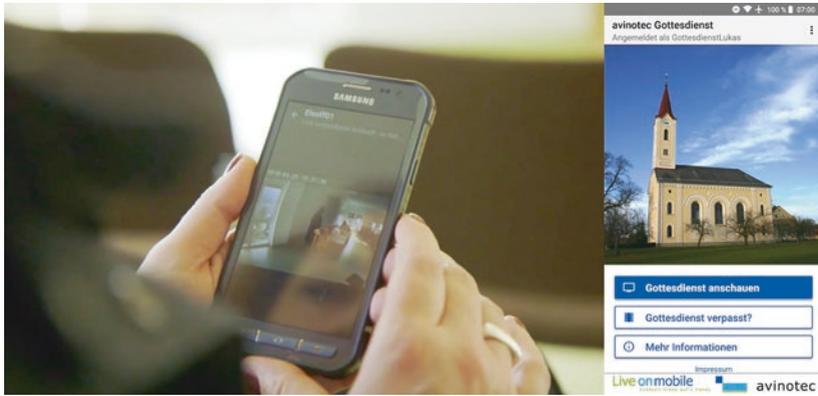


Abb. 4 Kirchenkamera



Abb. 5 Digitales schwarzes Brett im Dorfladen

übergeben. Der Teil des Mustererkennungsprojekts endete aber (noch) nicht in einem marktreifen Produkt, was auch nicht das Ziel der F&E-Förderlinie war. Die Entwickler:innen der Mustererkennung erhielten jedoch eine wertvolle Gelegenheit, ihre Algorithmenentwicklungsprozesse im alltagsweltlichen Kontext anzuwenden (Abb. 4 und 5).

5 Zur „Erdung“ von *high tech*- und *low-tech*-Entwicklung in realen Lebenskontexten älterer Menschen

Partizipatives Design ist zeit- und ressourcenintensiv und findet daher meist in kleinem Rahmen statt. Daher stellen sich bei der Integration dieses Ansatzes in ein Living Lab- Forschungsdesign, welches darauf abzielt, unterschiedliche Interessengruppen in einer lokalen Gemeinschaft zusammenzubringen, einige Herausforderungen. Zum einen besteht die Notwendigkeit, eine Brücke zu schlagen zwischen 'high tech'-Forschungszielen (z. B. Algorithmen zur Mustererkennung) und den tatsächlichen Alltagspraktiken und -interessen älterer Erwachsener. Wie kann man über zukünftige Technologien mit Menschen sprechen, die kaum bzw. noch nicht einmal mit „einfachen“ Smartphones vertraut sind? Wie kann man zwischen der innovativen Algorithmenforschung, die überwiegend durch die Programmierenden im Labor stattfindet, und den realen Lebenskontexten älterer Erwachsener, die meist noch nicht digitalisiert sind, Anknüpfungspunkte finden? Wenn man partizipative F&E-Forschung in Alltagskontexten ernsthaft angehen will, muss man sich in diesen Kontexten aufhalten und das Thema von beiden Seiten beleuchten.

Die Verankerung eines Technologieforschungsprojekts in einer Kommune muss zunächst das Interesse der Menschen wecken. Treffen mit lokalen „Türöffnern“, d. h. kommunalen Akteur:innen, engagierten Menschen in lokalen Vereinen u.ä. sind wichtig, um ins Gespräch zu kommen und sich von ihnen helfen zu lassen, mit weiteren, älteren, Bewohner:innen der Gemeinde in Kontakt treten zu können. Weiterhin ist die „Ermöglichung von Beteiligung“ („*enabling for participation*“) sehr bedeutsam, wenn das Projekt ältere Bewohner:innen für eine langfristige Zusammenarbeit gewinnen möchte. Der Projektansatz, Treffen mit Kaffee und Kuchen zu organisieren und für eine angenehme (Lern-) Atmosphäre zu sorgen, nutzt einen niedrigschwelligen Weg, um miteinander in Kontakt zu kommen, um Themen zu verhandeln, welche die Teilnehmenden aus der Sicht ihrer individuellen Lebenswelten interessiert.

Darüber hinaus ist die Auseinandersetzung mit handelsüblichen Geräten wie Smartphones und Tablet-PCs und das langsame und schrittweise Ausprobieren von digitalen Anwendungen entlang der alltagsbasierten Interessen hilfreich, um Ankerpunkte in den realen Alltagskontexten zu identifizieren, welche zur Technologienutzung und zum Lernen motivieren. Das ethnographische und dialogische Lernformat hat somit auch den Forschenden wichtige Einblicke in Interessens- und Bedürfnislagen der Teilnehmenden ermöglicht. Nach mehreren Monaten des Kennenlernens der Geräte und der Software für ihre eigenen Nutzungsinteressen, u. a. die Anwendungen zur Bewegungsverfolgung, fühlten sich die älteren Forschungspartner:innen mit den Geräten vertraut und entwickelten ein weitergehendes Interesse daran, über ihre individuellen Horizonte hinaus zu denken und Strategien zu entwickeln, wie weitere ältere Gemeindebewohner:innen für technologische Unterstützung interessiert werden könnten.

Die gemeinsam entwickelten Anwendungen der Kirchenkamera und das Schwarze Brett des Dorfladens dienten schließlich als „*boundary objects*“ zu anderen älteren Bewohner:innen, die bisher kein Interesse gezeigt hatten, sich mit dem Projekt und mit digitaler Technologie im Allgemeinen zu beschäftigen. In einem gemeinsamen Ansatz mit Gemeindemitgliedern und den Akteur:innen des Dorfladens und der Kirchengemeinde blieben diese Systeme nach dem Projekt bestehen und konnten Überlegungen und Gespräche über Folgeprojekte in der Dörfergemeinschaft anregen.

6 Fazit

Partizipatives Design und Living Lab-Methoden werden als nutzerorientierte Innovationsansätze aktuell häufig genannt – allerdings werden sie auf sehr unterschiedliche Weisen umgesetzt. Die Herausforderungen, die sich in der kooperativen Forschung in realen Alltagskontexten mit älteren Menschen ergeben, werden bisher relativ kursorisch behandelt und erfordern in Zukunft weitere vertiefende Analysen. Nutzereinbindung in Innovationsprozesse zur Förderung der Lebensqualität älterer Menschen muss sich in deren konkrete Lebenswelten hineinbegeben und an individuellen Bedürfnissen und Interessen ansetzen. Nachhaltige Designideen zu entwickeln, die auch in eine reale Nutzung überführt werden können, erfordert eine intensive Auseinandersetzung mit lebensweltlichen Fragestellungen. Dazu gehört die Frage der Befähigung zu Co-Design („enabling for co-design“), mit der Entwicklung von Maßnahmen des dialogischen Lernens, das einerseits Forschungspartnerinnen ermöglicht, sich auf

niedrigschwellige Weise mit Digitaltechnik vertraut zu machen, und das andererseits Forschenden dadurch ein Verständnis für mögliche Einsatzoptionen der Technologie verschafft. Die Einführung von Standardprodukten als einem ersten Schritt für den Beginn einer gemeinsamen Erkundung- und Sinnfindungsphase zeigt sich als eine erfolgreiche Strategie im Rahmen partizipativer Living Lab-Forschung.

Eine alltagsweltlich orientierte Designperspektive sollte auch gleichzeitig eine Community-Perspektive einnehmen, die die sozialen Netzwerke der älteren Menschen mit in Betracht zieht, wie dies der Living Lab-Ansatz verfolgt. Fragen der Skalierung solcher Ansätze auf größere räumliche Zusammenhänge wie Dörferverbünde oder Stadtquartiere werden bisher allerdings nur spärlich behandelt.

Dies impliziert, dass es einer langfristigen Perspektive für die Entwicklung von gemeindebasierten Strategien zur Technologieeinführung bedarf, die über einzelne Projektzeiträume hinausgeht (Meurer et al., 2018). Lokale partizipative Design-Projekte können idealerweise als einzelne Schritte in einem regionalen, langfristigen Living Lab verstanden werden, das eine große Bandbreite an Erfahrungen sammelt und diese sowohl in die IT-Entwicklung als auch in die Gemeindeentwicklung zurückführt.

Literatur

- BMBF (Bundesministerium für Bildung und Forschung). (2018). Technik zum Menschen bringen. Forschungsprogramm zur Mensch-Technik-Interaktion. https://www.bmbf.de/upload_filestore/pub/Technik_zum_Menschen_bringen_Forschungsprogramm.pdf. Zugegriffen: 20. Febr. 2021.
- BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend). (2020). Ältere Menschen und Digitalisierung – Erkenntnisse und Empfehlungen aus dem Achten Altenbericht der Bundesregierung. https://www.achter-altensbericht.de/fileadmin/altensbericht/pdf/aktive_PDF_Altensbericht_DT-Drucksache.pdf. Zugegriffen: 1. Febr. 2021.
- Bratteteig, T., & Wagner, I. (2016). Unpacking the notion of participation in participatory design. *Computer Supported Cooperative Work (CSCW)*, 25(6). <https://doi.org/10.1007/s10606-016-9259-4>.
- Bratteteig, T., & Wagner, I. (2012). Spaces for participatory creativity. *CoDesign*, 8(2–3), 105–126.
- Chung, C.-F., Dew, K., & Cole, A. et al. (2016). Boundary Negotiating Artifacts in Personal Informatics: Patient-Provider Collaboration with Patient-Generated Data. Proceedings of the 19th ACM Conference on Computer-Supported Cooperative Work & Social Computing, CSCW '16. Association for Computing Machinery. doi:<https://doi.org/10.1145/2818048.2819926>

- Crabtree, A. (1998). Ethnography in participatory design. Proceedings of the 1998 Participatory Design Conference.
- Europäische Kommission. (2015a). Background Paper: Growing the European Silveconomy.
- Europäische Kommission. (2015b). EU Summit on Innovation for Active and Healthy Ageing 2015.
- Fischer, G. (2000). Symmetry of ignorance, social creativity, and meta-design. *Knowledge-Based Systems*, 13(7–8), 527–537.
- Fitzpatrick, G., & Ellingsen, G. (2013). A review of 25 years of CSCW research in healthcare: Contributions, challenges and future agendas. *Computer Supported Cooperative Work (CSCW)*, 22, 4.
- Friedman, B., Kahn, P. H., & Borning, A. (2008). Value sensitive design and information systems. The handbook of information and computer ethics.
- Følstad, A. (2008). Living labs for innovation and development of information and communication technology: A literature review. *Electronic Journal of Organizational Virtualness*, 10, 99–31.
- Gallistl, V., Rohner, R., & Seifert, A. (2020). Configuring the older non-user: between research, policy and practice of digital exclusion. *Social Inclusion*, 8, 2. <https://doi.org/10.17645/si.v8i2.2607>
- Hornung, D., Müller, C., Shlokovski, I., & Wulf, V. (2017). Navigating relationships and boundaries: concerns around ICT-uptake for elderly people. Proceedings of the SIGCHI Conference on Human Factors in Computing Systems (CHI).
- Hughes, J., Randall, D., & Shapiro, D. (1992). Faltering from ethnography to design. Proceedings of the 1992 ACM conference on Computer-supported cooperative work.
- Intille, S. S., Larson, K., Beaudin, J. S., Nawyn, J., Mungui Tapia, E., & Kaushik, P. (2005). A living laboratory for the design and evaluation of ubiquitous computing technologies. In CHI'05 extended abstracts on Human factors in computing systems.
- Joshi, S. G., & Bratteteig, T. (2016). Designing for prolonged mastery. On involving old people in participatory design. *Scandinavian Journal of Information Systems*, 28, 1.
- Meurer, J., Müller, C., Simone, C., Wagner, I. & Wulf, V. (2018). Designing for Sustainability: Key Issues of ICT Projects for Ageing at Home. Computer Supported Cooperative Work (CSCW).
- Mort, M., Roberts, C., Pols, J., Domenech, M., & Moser, I. (2015): Ethical implications of home telecare for older people: A framework derived from a multisited participative study. *Health Expect*, 18(3). <https://doi.org/10.1111/hex.12109>.
- Müller, C., Hornung, D., Hamm, T., & Wulf, V. (2015a). Measures and Tools for Supporting ICT Appropriation by Elderly and Non Tech-Savvy Persons in a Long-Term Perspective. Proceedings of the 14th European Conference on Computer Supported Cooperative Work, 19–23 September 2015a, Oslo, Norway.
- Müller, C., Hornung, D., Hamm, T., & Wulf, V. (2015b). Practice – based Design of a Neighborhood Portal: Focusing on Elderly Tenants in a City Quarter Living Lab. Proceedings of the 33rd Annual ACM Conference on Human Factors in Computing Systems.
- Muller, M. J., & Kuhn, S. (1993). Participatory Design. *Communications of the ACM*, 36(6), 24–28.

- Nedopil, C., Schauber, C., & Glende, S. (2013). *The art and joy of user integration in AAL projects*. AAL Association.
- Neven, L., & Peine, A. (2017). From triple win to triple sin: How a problematic future discourse is shaping the way people age with technology. *Societies*, 7, 26–37.
- Ogonowski, C., Jakobi, T., Müller, C., & Hess, M. (2018). Praxlabs: A Sustainable Framework for User-Centered Information and Communication Technology Development—Cultivating Research Experiences from Living Labs in the Home. Oxford University Press Accessed May 28, 2018. <https://www.oxfordscholarship.com/view/10.1093/oso/9780198733249.001.0001/oso-9780198733249-chapter-11>.
- Olivier, P., Xu, G., Monk, A., & Hoey, J. (2009). Ambient kitchen: Designing situated services using a high fidelity prototyping environment. Proc. of PETRA, '09.
- Procter, R., Wherton, J., Greenhalgh, T., & Hidden, A. (2018). Work and the challenges of scalability and sustainability in ambulatory assisted living. *ACM Trans Comput-Hum Interact*, 25(2). <https://doi.org/10.1145/3185591>.
- Randall, D., Harper, R., & Rouncefield, M. (2007). *Fieldwork for Design: Theory and Practice*. Springer Science & Business Media.
- Riva-Mossman, S., Kampel, T., Cohen, C., & Verloo, H. (2016). The senior living lab: An example of nursing leadership. *Clinical Interventions in Aging*, 11. <https://doi.org/10.2147/CIA.S97908>
- Rodriguez, H., Fisher, E., & Schuurbier, D. (2013). Integrating science and society in european framework programmes: Trends in project-level solicitations. *Research Policy*, 42(5), 1126–1137.
- Stubbe, J. (2018): Innovationsimpuls »Integrierte Forschung«. Diskussionspapier des BMBF-Forschungsprogramms »Technik zum Menschen bringen«. <https://www.technik-zum-menschen-bringen.de/dateien/service/veranstaltungen/diskussionspapier-integrierte-forschung-2018-05-25.pdf>. Zugegriffen: 21. Dez. 2020.
- Struzek, D., Dickel, M., Randall, D., & Müller, C. (2019). How live streaming church services promotes social participation in rural areas. *Interactions*, 27(1). <https://doi.org/10.1145/3373263>.
- Suchman, L. (1987). (1987). *Plans and situated actions: the problem of human-machine communication*. Cambridge University Press.
- Vines, J., Pritchard, G., Wright, P., Olivier, P., & Brittain, K. (2015). An age-old problem: Examining the discourses of ageing in HCI and strategies for future research. *ACM Transactions on Computer-Human Interaction (TOCHI)*, 22(1), 1–27.

Claudia Müller ist Vertretungsprofessorin für Wirtschaftsinformatik, insb. IT für die alternde Gesellschaft an der Universität Siegen und Professorin bei Careum Health Research an der Kalaidos Fachhochschule Schweiz in Zürich. Ihr Fachgebiet ist beteiligungsorientiertes Design mit und für ältere Erwachsene, benachteiligte Nutzergruppen und lokale Gemeinden. Sie ist Mitbegründerin des Siegener Praxlabs-Ansatzes (www.praxlabs.de), ein Framework für praxeologische, partizipative und nachhaltige Gestaltung in der angewandten Informatik. Sie war stellvertretende Vorsitzende der Kommission des 2020 erschienen Achten Altersberichts „Ältere Menschen und Digitalisierung“ der Bundesregierung Deutschland.

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der 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.





Digitale Technologien – zusammenführende Kommentierung

Tomoo Matsuda

In diesem Kapitel analysieren Experten aus Deutschland und Japan die Möglichkeiten des Einsatzes digitaler Technologien bei der Bewältigung des demographischen Wandels. In ihrem Beitrag „Partizipative Technologieentwicklung – Nutzerorientierte Innovationen“ weist Claudia Müller darauf hin, dass es bei Forschungsprojekten unter Beteiligung von Senior:innen zwei zentrale praktisch-methodische Herausforderungen gibt: zum einen die Rekrutierung eines weiteren Personenkreises und zum anderen die räumliche Eingrenzung des Untersuchungsgebietes vor allem im Hinblick auf das Quartierkonzept. Im Projekt *Cognitive Village* beteiligen sich unterschiedliche Akteure – zwei Dorfverwaltungen, eine Kirchengemeinde, der ansässige Hausarzt, ein Dorfladen und zahlreiche Ehrenamtlichen – an der Entwicklung von Sensortechnologien. Hervorzuheben ist, dass die hier beteiligten Senior:innen im Rahmen einer angenehmen Café-Atmosphäre nicht einfach nur als Testpersonen fungieren, sondern auch selbst Ideen einbringen und gleichzeitig als Multiplikatoren eine aktive Rolle übernehmen. Bemerkenswert ist auch die im Projekt gelungene Kombination von High-Tech-Sensortechnologie mit Low-Tech Instrumenten wie der Kirchenkamera oder dem digitalen schwarzen Brett im Dorfladen. Zur Lösung der Probleme einer alternden Gesellschaft wird nur allzu oft der Fokus auf neueste digitale Steuerungstechnologie, Robotik oder KI gelegt, d. h. Ziel ist oft, so etwas wie eine „Zukunftsvision“ wie auf einer

T. Matsuda (✉)
Mitsubishi Research Institute, Tokyo, Japan
E-Mail: tmatsu@mri.co.jp

© Der/die Autor(en) 2022
F. Waldenberger et al. (Hrsg.), *Alterung und Pflege als kommunale Aufgabe*,
Dortmunder Beiträge zur Sozialforschung,
https://doi.org/10.1007/978-3-658-36844-9_19

High-Tech Ausstellung zu entwickeln. Der Beitrag von Claudia Müller macht deutlich, wie wichtig es für die Mitwirkung von Senior:innen ist, die auch für diese Gruppe leichter zugängliche Low-Tech einzusetzen.

Cornelia Kricheldorf analysiert in ihrem Beitrag „Autonomie und Selbstbestimmung im Kontext von Community Care“, wie „*Rahmenbedingungen für Lebensqualität auch bei Hilfe- und Pflegebedarf geschaffen werden können*“. Eine Besonderheit in Deutschland – und damit zugleich ein großer Unterschied zu Japan – ist der Einsatz von mehreren Hunderttausend Migrant:innen vor allem aus Osteuropa in der häuslichen pflegerischen Versorgung. Bemerkenswert ist weiterhin gerade auch im Vergleich zu Japan der kontinuierliche Anstieg des Anteils der häuslichen Pflege bei einem gleichzeitigen Rückgang des Anteils der stationären Pflege auf heute rund 20 %. Allerdings verdeckt dieser Anteilswert die in beiden Versorgungsbereichen stark gestiegenen Absolutzahlen. Auch wird in Deutschland die stationäre Pflege in immer kleineren Einheiten durchgeführt; von vormals über einhundert Bewohner:innen zu heute durchschnittlich nur noch 62 Personen pro Einrichtung. Dem entspricht, dass zunehmend Wert daraufgelegt, dass die Menschen auch bei Pflegebedürftigkeit in den gewohnten eigenen vier Wänden leben können. Für Vergleichszwecke ist außerdem interessant, dass Deutschland den Übergang weg von ökonomisch effizienten Seniorenwohnungen hin zu dezentralisierten, in der Gemeinde verankerten Formen der Gruppenpflege, die sich u. a. auch auf Nachbarschaftshilfe stützen kann, fördert.

Am Beispiel steigender Zahlen von demenziell pflegebedürftigen Menschen in Deutschland zeigt Cornelia Kricheldorf ein bedeutsames ethisches Grunddilemma zwischen den Pflegeerfordernissen und den digitalen Möglichkeiten ihrer Unterstützung und Absicherung auf: Einerseits muss der berechtigte Wunsch auch von Menschen mit Demenz nach individueller Freiheit respektiert werden, andererseits wünschen sich immer mehr Angehörige aus Sicherheitsgründen digitales „Personentracking“. Ihr Beitrag endet mit der These, dass sich künftig Plattformen gegenseitiger Hilfe – wie z. B. die der Community Care – zusammen mit digital unterstützten Systemen zur Sicherstellung des Wohlergehens der Gepflegten und zur Entlastung der Pflegenden gegenseitig ergänzen und damit Synergien erzeugen werden. Dies dürfte den Weg zum „gelingenden Altern“ in einer langlebigen Gesellschaft weiter ebnen.

Nihoko Niitsuma veranschaulicht in ihrem Beitrag, wie Robotik Senior:innen unterstützen kann, ein selbständiges Leben aufrechtzuerhalten bzw. zu verlängern. Es wird gezeigt, wie ein Roboter Senior:innen bei Wegbeschreibungen in einem mit Sensoren bestückten Raum, dem sogenannten iSpace oder Intelligent Space, eine passende Unterstützung bieten kann. Durch das Sammeln von chronologischen Daten zu Ort, Häufigkeit und den Zyklen von Aktivitäten

kann der Roboter beim Finden von Zielen oder bei der Überwachung des Wohlergehens von desorientierten Menschen eingesetzt werden.

Mihoko Niitsuma fordert in ihrem Beitrag, dass Roboter für die bessere und erfolgreiche Koexistenz mit dem Menschen künftig über gewisse soziale Kompetenzen verfügen sollten. Dazu schlägt sie das Konzept der Etho-Robotik (Ethologisch inspirierte Mensch-Roboter-Kommunikation) vor, das auf vergleichender Verhaltensforschung und Robotik basiert. Besonders interessant ist dabei die Idee des Bindungsverhaltens von Hunden als Verhaltensmodell für Roboter. Die Studie zeigt, dass dadurch positive Ergebnisse aufseiten der Nutzer gefördert werden können, wie die Freude an der Interaktion und der Wunsch zur weiteren Nutzung. Die weitere Forschung zum Bindungsverhalten von Hunden verspricht wertvolle Erkenntnisse für die „robotik-gestützte“ Pflege.

Toshihiko Hasegawa erörtert in seinem Beitrag die Notwendigkeit einer Neugestaltung der Pflege angesichts des demografischen Übergangs, demzufolge im Jahr 2060 der Anteil der über 50-Jährigen an der Gesamtbevölkerung etwa 60 % erreichen wird. Die 2016 vom japanischen Kabinettsbüro als Gegenstück zu Deutschlands *Industrie 4.0* entworfene Konzeption einer *Society 5.0* macht den Menschen zum Ausgangspunkt. Die darin antizipierte Verschmelzung von virtuellem und realem Raum soll nicht nur wirtschaftliche, sondern auch soziale Herausforderungen meistern helfen. Die Frage ist, wie die Pflege der Zukunft in der *Society 5.0* aussehen soll. Allein in der professionellen Pflege werden in Japan 2035 etwa 790.000 Arbeitskräfte fehlen. Zur Gegensteuerung wird derzeit an einem 3-Punkte-Plan gearbeitet: die Prävention zur Vorbeugung von Pflegebedürftigkeit, die Reform der pflegerischen Versorgung mit Fokus auf professionellen Pflegediensten und Steigerung der Qualität von Pflege sowie die Förderung von integrierten gemeindebasierten Pflegesystemen in enger Kooperation mit lokalen Akteuren. Nach Ansicht von Toshihiko Hasegawa werden drei Technologiefelder eine wichtige Rolle bei der Bewältigung der Herausforderungen einer hochaltrigen Gesellschaft spielen: die Nanotechnologie bei der Entwicklung neuer Materialien, die Gentechnologie für die Medizin, und die Informations- und Kommunikationstechnologie für leistungsfähige digitale Netzwerke und künstliche Intelligenz.

Aus den Beiträgen können folgende Lehren gezogen werden. Erstens sollte man sich auf das Wesentliche besinnen: Wer steht eigentlich im Mittelpunkt? In der Diskussion um die Beziehung zwischen der alternden Gesellschaft und digitalen Technologien tendiert man leicht dazu, die technologischen Hilfsmittel wie Digitalisierung, KI oder Robotik in das Zentrum der Entwicklungsbemühungen zu rücken, doch damit wird das Instrument zum Zweck, und dies ist der falsche Ansatz. Die behandelten Technologien sind Instrumente, und ihr

primärer Zweck ist nicht deren Perfektionierung oder Verbreitung, sondern die Verbesserung der Lebensqualität (QOL) von Senior:innen. Sie sollen dazu beitragen, auch bei Pflegebedürftigkeit oder Demenz ein Leben in Würde führen zu können. Die Senior:innen müssen im Fokus stehen, und genau das macht eine Gesellschaft mit dem Menschen im Mittelpunkt (Human Centered Society) aus.

Zweitens geht es darum, die digitale Spaltung (digital divide) in einer zunehmend digitalisierten Gesellschaft möglichst klein zu halten. Wie kann die Kluft bei der Nutzung und Akzeptanz von Internet oder Smartphone beseitigt werden, die durch das zunehmende Altern der Bevölkerung, regionale Abgeschiedenheiten oder durch ein niedriges Haushaltseinkommen entsteht? Dazu ist die digitale Bildung von Senior:innen insbesondere in Japan von großer Bedeutung. So hat die schnelle Informationsversorgung und Kommunikation in den letzten Jahren bei Naturkatastrophen wie Überschwemmungen oder Erdbeben unmittelbar zu einem besseren Schutz der Bevölkerung geführt. Allerdings ist es unmöglich dafür sorgen zu wollen, dass wirklich jeder ältere Mensch mit dem Smartphone und dem Tablet umgehen kann. Senior:innen, denen eine Handhabung digitaler Medien nur schwer oder im Extrem gar nicht möglich ist, müssen auch weiterhin Fernsehen und Radio nutzen können. Das entspricht der von Claudia Müller in ihrem Beitrag vertretenen Forderung einer angemessenen Kombination von High- und Low-Tech.

Um Senior:innen an digitale Technologien heranzuführen und sie damit vertraut zu machen, ist es besonders wichtig zu wissen, wie die dazu erforderlichen Kenntnisse vermittelt werden. Ein Einstieg mit Erklärungen zu den Geräten oder theoretischen Fragen wie „Was ist eigentlich das Internet?“ oder „Was bedeutet WLAN eigentlich?“ misslingt in der Regel. Erfolgversprechender ist dagegen, am Ziel, also an der angestrebten Lösung, anzusetzen und die Teilnehmenden z. B. dazu anzuregen und zu befähigen, über Videotelefon mit dem Enkel zu sprechen oder online ein Klassentreffen zu organisieren. Dazu ist eine angenehme, einladende Atmosphäre wichtig, wie etwa in dem im Beitrag von Claudia Müller erwähnten Café.

Drittens ist die Sicherung der gesellschaftlichen Teilhabe von Senior:innen wichtig. Diejenigen, die an Forschungsprojekten wie den Living Labs zu digitaler Technik teilnehmen, sind in der Regel aktiv und problembewusst. Dabei besteht die Tendenz, dass immer wieder dieselben Personen mitwirken. Dagegen gibt es aber die große Gruppe der sogenannten „schweigenden Mehrheit“, die vielleicht Interesse hat, sich aber nicht zu einer Teilnahme entschließen kann oder sogar vollständig desinteressiert ist. Entscheidend für den Erfolg wird sein, wie es gelingen kann, diesen Personenkreis zu mobilisieren.

Dabei sollte man nicht nur auf die emotionalen Vorteile wie den Kontakt mit den Enkelkindern hinweisen, sondern verstärkt auch materielle Anreize berücksichtigen. Als positives Beispiel sei hier die Kooperation einer japanischen Kommune mit einem lokalen Geldinstitut angeführt. Die Kommune wollte mehr Bürger:innen dazu bewegen, öffentlich angebotene Gesundheitsuntersuchungen in Anspruch zu nehmen. Je mehr Bürger:innen an den Check-Ups teilnehmen, desto früher können Zivilisations- oder Krebserkrankungen erkannt werden; mit in der Konsequenz höherer Lebenserwartung in guter Gesundheit und geringeren Gesundheits- und Pflegekosten. In dieser Kommune aber war die Teilnahme von Senior:innen, Selbständigen oder Hausfrauen an den Vorsorgeuntersuchungen relativ gering. Daher wurde Kontakt mit einem lokalen Geldinstitut aufgenommen, das zu diesem Zweck ein Finanzprodukt entwickelt hat, bei dem die Sparszinsen anstelle von 0,02 % auf das Zehnfache, nämlich 0,2 %, ansteigen, für den Fall, dass man sich der Gesundheitsuntersuchung unterzieht. Mit etwa 1400 Vertragsabschlüssen und einer Einlagenhöhe von ca. einer Milliarde Yen im ersten halben Jahr nach Einführung war dieses Produkt ein durchschlagender Erfolg¹. Es waren viele Senior:innen unter den Sparer:innen. Die Anhebung der Sparszinsen erwies sich als erfolgreicher Anreiz um solche Gruppen zu mobilisieren, die man sonst nur schwer erreichen kann.

Viertens stellt sich die Frage von digitaler Technik und Ethik. Cornelia Kricheldorf weist überzeugend auf das ethische Dilemma hin, wenn Senior:innen mit Demenz digital überwacht werden. Auch Toshihiko Hasegawa sieht die Notwendigkeit, über die Gewährleistung von Datensicherheit oder über philosophische Fragen wie „Was bedeutet das Sterben?“ oder „Was bedeutet es, Menschen zu pflegen?“ nachzudenken. Bei diesen Fragen geht es in erster Linie um die Selbstbestimmung von Senior:innen. Sowohl in Deutschland als auch in Japan sollte das Ziel sein, bei eintretender Pflegebedürftigkeit oder Demenz ein Leben in Würde führen zu können. Natürlich braucht es Ratschläge von Ärzt:innen und Pflegemanager:innen, aber die letzte Entscheidung sollte von den Betroffenen selbst, gemeinsam mit ihren Familien, getroffen werden.

Der fünfte Punkt betrifft die Notwendigkeit, einen Prozess der kontinuierlichen Verbesserung in Gang zu setzen. In Japan sind Experimente mit der Teilnahme von Senior:innen nicht selten zeitlich befristet, oftmals sogar einmalige Ereignisse, die im Sande verlaufen, wenn die Fördergelder versiegen. Mihoko Niitsuma weist

¹ Kommission zur Förderung des Gesundheitsgewerbes in der Region Matsumoto [Matsumoto chii ki kenkô sangyô suishin kyôgikai], <https://www.matsumoto-healthcare.com/case/133.html>.

zu Recht darauf hin, dass es für die nachhaltige Implementierung von Robotik in der Gesellschaft unerlässlich sei, Daten zu ihrer Bewertung durch Senior:innen zu sammeln. Außerdem sollte künftig auch der Zusammenarbeit zwischen der Zivilgesellschaft, der öffentlichen Verwaltung, der Industrie und den Universitäten stärkeres Gewicht beigemessen werden.

Es gibt zahlreiche Bezugspunkte zwischen dieser Sektion und meinem Beitrag zur Platinum Society in Sektion 2 „Zivilgesellschaftliches Engagement und Inklusion“. In Bezug auf die Überbrückung der digitalen Kluft bei Senior:innen verfolgt beispielsweise das Projekt „IoS: Internet of Seniors“ eine sehr ähnliche Herangehensweise: Senior:innen unterrichten sich gegenseitig. Dabei werden Themen, mit denen ältere Menschen sich oftmals schwertun, von Lehrenden der gleichen Generation mehrmals und langsam erklärt, um ein sicheres Gefühl bei der Nutzung zu vermitteln. Das Beispiel „Exadon“ zur Pflegeprävention mithilfe japanischer Trommeln oder die von der Universität Hirosaki durchgeführten, umfangreichen lokalen Gesundheitsuntersuchungen zeigen, wie wichtig es ist, dass Senior:innen auch Spaß an der Teilnahme haben sollen.

In Deutschland und Japan kommt der Nutzung digitaler Technologien im Hinblick auf ein längeres Leben bei guter Gesundheit und auf Entlastungen im Pflegesektor enorme Bedeutung zu. Es wäre wünschenswert, dass das vorliegende deutsch-japanische Buchprojekt zum Anlass genommen wird, auch künftig Informationen über die zu bewältigenden Aufgaben auszutauschen und sich gegenseitig über wichtige, innovative Fallbeispiele zu informieren, um so in der Forschung und in der Praxis das Wissen zur Bewältigung der mit der Alterung verbundenen Probleme weiter zu vertiefen.

Tomoo Matsuda ist Forschungsdirektor des Mitsubishi Research Institute und Gastprofessor an der Universität Kochi. Er ist Absolvent der juristischen Fakultät der Keio-Universität. Zu seinen Hauptforschungsthemen gehören die aktive, alternde Gesellschaft und die Revitalisierung lokaler Gemeinden. Er hat zahlreiche Forschungsprojekte mit dem öffentlichen und privaten Sektor durchgeführt und war Ausschussmitglied des Ageing Society Forum des Cabinet Office. Er ist Autor von „Bright reverse shift from Tokyo to the rural areas“, 2020, und „The Japan style of continuing care retirement community“, 2017.

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der 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.



Auswirkungen der Covid-19 Pandemie



Pflege und Unterstützung älterer Menschen in Zeiten von Covid 19 – nationale und kommunale Perspektiven

Martina Brandt, Claudius Garten, Miriam Grates,
Nekehia T. Quashie, Gerd Naegele und Monika Reichert

1 Einleitung

Ältere Menschen sind während der Covid-19-Pandemie einem höheren Risiko ausgesetzt, schwer zu erkranken oder zu sterben. Sie werden daher in der Pandemiebekämpfung als besonders zu schützende Gruppe aufgefasst und sind in hohem Maße von Kontaktbeschränkungen betroffen. Gleichzeitig hatten ältere Menschen bereits vor der Pandemie einen erhöhten Unterstützungsbedarf, der durch die Pandemie verstärkt wurde, da viele alltägliche Tätigkeiten mit einem höheren Risiko einer Ansteckung verbunden sind. Hinzu kommt, dass Ältere oftmals selbst Unterstützung leisten, die wegen der Kontaktbeschränkungen nicht fortgesetzt werden kann oder mit einem erhöhten Risiko einer Ansteckung verbunden ist.

M. Brandt (✉) · C. Garten · M. Grates · G. Naegele · M. Reichert
TU Dortmund, Dortmund, Deutschland
E-Mail: martina.brandt@tu-dortmund.de

C. Garten
E-Mail: claudius.garten@tu-dortmund.de

M. Grates
E-Mail: miriam.grates@tu-dortmund.de

M. Reichert
E-Mail: monika.reichert@tu-dortmund.de

N. T. Quashie
University of Rhode Island, Rhode Island, US
E-Mail: nekehia_quashie@uri.edu

Im Folgenden soll die Veränderung von Versorgung und Unterstützung Älterer in Deutschland vor dem Hintergrund der Pandemie dargelegt und diskutiert werden. Zunächst werden die politischen Entscheidungsprozesse auf Bundesebene beschrieben, um anschließend die Rolle der Kommunen einzuordnen. Danach wird der Forschungsstand zur Versorgung und Unterstützung von älteren Menschen sowie zu der von ihnen geleisteten Unterstützung aufgezeigt. Daran schließt sich die Darstellung der Ergebnisse einer eigenen Studie an. Der quantitative Teil der Studie befasst sich mit Veränderungen der Unterstützungsmuster im privaten Bereich, während der qualitative Teil die Identifikation besonders belasteter Gruppen, entstandene Versorgungslücken und mögliche Maßnahmen zur Vorbereitung auf zukünftige Pandemien beleuchtet. Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass sich soziale informelle Unterstützungsleistungen im Zuge der ersten Covid-19-Welle in vielen Fällen verändert haben und dass pflegende Angehörige sowie Menschen mit chronischen Krankheiten, mit Pflegebedarf und/oder sehr hohen Alters als besonders belastete Gruppen einzustufen sind.

2 Ausgangslage und Zuständigkeiten

Spätestens Ende Januar 2020 hatte die Covid-19 Pandemie (SARS-CoV-2 Virus) auch Deutschland erreicht. Mittlerweile – Frühjahr 2021 – befindet sich das Land in der dritten Welle, die vor allem durch die Corona-Mutation B.1.1.7 (sog. „britische Mutation“) geprägt ist, die Anfang April 2021 vorherrschend war (RKI, 2021b). Über die Zeit haben sich auch die Risikogruppen verändert. Waren es in der ersten und zweiten Welle vor allem sehr alte Menschen mit dem höchsten Ansteckungs- und Sterberisiko, darunter die meisten aus Alten- und Pflegeheimen, stecken sich jetzt mehrheitlich die unter 65-Jährigen an, zudem in stark wachsender Zahl auch Kinder und Jugendliche (RKI, 2021a). Insgesamt wiesen die Statistiken des Robert-Koch-Instituts (RKI) Anfang April 2021 für Deutschland seit Beginn der Pandemie rund 3 Mio. Corona-Fälle aus, d. h. die Erkrankung betraf etwa 3,6 % der Gesamtbevölkerung (RKI, 2021b). Davon galten etwa 2,7 Mio. als genesen. Die kumulierte Gesamtzahl der „Corona Toten“ aus bisher drei Wellen betrug etwa 78.000, d. h. die vorläufige Sterberate lag bei etwa 2,6 % der gemeldeten Infizierten. Darunter waren überwiegend sehr alte, zumeist bereits chronisch vorerkrankte Menschen. Aktuell sind 88 % der COVID-19-Todesfälle über 70 Jahre; der Altersmedian der Sterbefälle liegt bei 84 Jahren (RKI, 2021a).

Auf der bundespolitischen Ebene wurde die Bewältigung der Corona-Pandemie von Beginn an zur „Chefsache“ der Exekutive erklärt (Hickmann et al., 2020). Die Koordination der jeweils zuständigen Akteure oblag der Bundeskanzlerin bzw. dem Bundeskanzleramt. Zur interministeriellen Koordination von Einzelaktivitäten, z. B. Hilfen für krisenbedrohte Betriebe, Branchen und Kommunen, Kurzarbeitergeld, Regelungen zum Homeoffice, gibt es ein „Corona-Krisen-Kabinett“ unter Beteiligung der Ministerien für Finanzen, Wirtschaft, Inneres, Gesundheit und Verteidigung. Die zentralen Akteure in der Krisenbewältigung in Deutschland waren bis April 2021 – entsprechend dem Föderalismusprinzip – die 16 Bundesländer, vertreten durch ihre Ministerpräsident:innen bzw. regierenden Bürgermeister:innen. Unter der Federführung der Kanzlerin bzw. des Kanzleramtes und mit Beteiligung der jeweils betroffenen Ressorts gab es regelmäßig stattfindende „Bund-Länder-Gipfeltreffen“. Hier fielen die zentralen Beschlüsse zur Pandemiebekämpfung und -bewältigung – jenseits von primären Ressortzuständigkeiten, wie Wirtschaftsförderung, Kurzarbeitergeld, Homeoffice etc. Sie bezogen sich u. a. auf Ausgangs- und Kontaktbeschränkungen, Verbote von Großveranstaltungen, Quarantäneregelungen, sog. „Lockdown“-Regelungen für den Einzelhandel, die Gastronomie und übrige gewerbsmäßige Dienstleistungen, private Besuchsregelungen, Regelungen zu grenzüberschreitenden Ein- und Ausreisen, Beschränkungen von Reisen ins Ausland, Tourismussteuerung, Öffnung und Schließung öffentlicher Einrichtungen wie Museen, Messen, Volkshochschulen, Schulen, Kindergärten, Universitäten, Schwimmbädern, Sportstätten, Bordellen, Gymnastik- und Wellnessclubs und anderer Einrichtungen mit Publikumsverkehr sowie die Planung und Steuerung des Impfeschehens (seit 12/2020), allerdings bei individueller Impffreiheit (vgl. im Detail Hickmann et al., 2020).

Es war bisher Aufgabe der Bundesländer, die Corona-Beschlüsse des Bund-Länder-Gipfels in ihrer jeweiligen regionalen Zuständigkeit umzusetzen. Dies erfolgt zumeist durch Delegation auf die Kommunen als die verfassungsrechtlich Verantwortlichen für die „Anliegen der örtlichen Gemeinschaft“ (siehe auch die Beiträge von Igl und Naegele in diesem Band sowie Abschn. 3). Allerdings haben sie auch das Recht auf Durchführung eigener lokal begrenzter Corona-Maßnahmen bzw. auf eine ortsbezogene Modifizierung der Länderbeschlüsse und praktizieren dies auch heute noch.

Gab es zu Beginn der Krise noch weitgehende Einigkeit in den Beschlüssen zwischen den Bundesländern im sog. Bund-Länder-Gipfel und ihrer Umsetzung auf Länderebene und in den Kommunen, so zeigten sich 2021 seit Beginn der dritten Welle zunehmend Auflösungstendenzen. Unter Verweis auf das Föderalismusprinzip und landesspezifische Besonderheiten wie 7-Tage-Inzidenzzahlen,

Versorgungslage mit Schulen und Kindergärten, Wirtschaftslage und Arbeitsplätze oder Abhängigkeit vom Tourismus gingen einzelne Bundesländer immer häufiger „Sonderwege“ in Auslegung und Anwendung der Beschlüsse. Auch in den Kommunen gab es vielfach Alleingänge, vor allem in Abhängigkeit von der jeweiligen 7-Tages-Inzidenzzahlen, so z. B. bei Öffnungszeiten, Besuchs- oder Tourismusregelungen. In den meisten Bundesländern hatten trotz des bundesweiten Lockdowns viele Kommunen den Status einer „Modellkommune“, d. h. hier wurde mit der kontrollierten Öffnung von Geschäften, Kultureinrichtungen, z. B. Kinos, sowie der Außengastronomie für Personen mit negativen Testergebnissen experimentiert.

Der Deutsche Bundestag, das wichtigste Organ der Legislative mit Gesetzgebungskompetenz, war und ist bisher weitgehend aus diesem Entscheidungsprozess ausgeschlossen. Er hat zwar Anhörungs- und Empfehlungs-, aber wegen der „Chefsache“ und der Verlagerung der Kompetenzen auf den Bundesländer-Gipfel nur ein stark begrenztes Beschlussrecht, was angesichts der überregionalen Bedeutung des Themas und der zunehmenden Alleingänge der Länder ohne parlamentarische Kontrolle durch den Bundestag wiederholt zu Kritik in allen Parteien geführt hat. Seit April 2021 gibt es nun Veränderungen in den politischen Verantwortlichkeiten. Diese sind durch eine Novelle des Infektionsschutzgesetzes, die nicht wie sonst üblich der Zustimmung der Bundesländer bedarf, neu geregelt. Das Gesetz verlangt jetzt ein bundeseinheitliches Handeln und damit einen Stop der Alleingänge der Bundesländer. Die Bundesregierung, die diese Novelle initiiert hat, begründet die Rückverlagerung der Verantwortung auf die Bundesebene und damit die faktische Aushöhlung des Föderalismusprinzips in der Corona Bekämpfung mit der Notwendigkeit, eine bundesweit einheitlich wirksame „Notbremse“ ziehen zu müssen, um ein weiteres Ausbreiten der Corona-Pandemie zu verhindern. Unter der Voraussetzung unterschiedlicher 7-Tage Inzidenzen (Zahl der Neuinfektionen je 100.000 Einwohner:innen in einem Kreis oder einer Stadt) sind jetzt u. a. die Bereiche Ausgangsbeschränkungen, Schulschließungen oder Öffnungszeiten von Läden und Geschäften bundeseinheitlich geregelt. Zum Zeitpunkt der Abfassung dieses Beitrags lagen noch keine Erfahrungswerte mit der Umsetzung und den Erfolgen vor. Gegner der Novelle planen zudem eine Beschwerde gegen das Gesetz beim Bundesverfassungsgericht mit der Begründung der Abkehr vom Föderalismusprinzip.

3 Die Rolle der Kommunen im gesundheitsbezogenen Corona-Krisenmanagement

In der Corona-Krise stehen die Kommunen vor besonderen Herausforderungen u. a. durch dramatisch sinkende Einnahmen und steigende Ausgaben und damit zunehmende Finanznot. Besonders im Corona-Krisenbewältigungs-Fokus sind die ca. 375 örtlichen Gesundheitsämter mit ihren etwa 38.000 Beschäftigten. Die personelle Ausstattung wird von vielen Expert:innen als zu niedrig für die Bewältigung der Coronakrise eingeschätzt. Als örtliche Behörden sind die Gesundheitsämter für die meisten gesundheitsbezogenen kommunalen Aufgaben wie Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitsförderung und Prävention, Gesundheitshilfen sowie lokaler Infektionsschutz zuständig. Seit Beginn der Corona-Krise sind sie vor allem mit der Nachverfolgung von Infektionsketten und der Überprüfung von Quarantänevorschriften beschäftigt. In vielen Kommunen sind zusätzlich auch die Medizinischen Dienste der Krankenkassen sowie die Behörden, die für Sicherheit und Ordnung zuständig sind, d. h. die Ordnungsämter, an Beratungs-, Kontroll- und Überwachungsaufgaben wie Impfregeleungen, Überwachung der Maskenpflicht, Einhaltung von Abstandsregelungen und/oder Versammlungsverboten und Sperrstunden beteiligt. Bei Nichteinhaltung der Verbotsregelungen können z. T. drastische Geldbußen verhängt werden, deren Eintreibung neue unpopuläre Aufgaben für die Kommunen mit sich bringt. Vielerorts mit eingebunden ist auch die Bundeswehr mit ihrem Gesundheitspersonal. Freiwillige Helfer:innen, darunter viele jüngere Freiwillige mit sozial-pflegerischem Hintergrund, z. B. Medizinstudent:innen oder Mitglieder sozialer Jugendverbände, bilden ein weiteres wichtiges Glied im lokalen Corona Krisen-Management (siehe den Beitrag von Müntefering in diesem Band, sowie Abschn. 5 unten).

Zu den eigenen kommunalen Einrichtungen gehören, vor allem in größeren Kommunen, lokale Corona Krisenstäbe bzw. Koordinierungsstellen mit der Aufgabe der wohnortnahen Planung und Vernetzung von Corona-Hilfen verschiedener Akteure. Des Weiteren verfügen inzwischen fast alle Kommunen über eigene Corona-Schnelltesteinrichtungen sowie über lokale Impfzentren zur Durchführung der seit Ende 2020 zögerlich angelaufenen Massenimpfungen (Bundesministerium für Gesundheit (BMG), 2021). Seit April 2021 sind auch die Hausärzt:innen als Akteure der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in das örtliche Impfgeschehen eingebunden. Eine besonders wichtige Rolle kommt zudem den professionellen Pflegekräften in örtlichen Einrichtungen (Heimen)

und Pflegediensten (Sozialstationen, Tages- und Kurzzeitpflege) zu, die wiederum den Pflegekassen der Gesetzlichen Pflegeversicherung zugeordnet sind. So übernehmen sie in der häuslichen Pflege Corona-typische Hilfe-, Beratungs- und Schutzfunktionen, ohne zumindest in der Anfangsphase fachlich wie materiell (z. B. Schutzkleidung) darauf hinreichend vorbereitet bzw. entsprechend ausgestattet gewesen zu sein (Auffenberg & Heß, 2021). Inzwischen sind sie jedoch als Impfberechtigte der höchsten Prioritätengruppe zugeordnet und auch de facto weitgehend „durchgeimpft“.

Je nach Bundesland und regionalen bzw. lokalen Besonderheiten ergab sich somit bis April 2021 in den Kommunen eine „bunte“ Mischung aus Akteuren, Zuständigkeiten und lokalen Sonderregelungen, die in der Bevölkerung nicht immer als transparent wahrgenommen wurden. Auf der anderen Seite klagen die kommunal agierenden Träger und Institutionen über Personalmangel. Die Belastung der Pflegekräfte nimmt ebenfalls sichtbar zu (Schulze & Holmberg, 2021). Es ist fraglich, wie viele Professionelle, vor allem aus den Pflegeberufen, nach Beendigung der Corona-Krise noch in ihrem Ursprungsjob verbleiben werden. Zweifellos ist Corona zu einem weiteren bedeutsamen Faktor des Fachkräftemangels in den sozialen Berufen geworden, einerseits erhöht die Pandemie den Bedarf, andererseits verschlechtert sie die Arbeitsbedingungen (siehe den Beitrag von Theobald in diesem Band).

4 Ältere Menschen im Fokus

Die überdurchschnittlich hohe Inzidenz hat sehr alte Menschen zu Recht in der öffentlichen Wahrnehmung zu einer „besonders gefährdeten“ Bevölkerungsgruppe gemacht, die vielfältige Schutzmaßnahmen und Hilfen benötigt. Diese Sicht konzentrierte sich anfangs vor allem auf die Heime, weil hier die Sterberaten besonders hoch waren. Zur Abwehr des Infektionsrisikos wurden dazu mehr oder weniger rigide Besuchs- und Ausgangssperren sowie vielfältige Kontaktverbote erlassen. Im April 2021 waren aber fast alle Heimbewohner:innen geimpft, und die Besuchsregelungen konnten wieder gelockert werden. Andererseits gab es – vor allem aus dem Umfeld der Alternswissenschaften – Warnungen davor, der Corona-Pandemie wichtige altpolitische Ziele wie Inklusion, Partizipation und soziale Teilhabe zu opfern. Restriktive Maßnahmen seien nicht nur schützend, sondern zögen auch erhebliche psychische, kognitive, und emotionale sowie körperliche, versorgungsbezogene und soziale Probleme nach sich. „Social Distancing“ im Alter gilt als eine zentrale Quelle für psychische und körperliche Erkrankungen, für Einsamkeit und Isolation, insbesondere in

den wachsenden Fällen von Singularisierung im Alter (Kricheldorf, 2020). So heißt es in einer Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie vom April 2020: *„Undifferenzierte und pauschale Maßnahmen, die ältere Menschen unverhältnismäßig im Vergleich zur restlichen Bevölkerung ausschließen, sind wissenschaftlich nicht begründet und basieren auf grob vereinfachenden Altersstereotypen. Sie stellen eine Form der Altersdiskriminierung dar“* (DGGG, 2020).

Nach einem Jahr Corona-Pandemie-Erfahrungen betreffen die größten Herausforderungen auch heute noch das lokale Versorgungs- und Gesundheitssystem. Noch immer sind ältere Menschen im Fokus, wenngleich sich in der dritten Welle eine leichte Verlagerung der Risikobetroffenheit auf jüngere Altersgruppen abzuzeichnen scheint. Dies betrifft zum einen die nach wie vor schwierige stationäre Versorgung in den Krankenhäusern und Heimen. Wegen ihrer multikomplexen Problemlage gilt dies aber zunehmend auch für die zahlreichen informellen häuslichen Versorgungsarrangements, in denen bundesweit knapp 80 % der anerkannt Pflegebedürftigen Unterstützung und Betreuung finden (siehe die Beiträge von Kricheldorf und Naegle in diesem Band). Hinzuzählen sind weiterhin die ebenfalls aufwendigen sozial-pflegerischen Unterstützungsbedarfe für diejenigen, die lediglich ein hohes Risiko haben, schwer an Covid-19 zu erkranken, sich im Lockdown oder sich in Quarantäne befinden und deshalb auf familiäre oder fremde Hilfe angewiesen sind. Vor allem die Älteren unter ihnen, und dies ist vermutlich die größte Gruppe, leiden unter dem Wegfall entlastender Dienstleistungen im Umfeld. Weitere Belastungen resultieren aus dem Corona-typisch stark gestiegenen Stress bei den oftmals überforderten Pflege- und Unterstützungspersonen. Zunehmend gibt es dabei auch Konflikte mit der familialen bzw. informellen Helfern (Klaus & Ehrlich, 2021). Besonders betroffen sind Versorgungsarrangements für demenzkranke ältere Menschen, denn diese können aufgrund ihrer kognitiven Einschränkungen kaum verstehen, warum sie ihre gewohnten sozialen Beziehungen nicht oder nicht mehr (er) leben können. Insgesamt steigen auch die Belastungen für berufstätige private Helfer:innen, denn nicht überall ist Homeoffice möglich (Horn & Schweppe, 2020; Kricheldorf, 2020) (siehe den Beitrag von Reichert in diesem Band). Auch die zahlreich geleistete Unterstützung durch freiwilliges Engagement ist unter Corona-typischen Druck geraten, z. B. wegen Ausgangssperren, Besuchsverbots und nicht zuletzt aus Angst vor Ansteckungen (siehe Abschn. 5 unten). So urteilt die Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen (BAGSO) in einem Positionspapier vom September 2020: *„Ältere Menschen, vor allem, wenn sie allein oder in prekären Verhältnissen leben oder aufgrund von Krankheit, Behinderung oder Pflegebedürftigkeit in ihrer Handlungsfähigkeit stark*

eingeschränkt sind, treffen die Auswirkungen einer Krisen- und Katastrophensituation in der Regel besonders stark“.

„Good Practice“-Beispiele für kommunale Modelle, die in der Unterstützung betroffener älterer Menschen auf die Zusammenarbeit mit Freiwilligen setzen, sind kürzlich in einer Zusammenstellung zum Thema „Kommunale Innovation-Altersfreundlichkeit in Zeiten der Corona Pandemie“ publiziert worden. Die Beispiele reichen von sog. „Fenstergesprächen“ mit isoliert lebenden älteren Menschen (Kassel) über ein im Auftrag der Stadt eingerichtetes Quartiersmanagement, das örtliche Betriebe wie Bäcker, Metzger oder Einzelhandel mit freiwilligen Engagierten vernetzt, um Hilfebedürftigen bei Bedarf zur Seite stehen (Projekt „LebenPlus“ in Tirschenreuth), über Vorleseangebote örtlicher Bibliotheken für vom Lockdown Betroffene (Arnsberg), die Organisation von „Pflege-Touren“ als Freizeitangebote nur für Covid-19 positiv Getestete (Freiburg), Digitalschulungen für ungeübte Ältere (Daun, Halle und Kopp), Corona-Beratungs- und Gesprächs-Hotlines (Arnsberg) bis hin zu ehrenamtlich organisierten Lieferdiensten von Lebensmitteln für isoliert lebende Ältere (Pirmasens). Als wesentliche Erfolgskriterien der Modellprojekte werden genannt: zielgruppengerechte Kommunikationskanäle zwischen den Älteren und der Kommunalverwaltung, Förderung der Stabilität bestehender kommunaler Netzwerke sowie eine in der Verwaltung gelebte positive Innovationskultur. Im Abschlussbericht heißt es dazu: *„Diese Prinzipien sind für die identifizierten Problembereiche – Angst und Unsicherheit, Engpässe in der Versorgung Älterer, Schließung von Begegnungsorten sowie soziale Isolation und Einsamkeit – genauso relevant wie für die Innovationsfähigkeit von Kommunen insgesamt“* (Körber Stiftung & Berlin Institut für Bevölkerung und Entwicklung, 2020: 15).

5 Freiwillige Engagementpotenziale und -muster in der Corona-Krise

Während der Corona-Pandemie haben sich ehrenamtliche Initiativen, zum Teil aus etablierten Organisationen der Nachbarschaftshilfe wie den Wohlfahrtsverbänden, Religionsgemeinschaften, Kommunen, Stadtteilvereinen oder politischen Parteien sowie aus weiteren Organisationen, z. B. Sportvereinen, heraus oder über digitale soziale Medien, z. B. Facebook oder WhatsApp, gebildet, um vor allem Risikogruppen oder Menschen in Quarantäne in Form von Einkaufsdiensten oder anderen Hilfeleistungen zu unterstützen. Neben Hilfsangeboten durch die o.g. Initiativen oder Vereine war auch im unmittelbaren nachbarschaftlichen Umfeld eine Zunahme an informeller Unterstützung im Frühsommer 2020

zu verzeichnen (Klaus & Ehrlich, 2021). In Bezug auf die Engagementbereitschaft hat eine während der ersten Corona-Welle (Frühling, 2020) durchgeführte Befragung gezeigt, dass in dieser Krisensituation mehr Menschen bereit waren, sich informell in einer Nachbarschaftshilfe bei der Unterstützung von Risikogruppen zu engagieren. Während grundsätzlich, auch außerhalb der Krisensituation, gut ein Drittel zu ehrenamtlicher Nachbarschaftshilfe bereit ist, waren es in der Covid-19-Krisensituation insgesamt knapp 60 % (Bölting et al., 2020). Die Bereitschaft, Nachbarschaftshilfe anzunehmen, war ebenfalls groß, wenngleich gut ein Viertel der Befragten diese Hilfe grundsätzlich nicht und weitere fünf Prozent nur außerhalb der Covid-19-Situation in Anspruch nehmen würden (Bölting et al., 2020).

Neben einer Zunahme an Unterstützungsbereitschaft und konkreten Unterstützungsangeboten zeigt sich in anderen Bereichen aber auch eine Abnahme an Unterstützung. So berichten pflegende Angehörige nicht nur von einem Rückgang an Unterstützung durch *professionelle* Dienste wie Tagespflegeeinrichtungen, ambulante Pflegedienste, 24-h-Pflegekräfte und Hausärzt:innen, sondern auch durch *informelle* Helfer:innen wie Nachbar:innen, Freund:innen und Familienmitglieder (Eggert et al., 2020; Rothgang et al., 2020). Dass weniger Unterstützung durch Dritte erfolgt, liegt vor allem daran, dass Dritte weniger Unterstützung anbieten, in einigen Fällen aber auch darin begründet, dass die Pflegehaushalte die Unterstützung wegen der Pandemie und der Gefahren nicht in Anspruch nehmen wollen (Rothgang et al., 2020). Weshalb informelle Dritte, z. B. Familienmitglieder oder Freund:innen, weniger Unterstützung anbieten, könnte dadurch zu erklären sein, dass sie die anderen nicht gefährden wollen, dass sie selbst zur Risikogruppe zählen oder dass sie durch die Pandemie in anderen Bereichen stärker eingespannt sind, z. B. Kinderbetreuung durch Schließung von Kindertagesstätten, und es daher zeitlich nicht mehr schaffen. Die Abnahme an formeller und informeller Unterstützung durch Dritte im Zuge der Pandemie trägt neben anderen Faktoren zur Erhöhung des Belastungsempfindens bei pflegenden Angehörigen bei (Rothgang et al., 2020). Eine zwischen Juni und Juli 2020 bundesweit durchgeführte Befragung unter einer Gruppe von ehrenamtlich Engagierten mit Kontakt zu älteren Menschen zeigte, dass diese Form der Unterstützung im Zuge der Pandemie abgenommen hat (Stiel, 2020). Gründe für die Abnahme sind zum einen infrastruktureller Art: So waren die sonst für die Kurse oder Beratungen genutzten Räume Corona-bedingt nicht mehr zugänglich. Zum anderen ist der Rückgang durch individuellen Rückzug der Engagierten zu erklären, etwa weil sich einige Freiwillige zur Risikogruppe zählen. Daneben ist auch die Nachfrage von Bürger:innen nach ehrenamtlicher Unterstützung im Zuge der Pandemie zurückgegangen (Stiel, 2020).

6 Studie: Gesundheit und Unterstützung in Zeiten von Covid-19

6.1 Anliegen und Durchführung

Unterstützungsmuster haben sich also im Zuge der Covid-19-Pandemie grundlegend verändert. Mit der Studie „Gesundheit und Unterstützung in Zeiten von Corona“ der TU Dortmund¹ sollte für den gesamten Bereich informeller, sozialer Unterstützung, die von Einkaufs- und Haushaltshilfe über emotionale Unterstützung bis zur persönlichen Pflege reichen kann – und für alle Personengruppen – u. a. in Erfahrung gebracht werden, inwiefern sich Unterstützung im Zuge der Covid-19-Pandemie verändert hat. Es galt zu untersuchen, ob es Personengruppen gibt, denen seit Ausbreitung von Covid-19 vermehrt geholfen wird, und umgekehrt, ob und bei welchen Gruppen eine Abnahme an Unterstützung zu verzeichnen ist. Hier ist zu vermuten, dass Unterstützungsleistungen an ältere Personen, z. B. Eltern oder Schwiegereltern, eher zugenommen haben, während Unterstützungsleistungen an jüngere Personen, z. B. Enkelkinder, abgenommen haben. Zudem war von Interesse herauszufinden, ob sich Unterstützungsmuster von jüngeren und älteren Hilfeleistenden in unterschiedliche Richtungen verändert haben. Eine Studie von Böltling et al. (2020) zeigt – bezogen auf Nachbarschaftshilfe, dass Singles und Paare ab 65 Jahren im Vergleich zu anderen Gruppen die geringste Unterstützungsbereitschaft aufweisen, gefolgt von Singles oder Paaren zwischen 30 und 44 Jahren, während Familienhaushalte, Personen unter 30 Jahren sowie Singles und Paare zwischen 45 und 64 Jahren am ehesten bereits sind, Unterstützung zu leisten. Der Befund, dass insbesondere ältere Menschen Corona-bedingt weniger Nachbarschaftshilfe leisten, dürfte damit zusammenhängen, dass für sie die mit einer Infektion verbundenen Gesundheitsrisiken besonders groß sind. Aus dem gleichen Grund ist zu vermuten, dass sie aufgrund der Pandemie allgemein weniger soziale Unterstützungsleistungen erbringen. Es wird also angenommen, dass Unterstützungsleistungen von älteren Personen an andere, nicht im Haushalt lebende Personen, stärker abgenommen haben und gleichzeitig Unterstützungsleistungen in jüngeren Altersgruppen eher zugenommen haben, da ihr Risiko geringer ist, schwer an Covid-19 zu erkranken.

¹Siehe: <https://sag.sowi.tu-dortmund.de/forschung/projekte/gesundheits-und-unterstuetzung-in-zeiten-von-corona/>

Die Studie „Gesundheit und Unterstützung in Zeiten von Corona“ der TU Dortmund wurde im Zeitraum zwischen Anfang Mai und Anfang Juli 2020, also der ersten Covid-19-Welle, in Form einer quantitativen Telefon-/Online-Befragung durchgeführt. Zielgruppe waren Menschen mit Wohnsitz in Deutschland im mittleren und höheren Erwachsenenalter (40+). Die Rekrutierung von Teilnehmenden erfolgte über eine Anzeige in einer Dortmunder und Schwerter Wochenzeitung, mittels Flyer und Informationsschreiben, die Multiplikator-Organisationen, z. B. kommunalen Seniorenbüros, Wohlfahrtverbänden, Vereinen, Arztpraxen, zur Verfügung gestellt wurden, sowie über berufliche und private Netzwerke des Forscherteams (Quashie et al., 2021). Darüber hinaus wurden sieben Expert:innen aus den Bereichen Gesundheits- bzw. Altenpolitik, Wissenschaft und Praxis mit dem Ziel interviewt, kommunalpolitische Handlungserfordernisse zur Verbesserung der Situation von pflegebedürftigen älteren Menschen und ihrer Angehörigen zu ermitteln (siehe 6.3).

Die Teilnehmer:innen der quantitativen Studie wurden gefragt, ob sie vor der Ausbreitung des Corona-Virus privat regelmäßig anderen Personen geholfen hatten. Anschließend wurden sie nach den Personengruppen gefragt, die sie unterstützt hatten und ob sie diesen seit Ausbreitung des Corona-Virus mehr, genauso viel oder weniger geholfen haben. Darüber hinaus wurde gefragt, ob es auch Personen gibt, denen sie erst seit Ausbreitung des Corona-Virus helfen. Getrennt davon wurden außerdem Personen mit Enkelkindern gefragt, wie oft sie jeweils vor und seit Ausbreitung des Corona-Virus ihre Enkel betreut hatten. Alle Teilnehmer:innen wurden wiederum gefragt, ob sie die nötige Unterstützung zum Zeitpunkt der Befragung leisten können und wenn dies nicht oder nur teilweise zutraf, warum sie die Unterstützung nicht leisten können. Anhand dieser Angaben sollen die Veränderungen in der Unterstützung anderer durch die Ausbreitung des Corona-Virus dargestellt werden.

Insgesamt wurden für die Auswertungen 429 Fälle herangezogen, die Angaben zu den für die Untersuchung relevanten Fragen gemacht hatten, über 40 Jahre alt waren und in Deutschland lebten. 72,1 % der Befragten waren Frauen. Das Durchschnittsalter betrug 58,8 Jahre. Die Mehrheit der Befragten war verheiratet und lebte mit dem Partner/der Partnerin zusammen (61,5 %). In Beschäftigung befanden sich 59,2 %, weitere 6,9 % waren nicht erwerbstätig und 33,9 % waren im Ruhestand. Verglichen mit der Allgemeinbevölkerung hatten überproportional viele der Befragten ein Hochschulstudium abgeschlossen (53,3 %). Die Verzerrungen im Vergleich zur Grundgesamtheit sind vergleichbar mit denen anderer (Alters-)Studien und müssen für die Interpretation und Reichweite der Resultate im Blick behalten werden (Klaus & Engstler, 2016; Kühne et al., 2020; Lang

et al., 2020; Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), 2020; Motel-Klingebiel et al., 2014).

6.2 Ergebnisse der quantitativen Befragung

Im Folgenden wird dargestellt, wie die Befragten bereits vor Ausbreitung des Corona-Virus bestimmte Personengruppen unterstützt haben, wie sich diese Unterstützung im Zuge der ersten Corona-Welle verändert hat und welche Personengruppen seit Ausbreitung des Corona-Virus noch zusätzlich unterstützt werden. Außerdem werden die Einschätzungen der Befragten beschrieben, ob sie die von ihnen geleistete Unterstützung für ausreichend halten und was Gründe für den Wegfall der Unterstützung sein können.

Bereits vor Ausbreitung des Corona-Virus hatten 52,2 % der Befragten regelmäßig andere Personen unterstützt. Dagegen gaben nur 12,5 % der Befragten an, dass sie seit Ausbreitung des Corona-Virus bestimmte Personen unterstützten, die sie davor noch nicht unterstützt hatten. Zu den Befragten, die zusätzlich weitere Personengruppen unterstützt haben, zählen auch Personen, die vorher keine Personen unterstützt hatten. Zwischen Älteren und Jüngeren unterscheiden sich diese Anteile. Während bei den unter 65-Jährigen 46 % der Befragten bereits vor Ausbreitung des Corona-Virus Unterstützung geleistet hatten, waren es bei den Befragten ab 65 Jahren 64,9 %. Neue Unterstützung leisteten 14,3 % der unter 65-Jährigen, während dies 8,7 % der Befragten ab 65 Jahren taten.

Seit Ausbreitung des Corona-Virus neu hinzugekommene Personengruppen waren vor allem Nachbar:innen (52 %), Eltern (38 %) und Freund:innen (14 %). Unter den bereits vor Ausbreitung des Corona-Virus abgefragten Unterstützungsleistungen, wurden „sonstige Hilfen“ (68,5 %) und „Unterstützung im Haushalt“ (66,7 %) am häufigsten genannt. Die am häufigsten genannten Unterstützungsleistungen, die erst seit Ausbreitung des Corona-Virus erbracht wurden, waren „Einkaufen“ (78 %) und „Zuhören“ (58 %).

Diejenigen, die bereits vor Ausbreitung des Corona-Virus andere unterstützt hatten, wurden auch gefragt, wie häufig sie seit Ausbreitung des Corona-Virus die genannten Personengruppen unterstützten. Daraus können vier unterschiedliche Muster der Veränderungen identifiziert werden:

- Befragte, die mindestens eine Personengruppe seltener unterstützen als vorher, während sie andere Personengruppen nicht häufiger unterstützten,

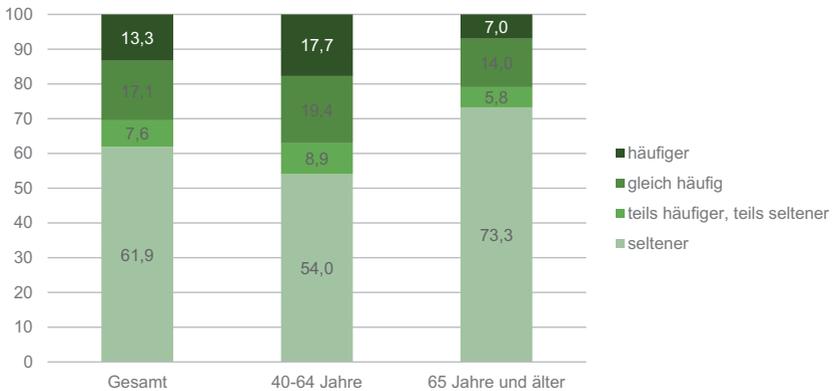


Abb. 1 Veränderung der bereits vor Ausbreitung des Corona-Virus geleisteten Unterstützung (n=210).
Quelle: Autor:innen

- Befragte, die mindestens eine Personengruppe häufiger unterstützten als vorher, während sie andere Personengruppen nicht seltener unterstützten,
- Befragte, die alle Personengruppen genauso häufig unterstützen wie zuvor,
- Befragte, die einige Personengruppen häufiger und andere Personengruppen seltener unterstützen.

Die Anteile der Befragten mit unterschiedlichen Unterstützungsmustern sind in Abb. 1 unterteilt nach Altersgruppen und für alle Befragten insgesamt dargestellt: Die Mehrheit (61,9 %) leistete seltener Unterstützung als zuvor und nur 13,3 % gaben an, häufiger Unterstützung zu leisten als vorher. Gleich geblieben ist die Unterstützung von 17,1 %, weitere 7,6 % der Unterstützer:innen leisteten teilweise mehr und teilweise weniger Unterstützung. Zwischen den Altersgruppen zeigt sich, dass 73,3 % der Unterstützer:innen ab 65 Jahren weniger Unterstützung gaben als zuvor, während der Anteil bei den unter 65-Jährigen 54 % beträgt. Dagegen leisteten 17,7 % der Unterstützer:innen unter 65 Jahren mehr Hilfe seit Ausbreitung des Corona-Virus, während das nur auf 7 % der Unterstützer:innen ab 65 Jahren zutrifft.

Wie diese Veränderungen die unterstützten Personengruppen betrafen, zeigt Abb. 2. Dort sind die Anteile der Personengruppen, die seit Ausbreitung des Corona-Virus häufiger bzw. seltener von den Befragten unterstützt wurden den Anteilen der Personengruppen, die bereits vor Ausbreitung des Corona-Virus unterstützt wurden gegenübergestellt. Da separat nach der Unterstützung und

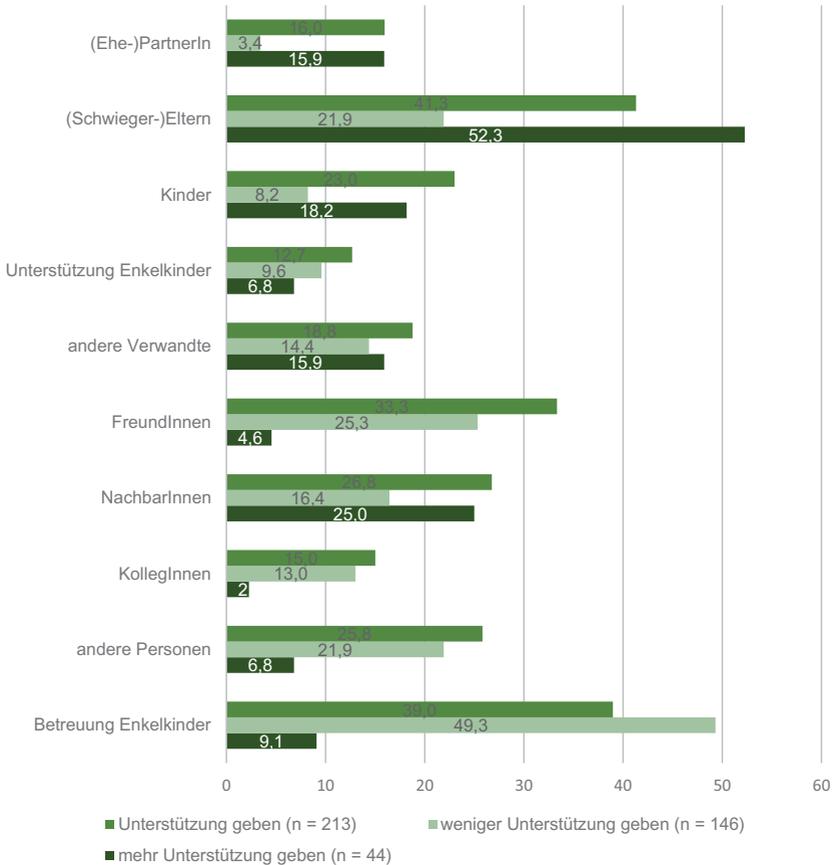


Abb. 2 Unterstützte Personengruppen.

Quelle: Autor:innen

Betreuung von Enkelkindern gefragt wurde, sind für diese Personengruppe beide Tätigkeiten separat ausgewiesen.

Für den Zeitraum vor Ausbreitung des Corona-Virus gaben die Befragten an, ihre Eltern bzw. Schwiegereltern (41,3 %), Enkelkinder (39 %) und Freund:innen (33,3 %) unterstützt bzw. betreut zu haben. Für diese drei Gruppen wurden seit Ausbreitung des Corona-Virus seltener Unterstützungsleistungen erbracht. 49,3 % der Unterstützer:innen betreuten ihre Enkelkinder seit Ausbreitung des Corona-Virus seltener als zuvor und die Anteile der Unterstützer:innen, die

seltener ihren Freund:innen und (Schwieger-)Eltern halfen, liegen bei 25,3 % bzw. 21,9 %. Gleichzeitig gaben 52,3 % der Unterstützer:innen, die häufiger Unterstützung leisteten als zuvor, an, ihre Eltern häufiger zu unterstützen. An zweiter und dritter Stelle folgen Nachbar:innen (25 %) und die eigenen Kinder (18,2 %).

Hervorzuheben ist der Anteil der „anderen Personen“ (25,8 %), die bereits vor Ausbreitung des Corona-Virus unterstützt und seit Ausbreitung des Corona-Virus von vielen Befragten seltener unterstützt wurden (21,9 %). Bei diesen „anderen Personen“ handelt es sich vermutlich um Personen, die in Form einer ehrenamtlichen Tätigkeit, z. B. häusliche Besuchsdienste, Engagement in Pflegeeinrichtungen oder Schulen, ehrenamtliche Smartphone-Kurse unterstützt wurden und derzeit aufgrund geschlossener Einrichtungen oder geltender Besuchsverbote weniger Unterstützung erhalten.

Insgesamt gaben 102 Befragte an, nicht oder nur teilweise die benötigte Unterstützung leisten zu können. Diese Befragten wurden nach den Gründen gefragt, warum sie die nötige Unterstützung nicht leisten können, worauf 93 Befragte antworteten. Ihre Antworten sind in Abb. 3 dargestellt. Am häufigsten nannten die Befragten die Angst, die zu unterstützenden Personen anzustecken (46,2 %) bzw. dass die zu unterstützenden Personen Angst vor einer Ansteckung hätten (30,1 %). Nur 17,2 % gaben an, selbst Angst vor einer Ansteckung zu haben. Häufiger genannt als die Angst vor eigener Ansteckung wurden berufliche oder private Gründe (24,7 %) und Besuchsverbote in den Einrichtungen, in denen die Personen leben, die sie unterstützen möchten (22,6 %).

Die Erbringung von Unterstützung hat sich durch die Ausbreitung des Corona-Virus stark verändert. Während etwas mehr als die Hälfte der Befragten bereits vorher andere Personen unterstützt hatten, kamen mit Ausbreitung des Corona-Virus nur für einen geringen Teil neue Personen hinzu, die sie seitdem unterstützten. Dafür gab die Mehrheit der Unterstützer:innen an, seit Ausbreitung des Corona-Virus seltener Unterstützung zu leisten. Dass nicht genügend Unterstützung geleistet werden kann, liegt vornehmlich an der Einschätzung des Ansteckungsrisikos, aber auch daran, dass Personen, die unterstützt werden sollen, in Einrichtungen leben, in denen während der ersten Welle ein Besuchsverbot herrschte. Dazu kommen weitere berufliche bzw. private Gründe. Betroffen von diesen Veränderungen waren vor allem die intergenerationalen Unterstützungsleistungen, sodass Großeltern ihre Enkelkinder nicht mehr betreuen und erwachsene Kinder sich nicht mehr um ihre Eltern und Schwiegereltern kümmern konnten. Gleichzeitig ergaben sich neue Unterstützungsbedarfe, sodass Eltern bzw. Schwiegereltern gleichzeitig zu der Gruppe zählen, die neben

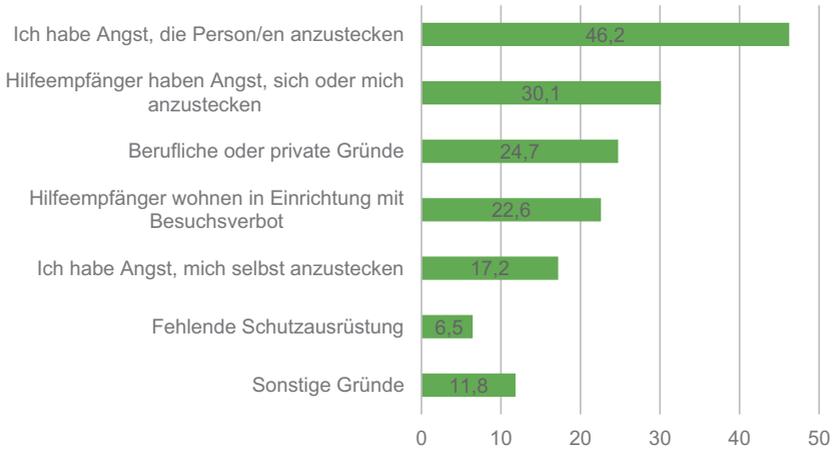


Abb. 3 Gründe für nicht geleistete nötige Unterstützung (n=93).
Quelle: Autor:innen

Nachbar:innen und Freund:innen seit Ausbreitung des Corona-Virus häufiger oder neuerdings unterstützt wurden.

6.3 Ergebnisse der Expert:inneninterviews

Zentraler Beweggrund zur Durchführung von zusätzlichen leitfadengestützten Interviews war es, die Meinung von ausgewählten Expert:innen aus den Feldern Gesundheits- bzw. Altenpolitik, Wissenschaft und Praxis zu den Folgen der Corona-Pandemie für älter werdende und ältere Menschen zumindest beispielhaft zu erfassen. So galt es zum einen, jene Gruppen zu identifizieren, die von der Corona-Pandemie besonders betroffen waren bzw. sind. Zum anderen, und hierauf lag der Schwerpunkt der Befragung, ging es um die Einschätzung der Expert:innen zu den Auswirkungen der Corona-Pandemie für die häusliche und stationäre Pflege sowie um die sich daraus ergebenden Unterstützungsbedarfe.

Die Auswertung zeigte, dass ein Teil der quantitativ erhobenen Ergebnisse auch durch die Aussagen der Expert:innen gestützt werden konnte. Dies gilt nicht nur für die Situation von pflegenden Angehörigen, deren ohnehin hohes Belastungserleben, z. B. bei dem Versuch Beruf- und Pflgetätigkeit zu vereinbaren, durch die Covid-19-Pandemie auch aus Sicht der Expert:innen noch verstärkt worden ist. Aber auch andere Gruppen – hier vor allem chronisch Kranke,

Pflegebedürftige, an Demenz Erkrankte und/oder hochaltrige Menschen – gelten nach Ansicht der Expert:innen aufgrund der Pandemie verstärkt als vulnerabel. Thematisiert wurde zudem – ebenfalls in Einklang mit den oben beschriebenen Ergebnissen – das gestiegene Risiko von Isolation und Einsamkeit, aber auch die eingeschränkte bzw. fehlende Unterstützung durch und für Familienangehörige. Es ist somit wenig erstaunlich, dass sich der von den Expert:innen erkannte Handlungsbedarf vorrangig auf eine Verbesserung der Lebenssituation der vorgenannten Personengruppen bezieht. In diesem Zusammenhang ist explizit auch die Verantwortung der Kommunen betont worden.

Die Kommune, so die nahezu einhellige Meinung, sei der zentrale Ort, um die gesundheitliche und pflegerische Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen, und zudem sei dies eine ihrer zentralen Aufgaben. Gleichzeitig wurde allerdings darauf hingewiesen, dass diesbezüglich in der Vergangenheit vieles versäumt worden sei und es keine gut funktionierende kommunale Gesundheitspolitik gäbe. So wurde das Fehlen von klaren Pandemieplänen ebenso beklagt wie die unzureichende Arbeit der Krisenstäbe und die mangelnde Vernetzung relevanter Akteure.

Damit die Kommunen zukünftig besser auf ähnliche Krisen wie die Corona-Pandemie vorbereitet sind, erachten die Expert:innen folgende Maßnahmen als wichtig:

- Stärkung der Rolle der Gesundheitsämter in Bezug auf Prävention, d. h. in Bezug auf Beratung und Aufklärung zur Vermeidung von Infektionen,
- Optimierung von Koordination und Vernetzung zwischen den Bereichen Pflege, Gesundheitsversorgung, Prävention,
- Kommunalisierung der ambulanten Pflege, um diese effizienter zu gestalten und ihr auch gegenüber der stationären Pflege mehr Gewicht zu geben,
- Quantitativer wie qualitativer Ausbau der kommunalen Pflegestruktur,
- Quantitativer wie qualitativer Ausbau und Stabilisierung von Unterstützungsnetzwerken vor allem zu Gunsten der oben genannten Risikogruppen, z. B. in Form von Quartiersprojekten sowie haupt- und ehrenamtlichen Nachbarschaftshilfen,
- Verbesserung der finanziellen Situation in den Kommunen, um ihre Handlungsfähigkeit zu erhöhen,
- sorgfältige Evaluierung der bisherigen, in der Corona-Pandemie ergriffenen Maßnahmen.

7 Diskussion und Ausblick

Im ersten Teil unseres Beitrags ging es vor allem darum, die politischen Zuständigkeiten im Kampf gegen die Corona-Pandemie in Deutschland unter besonderer Beachtung der Rolle der Kommunen aufzuzeigen. Aktuell wird in der dritten Corona Welle zunehmend deutlich, dass das bundesdeutsche Föderalismusprinzip mit seiner dezentralen Ausrichtung nur begrenzt erfolgreich agiert. Am Beispiel der besonders betroffenen älteren Menschen ging es im zweiten, empirischen Teil dieses Beitrags darum, die Corona-bedingten Veränderungen in Unterstützungsmustern und Unterstützungslücken, die im Zuge der ersten Corona-Welle auftraten, aufzuzeigen sowie die Gründe für nicht gedeckten Unterstützungsbedarf sichtbar zu machen. Die Forderung, dass sich Ältere zurückziehen sollten, mag zu einer psychischen Belastung für die Älteren selbst nach sich ziehen. So zeigten vertiefende Analysen der präsentierten Daten, dass Menschen, die Unterstützung leisten, seltener die Gesellschaft anderer vermissen (Brandt et al., 2020). Geben diese Menschen ihr Unterstützungsengagement auf, könnte dies Einsamkeitsgefühle hervorrufen. Zum anderen führt der Rückzug Älterer auch dazu, dass Unterstützungslücken entstehen, da sie oftmals informelle Unterstützungsleistungen für andere erbringen. Zu nennen sind sowohl Unterstützung im Familienkreis (z. B. Enkelbetreuung) als auch bürgerschaftliches Engagement in verschiedenen Bereichen (z. B. Kirche, Soziales, Sport). So engagieren sich ältere Menschen z. B. als Helfer:innen in der häuslichen Betreuung von Menschen mit Demenz, in Alten- und Pflegeeinrichtungen, in Schulen, etc.

Die Qualität der nachbarschaftlichen Netzwerke ist insbesondere im ländlichen Raum sowie in wohlhabenden Nachbarschaften gut, während die nachbarschaftliche Hilfe in städtischen Quartieren mit niedrigeren Einkommen schwieriger zugänglich ist (Bölting et al., 2020). Die Gefahr ist groß, dass Nachbarschaftshilfe bei denjenigen, die am meisten davon profitieren könnten, nicht ankommt – auch dadurch, dass Hilfe z. T. über digitale Medien angeboten wird, jedoch insbesondere ältere Menschen mit geringen sozioökonomischen Ressourcen oftmals das Internet nicht nutzen (Ehlers et al., 2020; Endter et al., 2020). Aus den Daten des quantitativen Teils der Studie lassen sich somit Hinweise für soziale Ungleichheiten in Bezug auf Zugang und Qualität von Unterstützungsressourcen entnehmen, die zwar „Kennern der Szene“ seit langem bekannt sind, auf der kommunalen „Spitzenebene“ aber nur selten Beachtung zu finden scheinen.

Der Beitrag macht auch deutlich, dass Deutschland wie viele andere Länder auch von der Corona-Krise vergleichsweise unvorbereitet getroffen worden ist. Die systematische Auswertung vorliegender Erfahrungen aus Forschung und Praxis im Sinne von Fehleranalysen und darauf fußend, die Entwicklung von Routinen zur besseren Bewältigung der Herausforderungen von zu erwartender Folge(welle)n vollziehen sich derzeit ebenso wie der Aufbau der dazu notwendigen (Forschungs- und kommunalen) Infrastruktur nur zögerlich. Dringender Handlungs- bzw. Nachbesserungsbedarf ist offenkundig. Dieser betrifft insbesondere auch die kommunale Ebene, und hier die professionellen wie die privat-informellen Versorgungsstrukturen. Als besonders problematisch erweist sich dabei die fehlende flächendeckende Digitalisierung, die auch für den öffentlichen Dienst auf kommunaler Ebene gilt. Gerade für die Kommunen wäre es zudem hilfreich gewesen, wenn sie Leitlinien für „gute Praxis“ bezogen auf die Versorgung besonders vulnerabler Zielgruppen als Grundlage für ihr Handeln gehabt hätten. Immer wieder wurde auch in den Expert:inneninterviews unserer Studie darauf hingewiesen, dass durch die Corona-Pandemie bereits bestehende Versorgungslücken und Probleme des Pflege- und Gesundheitssystems auch in den Kommunen wie durch ein „Brennglas“ deutlich zu Tage getreten seien. Aber in der Corona-Pandemie werden auch Chancen gesehen, bisherige Versäumnisse aufzuarbeiten und für grundlegende strukturelle Veränderungen zu nutzen. Die vorgestellte Studie hat dazu vielfältige Anregungen geliefert.

Literatur

- Auffenberg, J., & Hess, M. (2021). *Pflegekräfte zurückgewinnen – Arbeitsbedingungen und Pflegequalität verbessern. Bericht zur Studie „Ich pflege wieder, wenn...“ der Arbeitnehmerkammer Bremen und des SOCIUM der Universität Bremen*. Arbeitnehmerkammer Bremen.
- BAGSO. (2020). Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen (Hrsg.): Jetzt erst recht! Lebensbedingungen älterer Menschen verbessern. Positionspapier.
- BMG. (2021). COVID-19 Impfdashboard. <https://impfdashboard.de/>. Zugegriffen: 13. Febr. 2021.
- Börling, T., Eisele, B., & Kurtenbach, S. (2020). *Nachbarschaftshilfe in der Corona-Pandemie. Ergebnisse einer repräsentativen Befragung in Nordrhein-Westfalen*. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales.
- Brandt, M., Garten, C., Grates, M., Kaschowitz, J., Quashie, N., & Schmitz, A. (2021). Veränderungen von Wohlbefinden und privater Unterstützung für Ältere: Ein Blick auf die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie im Frühsommer 2020. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie: Published online*, 05(03), 2021.

- DGGG. (2020). Gemeinsames Statement der Sektionen für Geriatrie (II), Sozial- und Verhaltenswissenschaftliche Gerontologie (III), Soziale Gerontologie und Altenhilfe (IV) der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG e. V.): Partizipation und soziale Teilhabe älterer Menschen trotz Corona-Pandemie ermöglichen vom 24. April 2020.
- Eggert, S., Teubner, C., Budnick, A., Gellert, P., & Kuhlmeier, A. (2020). *Pflegende Angehörige in der COVID-19 Krise. Ergebnisse einer bundesweiten Befragung*. Zentrum für Qualität in der Pflege.
- Ehlers, A., Hess, M., Frewer-Graumann, S., Olbermann, E., & Stiemke, P. (2020). Digitale Teilhabe und (digitale) Exklusion im Alter. In C. Hagen, C. Endter, & F. Berner. (Hrsg.), *Experten zum Achten Altersbericht der Bundesregierung*. Deutsches Zentrum für Altersfragen.
- Endter, C., Hagen, C., & Berner, F. (2020). *Ältere Menschen und ihre Nutzung des Internets. Folgerungen für die Corona-Krise. DZA-Fact Sheet*. Deutsches Zentrum für Altersfragen.
- Hickmann, C., Knobbe, M., & Medick, V. (Hrsg.). (2020). Lockdown. Wie Deutschland in der Corona Krise knapp der Katastrophe entkam. München.
- Horn, V., & Schweppe, C. (2020). *Häusliche Altenpflege in Zeiten von Corona: Erste Studienergebnisse*. Johannes Gutenberg Universität.
- Klaus, D., & Ehrlich, U. (2021). *Corona-Krise = Krise der Angehörigen-Pflege? Zur veränderten Situation und den Gesundheitsrisiken der informell Unterstützungs- und Pflegeleistenden in Zeiten der Pandemie. DZA aktuell*. Deutsches Zentrum für Altersfragen.
- Klaus, D., & Engstler, H. (2016): Daten und Methoden des Deutschen Alterssurveys. In K. Mahne, J. K. Wolff, J. Simonson, & C. Tesch-Römer (Hrsg.), *Altern im Wandel: Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS)* (S. 25–42).
- Körper Stiftung & Berlin Institut für Bevölkerung und Entwicklung. (2020). *Kommunale Innovation. Altersfreundlichkeit in Zeiten der Corona-Pandemie. Eine qualitative Befragung*. Spotlight Demografie, 5.
- Kricheldorf, C. (2020). Gesundheitsversorgung und Pflege für ältere Menschen in der Zukunft. Erkenntnisse aus der Corona-Pandemie. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie: Published online 13.11.2020.
- Kühne, S., Kroh, M., Liebig, S., & Zinn, S. (2020). The need for household panel surveys in times of crisis: The case of SOEP-CoV. *Survey Research Methods*, 14(2).
- Lang, F., Rupperecht, F., & Martin, K. (2020). Begleitstudie zur Corona-Pandemie. Nürnberg: Institut für Psychogerontologie. <https://www.geronto.fau.de/download/4098/>. Zugegriffen: 8. Dez. 2020.
- Motel-Klingebiel, A., Klaus, D., & Simonson, J. (2014). Befragungen von älteren und alten Menschen. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 781–786).
- Quashie, N., Brandt, M., Garten, C., Grates, M., Kaschowitz, J., Klingel, M., & Schmitz, A. (2021). *Health and support in times of corona. Study description*. Technische Universität Dortmund.

- Reichert, M., Kusserow, K., & Bernhardt, L. (2020). *Auswirkungen der Corona-Krise auf die Versorgung und Unterstützung der Generation 65plus aus Sicht von Expert:Innen*. Unveröffentlichtes Manuskript. Technische Universität Dortmund.
- RKI (Robert-Koch-Institut). (2021a). Täglicher Lagebericht des RKI zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19). 06.04.2021 – Aktualisierter Stand für Deutschland.
- RKI (Robert-Koch Institut). (2021b). Täglicher Lagebericht des RKI zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19). 12.04.2021 – Aktualisierter Stand für Deutschland.
- Rothgang, H., Wolf-Ostermann, K., Domhoff, D., Heinze, F., Heß, M., & Kalwitzki, T. et al. (2020). Zur Situation der häuslichen Pflege in Deutschland während der Corona-Pandemie. Ergebnisse einer Online-Befragung von informellen Pflegepersonen im erwerbsfähigen Alter. Bremen: SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik und Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) der Universität Bremen in Kooperation mit der DAK Gesundheit und dem Verein wir pflegen e. V.
- Schulze, S., & Holmberg, C. (2021). Bedeutung und Belastung von Pflegekräften während der Corona-Krise. *Public Health Forum*, 29(1).
- Stiel, J. (2020). Auswirkungen der Corona-Pandemie auf das freiwillige Engagement von Internethelfer:Innen für ältere Menschen. Bonn: BAGSO e. V. – Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen.
- Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB). (2020). Corona-Alltag: Ergebnisse: Stichprobe. <https://wzb.eu/de/node/67069/subpage/67273>. Zugegriffen: 26. Nov. 2020.

Prof. Dr. Martina Brandt ist Professorin für Sozialstruktur und Soziologie alternder Gesellschaften, Prodekanin für Forschung an der Fakultät für Sozialwissenschaften und Leiterin des Masterstudiengangs Alternde Gesellschaften an der TU Dortmund. Ihre Forschungsschwerpunkte sind Altern in Europa, insbesondere Familie, Gesundheit und Wohlbefinden über den Lebensverlauf, Pflege und soziale Unterstützung, soziale Ungleichheit und Sozialpolitik sowie Methoden der empirischen Forschung über das Altern. Derzeit leitet sie ein Projekt zur nutzerzentrierten Technologieentwicklung und zwei international vergleichende Studien zu Ungleichheiten in der Pflege und dem Wohlbefinden im Alter. Zu ihren jüngsten Veröffentlichungen gehören: „Helping older parents in Europe: The importance of grandparenthood, gender and care regime“, veröffentlicht in *European Societies*.

Claudius Garten ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am Lehrstuhl für Sozialstruktur und Soziologie alternder Gesellschaften an der TU Dortmund. In seiner Forschung beschäftigt er sich mit sozialer Ungleichheit im Alter und im Lebensverlauf. Sein Schwerpunkt liegt auf der Vermögensungleichheit und ihrem Zusammenhang mit dem Wohlbefinden. Zu seinen jüngsten Veröffentlichungen gehört das Strategiepapier „Ahead of future waves of Covid-19: A regional perspective on health risks and healthcare resources in Germany and Poland“, veröffentlicht bei Free Networks.

Miriam Grates ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Lehrstuhl für Sozialstruktur und Soziologie alternder Gesellschaften an der TU Dortmund. Ihre Arbeitsschwerpunkte sind Alter(n), Gesundheit und soziale Ungleichheit im Kontext der Digitalisierung, partizipative Technikentwicklung und kritische Gerontologie. Zu ihren jüngsten Veröffentlichungen zählen: „Humanistic Gerontology“, erschienen im Sammelband „Kritische Gerontologie“ bei Kohlhammer, und „Pilotstudie: Gesundheit und Unterstützung in Zeiten von Corona. Ergebnisbericht“ (TU Dortmund).

Dr. Nekehia Tamara Quashie, PhD, ist Assistenzprofessorin in der Abteilung für Gesundheitsstudien an der Universität von Rhode Island. Ihr Forschungsschwerpunkt liegt im Schnittfeld von Familie, Gesundheit und Wohlbefinden. Sie untersucht, wie strukturelle Bedingungen wie Sozialpolitik und sozioökonomische Ungleichheit die Rolle der Familien bei der sozialen Unterstützung, der Gesundheit und dem Wohlbefinden älterer Erwachsener in verschiedenen Gesellschaften beeinflussen. Zu ihren jüngsten Veröffentlichungen gehören: „Childlessness and Health Among Older Adults: Variation Across Five Outcomes and 20 Countries“, veröffentlicht in den *Journals of Gerontology, Series B: Social Sciences*.

Prof. Dr. Gerd Naegele war bis zu seiner Emeritierung Professor für Soziale Gerontologie an der Technischen Universität (TU) Dortmund und Direktor des Instituts für Gerontologie der TU Dortmund. Derzeit arbeitet er als Senior Researcher an seinem ehemaligen Institut und ist in der wissenschaftlichen Politikberatung zum Thema „Alternde Gesellschaft“ tätig. Er ist Gastprofessor an der Akdeniz Universität in Antalya/Türkei und an der Taipei Medical University/Taiwan. Zu seinen Forschungsschwerpunkten gehören Sozialpolitik, demografischer Wandel, Pflegepolitik, Sozialdienstleistungen und die Situation älterer Arbeitnehmer. Zu seinen jüngsten Veröffentlichungen zählen „Sozialpolitik und soziale Lage in Deutschland“, 2 Bände (zusammen mit G. Bäcker und R. Bispinck) und „Alte und neue soziale Ungleichheiten bei Berufsaufgabe und Rentenübergang“ (zusammen herausgegeben mit M. Hess) beide erschienen bei Springer VS.

Prof. Dr. Monika Reichert MA in Psychologie, ist Professorin für Soziale Gerontologie und Lebenslaufforschung an der Fakultät „Sozialwissenschaften“ der TU Dortmund in Deutschland. Ihre wissenschaftlichen Arbeiten befassen sich mit der Vereinbarkeit von Beruf und Pflege, Langzeitpflege für Demenzzranke und neuerdings auch mit sozialer Ungleichheit im späten Erwerbsleben. Ihre empirische Expertise umfasst sowohl quantitative als auch qualitative Methoden. Ihre jüngste Veröffentlichung befasst sich mit der Vereinbarkeit von beruflicher und häuslicher Pflege in Deutschland, erschienen 2020 in G. Naegele und M. Hess (Hg.) „Alte und neue soziale Ungleichheiten bei Berufsaufgabe und Rentenübergang“, Springer VS.

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der 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.





Die Corona-Pandemie im Kontext einer alternden Bevölkerung – Kommunale Selbstverwaltung auf dem Prüfstand

Norio Okada

1 Einleitung

Seit Frühjahr 2020 hält das Coronavirus Japan und seine alternde Gesellschaft fest im Griff. Das Besondere an der Corona-Pandemie ist, dass sie innerhalb kürzester Zeit die gesamte Welt erfasste und sich global zeitgleich ausbreitete. Aus diesem Grund werden in diesem Beitrag auch Vergleiche und Erwägungen auch aus einer globalen Perspektive angestellt.

Am 7. April 2020 wurde in Japan pandemiebedingt erstmals der Notstand für sieben Präfekturen (Tokyo, Kanagawa, Saitama, Chiba, Osaka, Hyogo und Fukuoka) ausgerufen und am 16. April auf das gesamte Land ausgeweitet, am 25. Mai dann aber landesweit wieder aufgehoben. Als Reaktion auf die zweite Pandemiewelle verhängte die Regierung am 6. Januar 2021 erneut einen einmonatigen Notstand. Da bis heute die Pandemie nicht unter Kontrolle ist, sind weitere Notstandsverkündungen nicht auszuschließen.

In diesem Beitrag geht es um die Herausforderungen, denen sich die alternde Gesellschaft Japans in der derzeit noch andauernden Corona-Pandemie gegenüberübersieht. Zunächst wird aus einer Makroperspektive anhand der derzeit verfügbaren Studien die Situation in ganz Japan betrachtet. Dabei kristallisieren sich zwei Arten von Problemen heraus: Corona-spezifische Probleme und solche, deren Ursachen tiefer liegen und die durch die Pandemie deutlicher zutage getreten sind. Neben nationalen Entwicklungen werden auch Unterschiede zwischen Großstadregionen und ländlichen Gebieten sowie zwischen dicht und dünn besiedelten Regionen thematisiert.

N. Okada (✉)
Kwansei Gakuin University, Nishinomiya, Japan

Die im zweiten Teil des Beitrags angewandte Mikroperspektive richtet den Blick auf die lokale Ebene. Besonderes Augenmerk gilt dabei der Präfektur Tottori und insbesondere der Gemeinde Chizu, in der der Verfasser seit mehr als 30 Jahren Feldforschung betreibt. Chizu liegt in einer „entvölkerten“ Region (*Kaso chiiki*¹) mit einem hohen Altenanteil. Die Corona-Inzidenz auf Präfektur-ebene ist bemerkenswert niedrig und bisher traten in Chizu selbst noch keine Covid-Fälle auf (Stand: Ende Februar 2021). Chizu macht sich die niedrige Bevölkerungsdichte zunutze und setzt auch in Zeiten von Corona auf eine „SMART Governance“, d. h. einen „flexiblen und adaptiven Umgang“ mit Herausforderungen (siehe unten Abschn. 3.3). Hierauf wird an anderer Stelle noch genauer eingegangen werden. Die am Beispiel des Governancemodells von Chizu erkennbare Bewältigungskapazität stärkt die kommunale Selbstverwaltung. Sie ist unerlässlich für eine nachhaltige Kommunalpolitik.

2 Die Corona-Pandemie im Kontext einer alternden Gesellschaft und unter Berücksichtigung regionaler Unterschiede

2.1 Zusammenhang zwischen Alterung, Bevölkerungsrückgang und Finanzkraft

Untersuchungen des Ministeriums für Land, Infrastruktur, Verkehr und Tourismus (MLIT o. J.) und des Ministeriums für Innere Angelegenheiten und Kommunikation (MIC o. J.) belegen eine hohe positive Korrelation zwischen dem Bevölkerungsrückgang und dem Anteil der Bevölkerung über 65 Jahre auf Gemeindeebene bzw. eine hohe negative Korrelation zwischen Bevölkerungsrückgang und dem Anteil junger Menschen. Die Studie des MIC zeigt außerdem, dass zwischen Bevölkerungsrückgang und Bevölkerungsdichte kein Zusammenhang existiert. Unter den Gebietskörperschaften mit extrem geringer Bevölkerungsdichte (≤ 100 Einwohner/km²) gibt es eine breite Streuung – von Kommunen mit starkem bis zu geringem Bevölkerungsrückgang. Zwischen Bevölkerungsrückgang und Finanzkraft ist dagegen eine deutlich negative

¹Anm.d. Übers.: *Kaso chiiki* sind im „Law for Special Measures for Revitalizing Depopulated Areas“ definiert (https://www.soumu.go.jp/main_content/000753093.pdf). Sie bezeichnen extrem dünn besiedelte Gebiete. Im Folgenden wird auf eine explizite Unterscheidung zwischen diesen und anderen dünn besiedelten Regionen verzichtet.

Korrelation erkennbar. Regionen mit einem hohen Anteil an Erwerbstätigen im Primärsektor (Land-, Forst- und Fischereiwirtschaft) verzeichnen tendenziell einen stärkeren Bevölkerungsrückgang. Zwischen der Höhe des zu versteuernden Einkommens und der Bevölkerungsentwicklung besteht hingegen kein statistisch signifikanter Zusammenhang. Insgesamt lässt sich also festhalten, dass Gemeinden mit starkem Bevölkerungsrückgang tendenziell einen hohen Anteil an älteren bzw. einen niedrigen Anteil an jungen Menschen aufweisen und finanziell schwach aufgestellt sind. Diese Zusammenhänge treffen insbesondere auf „entvölkerte Regionen“ (*Kaso chiiki*) zu.

Die Alterung betrifft nicht nur Regionen mit niedriger Bevölkerungsdichte und stark rückläufigen Bevölkerungszahlen. Sie schreitet auch in Metropolregionen und regionalen Kernstädten fort, in denen die Bevölkerungsdichte hoch ist und die Bevölkerungszahlen steigen, stabil sind oder nur allmählich abnehmen. Untersuchungen von Morita et al. (2012) in der Präfektur Aichi haben gezeigt, dass gerade in Ballungsgebieten die hohe Bevölkerungszahl dazu führen kann, dass das Problem der Alterung unterschätzt wird, wenn als Indikator nur der Anteil der über 65-Jährigen an der Bevölkerung herangezogen wird. Mit Hilfe der Kennziffer „Senioren-Bevölkerungsdichte“ veranschaulichten Morita et al. den Unterschied zwischen der Alterung in urbanen Gebieten, in denen die Bevölkerungsdichte in Bezug auf ältere Menschen hoch ist, und der Alterung in ländlichen Gebieten, die durch einen hohen Seniorenanteil gekennzeichnet ist.

2.2 Corona-Maßnahmen im internationalen Vergleich

Mit dem Ziel *„Daten aus dem In- und Ausland zu analysieren, um das neue Coronavirus genauer zu erfassen und ein auf wissenschaftlichen Grundlagen, d. h. auf Evidenz basierendes Verständnis des Coronavirus zu entwickeln“*, führte Mitsuyoshi Urashima (2021), Experte für medizinische Statistik, auf Grundlage der verfügbaren Daten (Stand Februar 2021) verschiedene Analysen durch. Seine Ergebnisse lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Erkrankten ältere Menschen, insbesondere Personen ab 65 Jahren, an Covid-19, steigt die Wahrscheinlichkeit, dass die Krankheit einen schweren Verlauf nimmt oder gar zum Tode führt. Auch in Japan sind 95 % der Covid-19 Todesfälle 60 Jahre oder älter, deshalb werden ältere Menschen und Personen mit bestimmten Vorerkrankungen bei den Impfkampagnen mit hoher Priorität behandelt.

- Alle Länder weisen eine starke Korrelation zwischen durchschnittlicher Lebenserwartung und Inzidenz sowie zwischen durchschnittlicher Lebenserwartung und Sterberate auf.
- Obgleich Japan im internationalen Vergleich den bei weitem höchsten Anteil an über 65-Jährigen an der Gesamtbevölkerung aufweist, ist die Sterberate verhältnismäßig niedrig geblieben.
- Japan verfügt über eine Volkskrankenversicherung, die allen Bevölkerungsschichten Zugang zu medizinischer Versorgung bietet, wodurch Covid-bedingte Lungenerkrankungen umfassender und schneller behandelt werden können.
- In Europa und den USA, wo sich Covid-19 früher ausbreitete als in anderen Ländern, traten viele Todesfälle unter den Bewohnern von Senioreneinrichtungen auf. Der für Europa zuständige Experte der Weltgesundheitsorganisation WHO wies auf einer Pressekonferenz vom 23. April 2020 beispielsweise darauf hin, dass „Schätzungen der einzelnen Länder zufolge fast die Hälfte der Menschen, die in Europa an Covid-19 gestorben sind, Bewohner von Pflegeeinrichtungen waren“. Im Gegensatz dazu lag der Anteil älterer Menschen in Senioreneinrichtungen an den Todesfällen in Japan bei lediglich 15 % (NHK).

2.3 Auswirkungen der Notstandsverordnungen in Japan

Zu den Auswirkungen der Notstandsverordnungen gibt es verschiedene Untersuchungen, die im Folgenden ausschnittsweise zusammengefasst werden (JMA Research Institute, 2020a, b; NHK, 2020a, b). Die durch die Notstandsverordnung bedingte Isolation wirkte sich in mehrerer Hinsicht negativ auf den physischen und den psychischen Zustand älterer Menschen aus (JMA Research Institute, 2020b).

- **Weniger Interaktionsmöglichkeiten:** Eine zunehmende Zahl älterer Menschen fühlt sich isoliert, da die Betroffenen weniger Gelegenheit haben, andere Menschen zu treffen und sich auszutauschen.
- **Lustlosigkeit:** Die Menschen können sich zu nichts aufraffen oder wissen nicht, wie sie Dinge angehen sollen.

- **Zunehmende Tendenz zum Rückzug aus der Gesellschaft** (*Hikikomori*): Die Menschen haben weniger Gelegenheit, ihre Wohnung zu verlassen, was die Tendenz zu Inaktivität² und Gebrechlichkeit³ verstärkt.
- **Verminderte ADL-Fähigkeiten** *Activities of daily living*⁴): Bei immer mehr älteren Menschen ist eine Beeinträchtigung der Gehfunktion und eine Verschlechterung der Alltags-Fitnesstests festzustellen.
- **Nachlassen der kognitiven Funktionen**: Die Zahl der Fälle steigt, in denen die kognitiven Funktionen aufgrund verminderter Kontaktmöglichkeiten abnehmen.
- **Erhöhte psychische Belastung**: Mehr Menschen verspüren Angst und/oder tendieren zunehmend zu Depressionen.

Zu Infektionen in japanischen Senioreneinrichtungen konstatierte Professor Toshihisa Hayasaka von der Toyo University, Experte für Altenpflege und Senioreneinrichtungen in einem Interview mit NHK (2020a), dass „die Sterberate bereits im derzeitigen Stadium als sehr hoch anzusehen ist. Angesichts des hohen Anteils von Bewohnern von Senioreneinrichtungen an den Todesopfern in Europa und den USA ist jedoch zu befürchten, dass die Zahl der Infizierten und der Todesfälle in Senioreneinrichtungen auch in Japan weiter steigen wird.“

Im November 2020 lag der Anteil der Infizierten im Alter von 60+ in der Präfektur Tokyo bei 17,1 % und war damit mehr als doppelt so hoch wie zum Zeitpunkt der zweiten Welle im Juli (NHK, 2020b). Eine entsprechende Tendenz

²Das Inaktivitäts- oder Disuse-Syndrom bezeichnet einen Zustand, in dem das Ruhen aufgrund von Krankheiten oder Verletzungen dazu führt, dass der Körper weniger bewegt wird. Diese Immobilität des Körpers ruft verschiedene physische und psychische Veränderungen hervor (<https://www.osteopathie-schule.de/chronischer-schmerz-und-bewegungsmangel-das-disuse-inaktivitaets-syndrom-2/>)

³Gebrechlichkeit oder „Frailty-Syndrom“ bezeichnet einen „Zustand altersbedingter physischer und psychischer Schwäche“. Allerdings ist es bei Gebrechlichkeit möglich, durch frühzeitiges Eingreifen und Gegenmaßnahmen den ursprünglichen gesunden Zustand wiederherzustellen. Gebrechlichkeit bei älteren Menschen führt nicht nur zu verminderter Lebensqualität, sondern kann auch eine Vielzahl von Komplikationen verursachen. (<https://www.netdokter.de/krankheiten/frailty-syndrom/>)

⁴ADL (auf Deutsch: ATL) steht für Aktivitäten des täglichen Lebens. Der Begriff bezeichnet tägliche Aktivitäten, die als Mindestvoraussetzung gelten, um ein normales Alltagsleben führen zu können. Dazu gehören Bewegungen wie Schlafhaltung ändern, aufstehen, hinsetzen, sitzen, umsetzen, von A nach B bewegen, essen, sich umziehen, ausscheiden, baden, Körperpflege (einschließlich Gesicht waschen, Zähne putzen, Haare kämmen, rasieren etc.)

ist auch in der Präfektur Osaka zu beobachten: hier stieg der Anteil der über 60-jährigen Infizierten von 9,5 % im Juli auf 25,8 % im November 2020.

Trotz zunehmender Ausbreitung des Coronavirus wurden bisher keine ausreichenden Maßnahmen zur Unterstützung von Pflegeeinrichtungen getroffen. Zur Vermeidung eines Zusammenbruchs der Versorgung müssen hier verschiedene Maßnahmen ergriffen werden. So sollten Staat und Kommunen ein Mindestmaß an Schutzausrüstung wie Masken, Desinfektionsmittel und Schutzkleidung bereitstellen, um eine Ausbreitung von Infektionen zu verhindern. Mitarbeitern und Bewohnern von Pflegeeinrichtungen sollten frühzeitig PCR-Tests angeboten werden, und es sollte rasch über Maßnahmen zum Aufbau eines Back-upsystems nachgedacht werden, damit eine mögliche Masseninfektion in einer Einrichtung keine Auswirkungen auf die Qualität der Pflege hat. Zur Vermeidung eines Pflegekollaps müssen Mechanismen entwickelt werden, um die Pflegeleistungen in einem länger andauerndem „Leben mit dem Coronavirus“ langfristig aufrechterhalten zu können.

2.4 Corona-Cluster in einer geriatrischen Pflegeeinrichtung⁵

Die Präfektur Toyama weist die dritthöchste Inzidenz (Neuinfektionen pro 100.000 Einwohner) in Japan auf. Mehr als ein Viertel der knapp 220 Covid-19-Fälle (Stand 17. November 2020) waren auf einen Corona-Ausbruch in einer geriatrischen Pflegeeinrichtung in der Stadt Toyama zurückzuführen. Dabei infizierten sich nicht nur Bewohner sondern auch Beschäftigte der Einrichtung, was beinahe zu einem „Zusammenbruch der Pflegeversorgung“ geführt hätte. Im „Toyama Rehabilitation Home“, einer geriatrischen Pflegeeinrichtung, war am 17.4.2020 erstmals eine Corona-Infektion bestätigt worden, die sich in der Folge weiter ausbreitete. Insgesamt infizierten sich 58 Bewohner und Mitarbeiter der Einrichtung. Acht der infizierten Heimbewohner starben.

Die Präfektur entsandte ein medizinisches Team in die Einrichtung, um die medizinische Versorgung zu gewährleisten und die Ausbreitung der Infektion zu

⁵Anm. d. Übers.: Einrichtungen, die aus dem Krankenhaus entlassene pflegebedürftige Personen auf die Rückkehr in ihre häusliche Umgebung vorbereiten. Der Aufenthalt ist anders als bei den Altenpflegeheimen nicht auf Dauer angelegt. Die Einrichtungen verfügen über medizinisches Personal und führen Rehabilitationsmaßnahmen durch. (https://www.roken.or.jp/about_roken)

verhindern. Professor Seiji Yamashiro vom Toyama University Hospital war Mitglied des Teams und äußerte sich anschließend in einem Telefoninterview mit dem Sender NHK (Auszug aus NHK, 2020b).

Da sich auch einige Pfleger und Krankenpfleger der Einrichtung infiziert hatten, mussten sich die verbliebenen ca. fünf Mitarbeiter um die mehr als 40 Bewohner der Einrichtung kümmern. In diesem Zustand einer extremen personellen Unterbesetzung war eine ausreichende pflegerische Versorgung nicht mehr gewährleistet. Die Einrichtung stand kurz vor einem „Pflegekollaps“, der unweigerlich eingetreten wäre, wenn sich nur noch ein weiterer Mitarbeiter infiziert hätte. Um den „Pflegekollaps“ zu verhindern, wendete sich die Stadt Toyama an das Gremium der Altenpflegeeinrichtungen der Präfektur und bat um die Entsendung von Pflegern. Am 2. Mai 2020 wurden daraufhin insgesamt sechs Alten- und Krankenpfleger entsandt, die u. a. die Körperpflege der Bewohner übernahmen und damit zu einer allmählichen Verbesserung der Versorgungslage in der Einrichtung beitrugen.

2.5 Strategien für Pflege- und medizinische Einrichtungen

Der Fall von Toyama ist nur ein Beispiel von vielen. Auch Initiativen in anderen Regionen haben gezeigt, dass akute Krisen durch flexible Maßnahmen überwunden werden können: So wurden z. B. Gremien (*councils*) eingerichtet, in denen sich die Akteure untereinander abstimmten, um im Fall einer Corona-bedingten Unterbesetzung Personal in die betroffenen Einrichtungen zu schicken. Die Arbeit der Pflegedienste ist vielfältig, es ist jedoch möglich, die Tätigkeiten aufzuteilen. So gab es zahlreiche Fälle, in denen Tätigkeiten, die vergleichsweise wenig Erfahrung erfordern, oder allgemeinere Dienstleistungen, die nicht auf Pflegeeinrichtungen beschränkt sind (z. B. Reinigen und Kochen) ausgelagert wurden, wodurch ein Zusammenbruch der pflegerischen Versorgung vermieden werden konnte.

Ein Beispiel für die Kooperation und Koordination medizinischer Einrichtungen untereinander ist das sogenannte „Matsumoto-Modell“, das große Aufmerksamkeit erfuhr. Am 8. Februar 2021 berichtete die Zeitung Tokyo Shimbun: „Als Maßnahme gegen die weitere Ausbreitung des Coronavirus wurde am 8. Februar die Notstandserklärung in zehn Präfekturen um etwa einen Monat verlängert. Im Hinblick auf das Ziel der Aufhebung des Notstands wurde der Fokus daraufhin auf die Sicherstellung der Kapazität an Intensivbetten in den Krankenhäusern gelegt. In diesem Zusammenhang hat der Ansatz

des medizinischen Versorgungsgebiets Matsumoto rund um die Stadt Matsumoto in der Präfektur Nagano landesweit Beachtung gefunden. Bei dem sogenannten ‚Matsumoto-Modell‘ bilden öffentliche und private medizinische Einrichtungen ein Team und die Patienten werden entsprechend dem Schweregrad ihrer Krankheit auf die Einrichtungen verteilt, um so den Zusammenbruch der medizinischen Versorgung in der Region zu verhindern“ (Tokyo Shimbun, 2021).

Auch in der Präfektur Tottori wurde eine interessante Initiative gestartet (Präfektur Tottori, 2020): Im Rahmen einer „Vereinbarung über gegenseitige Unterstützung im Fall eines Corona-Ausbruchs“ verständigten sich die beteiligten Akteure darauf, sich gegenseitig zu helfen, falls es in einer sozialen Einrichtung der Präfektur (Einrichtungen für Senioren, Menschen mit Behinderungen oder Kinder) aufgrund eines Corona-Ausbruchs zu einem Versorgungsengpass kommen sollte. Im September 2020 wurde die Vereinbarung von folgenden Einrichtungen auf Präfekturebene unterzeichnet: Gremium der Betreiber sozialer Einrichtungen (*keikyo*), Verband geriatrischer Gesundheitseinrichtungen (*Association of Geriatric Health Services Facilities*), Verband der Behindertenhilfe für Menschen mit geistiger Behinderung (*Tottori Association on Intellectual Disability*) und Rat der stationären Einrichtungen der Kinderhilfe. Tottori ist insofern bemerkenswert, als diese flexible Lösung unter der starken Führung des Gouverneurs umgesetzt wurde. Hierauf wird weiter unten nochmals die Rede sein.

Die Beispiele zeigen, dass für alle Dienste – ob im Bereich der Pflege oder der Medizin – die aufgrund der Corona-Pandemie von einem Versorgungsnotstand bedroht sind, dringend ein „Notfallmodus“ eingerichtet werden muss, der eine Umverteilung bzw. Kombination der verfügbaren Ressourcen wie „Personal“, „Material“, „Informationen“ und „Geld“ regelt.

2.6 Berücksichtigung regionaler Gegebenheiten

Ausgehend von den Letalitätsraten des Coronavirus in den Präfekturen analysierte Mitsuyoshi Urashima (2021) statistisch Zusammenhänge zwischen folgenden Variablen: Positivrate bei PCR-Tests (Anzahl der positiv getesteten Personen im Verhältnis zur Zahl der durchgeführten PCR-Tests), Zahl der Beratungszentren für Rückkehrer aus dem Ausland und Kontaktpersonen, Zahl der Ambulanzen für Rückkehrer und Kontaktpersonen (Anzahl der Allgemeinkrankenhäuser), Zahl der Großkrankenhäuser ab 500 Betten, Zahl der medizinischen Pflegeeinrichtungen (*Designated Medical Long-Term Care Sanatorium*), Anzahl der Notaufnahmen, Zahl der Krankenhausbetten, Zahl der

Intensivbetten, Rettungstransportzeiten, Anzahl der Rettungsanitäter, Zahl der Gesundheitsämter, Zahl der *medical control*-Systeme, Bevölkerungsdichte, Altenquotient, Prozentsatz der Studienanfänger eines Jahrgangs, und Einkommen.⁶ Seine statistische Analyse lieferte folgende Ergebnisse:

- Zwischen Bevölkerungsdichte und Corona-Infektionen wurde ein klarer positiver Zusammenhang festgestellt.
- Je höher der Anteil der Corona-positiv getesteten Personen war, desto höher war die Sterberate. Die höchsten Positivraten verzeichneten die Präfekturen Tokyo mit 30 %, Ishikawa und Toyama mit jeweils ca. 10 %, während in den 14 Präfekturen ohne Todesfälle (Iwate, Miyagi, Akita, Fukushima, Niigata, Nagano, Yamanashi, Tochigi, Okayama, Shimane, Kagawa, Yamaguchi, Saga, Kagoshima) die Positivrate durchweg unter 4 % lag. Die Präfektur Tottori meldete zwei Todesfälle und rangiert damit direkt hinter diesen 14 Präfekturen.
- Die Behauptung, dass die niedrige Sterberate künstlich dadurch erzeugt wurde, dass man weniger PCR-Tests durchführte, trifft so nicht zu. Es wurden ausreichend PCR-Tests vorgenommen, um infizierte Personen zu identifizieren und konsequent zu isolieren und deshalb konnte die Zahl der Todesfälle auf null gehalten werden. Die Zahlen beweisen, dass die von den 14 Präfekturen ergriffenen Maßnahmen hervorragend gegriffen haben.
- Je mehr Notaufnahmen pro Million Einwohner vorhanden waren, desto geringer war die Sterberate. In Ausnahmesituationen wie der Corona-Pandemie kann die Zahl der Notaufnahmen schicksalsentscheidend sein.

Ein Team um Professor Hirata vom Nagoya Institute of Technology analysierte für jede Präfektur die Daten zum Anstieg und Rückgang der Covid-19-Infektionen und stellten dabei fest, dass Bevölkerungsdichte und Witterungsverhältnisse Einfluss auf die Dauer des Anstiegs bzw. Rückgangs der Fallzahlen sowie auf die Zahl der Infizierten und Toten haben. Die Aussagen lassen sich wie folgt zusammenfassen (Hirata, 2020):

⁶Anm. d. Übers.: Medical control (MC): Begriff aus der Notfallmedizin für Maßnahmen zur Sicherstellung der medizinischen Qualität der präklinischen Versorgung durch Rettungsdienste. Um das MC-System zu verbessern, wurden landesweit auf Präfektur- und regionaler Ebene MC-Gremien eingerichtet.

- Die Dauer der Ausbreitung und des Abklingens des Coronavirus in den jeweiligen Präfekturen wird von der Bevölkerungsdichte, den Temperaturen und der absoluten Luftfeuchtigkeit beeinflusst. Die Präfekturen in und um die großen Ballungsräume Tokyo, Osaka oder Aichi weisen tendenziell längere Phasen des Anstiegs bzw. Abklingens der Infektionswellen auf.
- Auch die Zahl der Infizierten und Todesfälle in den Präfekturen korrelieren jeweils mit der Bevölkerungsdichte, der Temperatur und der absoluten Luftfeuchtigkeit. Bei hohen Temperaturen und hoher Luftfeuchtigkeit sinken die Zahlen leicht.

2.7 Auswirkungen auf das Leben älterer Menschen und der Erwerbsgeneration

Im Folgenden werden die – Stand Februar 2021 erkennbaren – Auswirkungen der Corona-Pandemie auf das Leben der älteren Menschen und das der erwerbstätigen Generation zusammengefasst. Ältere Menschen in den Metropolregionen und Ballungsgebieten waren von der Corona-Pandemie deutlich stärker betroffen als in den dünn besiedelten Gebieten. Dünn besiedelte Regionen sind sowohl im Hinblick auf die Zahl der Infizierten, der Todesfälle, die Geschwindigkeit der Ausbreitung und das Abklingen der Infektionswellen als auch hinsichtlich des Erhalts der Qualität von Dienstleistungen in Pflegeeinrichtungen bisher gut durch die Pandemie gekommen. Allerdings gilt auch zu beachten, dass in einigen regionalen Kernstädten und Präfekturhauptstädten teilweise Cluster auftraten, welche die medizinischen Ressourcen in medizinischen und Pflege-Einrichtungen in eine Notlage brachten.

Im Gegensatz zu den bevölkerungsarmen Gebieten hat Covid-19 das Alltagsleben im Großraum Tokyo und anderen Metropolregionen in erheblichem Maße beeinträchtigt. Während sich das Coronavirus ausbreitete, war es nicht einfach, die „3 Cs“ zu meiden.⁷ Fernpendler waren der schwierigen Situation ausgesetzt, in den Zügen tagtäglich unter Ansteckungsgefahr zur Arbeit pendeln zu müssen. Darüber hinaus wurde die Bevölkerung ständig angehalten, auf das Essen,

⁷In Japan spricht man statt von Abstandsregeln meist von den „3 Cs“ (closed spaces (geschlossene Räume), crowded places (dichte Menschenansammlungen), close-contact settings (enge Kontakte), den drei Bedingungen, die eine Ausbreitung von Infektionskrankheiten begünstigen.

Trinken und sonstige Vergnügungen in den belebten Stadtvierteln zu verzichten, also gerade auf die Dinge, die die Attraktivität der Großstadregionen ausmachen.

Obwohl viele ältere Menschen in den Großstädten und den dicht besiedelten Regionen sich daranhielten „zu Hause zu bleiben (*stay home*)“, gab es dennoch eine Reihe von Fällen, in denen sich ältere Menschen beim Einkaufen in der Nachbarschaft oder bei Treffen in sozialen Einrichtungen infizierten, was zu Clustern führte, wodurch die Versorgung gefährdet war.

Die Corona-Krise hat die Schwachstellen einer zunehmend dichteren Besiedlung und der „Konzentration der urbanen Funktionen“, insbesondere in den Großstadregionen, ans Licht gebracht. Die Krise veränderte außerdem die Einstellung gegenüber Telearbeit und veranlasste Veränderungen in der Arbeitsorganisation. In Unternehmen, Universitäten und Behörden wurde versuchsweise Telearbeit eingeführt. All dies hatte zur Folge, dass der Einwanderungssaldo Tokyos zwischenzeitlich negativ war und im Jahresdurchschnitt sehr stark zurückging. Allerdings profitierten davon vor allem die Nachbarpräfekturen in der Kantô-Region und nicht die entlegenen Regionen (Nagai, 2021).

3 Kommunale Selbstverwaltung auf dem Prüfstand – das Beispiel der Gemeinde Chizu

Wie oben bereits erwähnt, kann man der Präfektur Tottori insgesamt bescheinigen, dass sie sich im Vergleich zu anderen Präfekturen gut geschlagen hat. Gründe hierfür dürften u. a. die niedrige Bevölkerungszahl und die dünne Besiedlung sein. Ende Januar 2021 lebten 553.096 Menschen in der Präfektur, die Bevölkerungsdichte lag bei 157,7 Einwohnern/km². Die Corona-Infektionszahlen in der Präfektur Tottori sind im Landesvergleich durchweg niedrig geblieben. Man kann für Tottori konstatieren, dass die rechtzeitig ergriffenen Maßnahmen in der ersten und zweiten Pandemiewelle Wirkung gezeigt haben. Unter der Federführung des Gouverneurs wurde auf Präfektorebene eine flexible und adaptive Governance (SMART Governance) zielführend implementiert.⁸

⁸Der Verfasser dieses Artikels zeigte anhand des Beispiels der Präfektur Tottori, dass auf Ebene der Präfekturen und Kommunen eine adaptive Governance wirksamer umgesetzt wurde als auf nationaler Ebene, da Präfekturen und Kommunen die lokalen Gegebenheiten und die Corona-Situation vor Ort genau und zeitnah erfassen. (DIJ/DWIH, 2020; Weber, 2020).

Die Gemeinde Chizu befindet sich am südlichen Rand im Osten der Präfektur Tottori. Der Ort hat 6.670 Einwohner (Stand: Mai 2021), der Seniorenanteil (Anteil der über 65-Jährigen an der Gesamtbevölkerung) liegt bei 43,1 %. Stand Ende Januar 2021 wurden in Chizu glücklicherweise noch keine Corona-Infektionen festgestellt, daher herrscht auch keine Notlage in den medizinischen Einrichtungen, die für die Behandlung möglicher Infizierter zuständig wären. Auch in den Pflegeheimen traten bislang keine Corona-Cluster auf. Dennoch hat die Pandemie selbstverständlich beträchtliche Auswirkungen auf das Leben und die Arbeit der Menschen sowie auf die lokalen Geschäftsaktivitäten. So wurde eine Vielzahl der jährlich stattfindenden Veranstaltungen abgesagt. Im Folgenden werden einige beachtenswerte Aktivitäten und Projekte vorgestellt, die der Verfasser aus erster Hand von den Einwohnern Chizus erhielt. Die Ansätze veranschaulichen, wie die Region die Corona-Situation als Chance genutzt hat.

3.1 Neue kleinformartige SDG-orientierte Geschäftsmodelle

Die Café-Bäckerei Talmary⁹ in Chizu ist ein Paradebeispiel für ein kleines SDG-orientiertes neues Geschäftsformat. Die Management-Philosophie des Talmary lautet: „Ein Café mit Brot und Bier aus wilder Hefe“. Das Talmary ist ein Beispiel, wie die Corona-Pandemie als Chance genutzt werden kann. Im Folgenden werden einige Ausschnitte aus einem Interview mit dem Inhaber, Herrn Itaru Watanabe, wiedergegeben.¹⁰

„Zu Beginn der Corona-Pandemie stieg die Zahl der Kunden aus der ganzen Präfektur Tottori und den umliegenden Regionen, die unser Café besuchten. Ein Grund war, dass es in unserer Präfektur keine Corona-Infektionen gab. Wir spürten, dass dieser Zulauf an Kunden zu Spannungen mit den Anwohnern führte, und dachten darüber nach, den Betrieb freiwillig für eine Weile einzustellen.

Durch die Ausrufung des landesweiten Notstands im Mai 2020 waren wir gezwungen, unser auf Kundenverkehr ausgerichtetes Geschäftsmodell zu revidieren. Wir hatten ursprünglich schon einmal daran gedacht, den Fokus auf einen festen Kundenkreis zu richten, und haben daraufhin einen Fonds aufgelegt, in den die

⁹<https://www.talmary.com/>

¹⁰Das Ehepaar Itaru und Mariko Watanabe, zogen im Juni 2016 nach Chizu. Ausschlaggebend war ihre Begeisterung für den „Waldkindergarten Marutanbō“, wo ihre Kinder Aufnahme fanden.

Kunden das Geld für ihre Bestellungen für ein Jahr im Voraus einzahlen. Wir haben die Zahl der Anleger begrenzt und im Nu den anvisierten Rahmen erreicht, so dass das nötige Betriebskapital vorerst sichergestellt war.

Um die Nachfrage zu bedienen, die durch das Corona-bedingte „Cocooning“ (Rückzug ins eigene Heim) anstieg, haben wir einen Lieferdienst beauftragt und unsere Produkte in alle Teile des Landes ausgeliefert. Wir haben den gewonnenen zeitlichen Spielraum dazu genutzt, unsere Managementstrategie weiterzuentwickeln. Da das jetzige Café weit vom Ortszentrum entfernt liegt, beschlossen wir, ein weiteres Geschäft im Ortskern an einem alten historischen Verkehrsweg zu eröffnen. Wir sind derzeit dabei, ein altes traditionelles Kaufmannshaus umzubauen und die Eröffnung des neuen Ladens vorzubereiten.

Der neue Laden ist als Mehrzweckeinrichtung gedacht und soll vielseitig genutzt werden: als lokaler Treffpunkt, als Unterkunft für Langzeitgäste oder als Ort für kulturelle und kreative Aktivitäten von Künstlern und anderen Besuchern von außerhalb. Wir wollen ihn auch einer lokalen Gruppe zur Verfügung stellen, die sich für eine neue Form der Ortsgestaltung engagiert.

Als wir die Mitarbeiterstellen für das neue Geschäft ausgeschrieben haben, bewarben sich viele sehr talentierte und gut ausgebildete junge Leute – nicht nur aus der benachbarten Kinki-Region, sondern auch von weit darüber hinaus. Unser Ziel ist es, auch diesen neuen Mitarbeitern, die wir aus den Bewerbern sorgfältig ausgewählt haben, die aktive Teilhabe am Management und dem Betrieb zu ermöglichen.“

Die Grundlagen für diese neuen Ansätze wurden bereits früher gelegt. Durch die „Zero-to-One Community Vitalization“-Bewegung entwickelte sich Chizu zu einer Gemeinde, die anderen Regionen gegenüber offen ist.¹¹ Der Verfasser dieses Beitrags befasst sich im Rahmen seiner Feldstudien seit vielen Jahren mit dieser Entwicklung. Die Entstehung sowie Zielsetzung und Wirkungen des „Zero-to-One Community Vitalization Movement“ werden in Okada et al. (2000) und Okada et al. (2015, 2018) erläutert.

3.2 Unterstützung für ältere Menschen

Die Initiative „Chizu-chō-Mori-no-Mini-dei“ (im Folgenden „Mini-Day“) hat während der Corona-Pandemie die Bewältigungskompetenz der Gemeinde auf

¹¹ Gemeint ist damit sinnbildlich, dass jeder Bürger einen ersten Schritt machen muss, also von Null startet, woraus sich dann in der Summe etwas (die Eins) entwickeln kann.

besondere Weise zur Geltung gebracht.¹² Man hat mit viel Einfallsreichtum einen Weg gefunden, trotz der Restriktionen (Vermeidung der „3 Cs“) eine funktionierende Unterstützung für ältere Menschen sicherzustellen. So wurde beispielsweise im Ortsteil Yamagata eine nicht mehr genutzte Kindertagesstätte in einen dauerhaften Treffpunkt für ältere Menschen, Menschen mit Behinderungen und andere Hilfsbedürftige umgewandelt, der es diesen ermöglicht, den Kontakt zur lokalen Gemeinschaft aufrecht zu erhalten. Mit Unterstützung der Anwohner wird zweimal pro Woche eine Mini-Tagespflege („Mini-Day“) angeboten. Ehrenamtliche Helfer holen die Teilnehmer von zu Hause ab und bringen sie wieder nach Hause, betreuen sie tagsüber in dem Treffpunkt, arrangieren ein Mittagessen, das gemeinsam eingenommen wird, oder besuchen ältere Menschen zu Hause und erkundigen sich nach deren Wohlbefinden. Das Besondere daran ist die organisatorische Aufstellung. Die Initiative wird im Wesentlichen vom „Zentrum für Bildung Yamagata“ (*Yamagata kyōiku sentā*)¹³ des Förderrats des Ortsteils Yamagata (*Yamagata-chiku shinkō kyōgikai*) getragen, das den Lenkungsrat der Mini-Day-Tagespflege („*mori-no-mini-dei-unei-kyōgikai*“) bildet. Umgesetzt werden die Aktivitäten unter Beteiligung der Abteilung für Soziales der Gemeinde Chizu, des integrierten kommunalen Unterstützungszentrums (*chiiki hōkatsu shien sentā*) und der sozialen Wohlfahrtskommissionen (*shakai fukushi kyōgikai*) der Gemeinde und des Bezirks.

Genutzt wird der Treffpunkt von fünf älteren Menschen im Alter von 80 Jahren und älter, vier davon sind als pflegebedürftig eingestuft. Drei der vier Pflegebedürftigen nehmen keine Pflegedienste aus der Pflegeversicherung in Anspruch, sondern nutzen nur die Mini-Day-Tagespflege.

Das Konzept sowie die Umsetzung des „Mini-Day“ geht wie gesagt auf die Initiative des Ortsteils Yamagata zurück. Im Rahmen einer lokalen Initiative der „Zero-to-One Community Vitalization“-Bewegung wurde der Fokus darauf gelegt, einen Ort der Begegnung und Pflegedienste in der lokalen, vertrauten Umgebung anzubieten, die von den Anwohnern getragen werden. Ähnliche Ansätze gibt es – mit geringfügigen Unterschieden – auch in anderen Bezirken. Im Ortsteil Nagi wird beispielsweise ein Raum im japanischen Stil mit Tatamimatten im Gebäude des Nagi-Bahnhofs an der Inbi-Linie der Japan Railways als Treffpunkt genutzt.

¹²Anm. d. Übers.: Wörtlich etwa: Mini-Tag im Wald von Chizu, https://www1.town.chizu.tottori.jp/chizu/fukushika/kaigo/mini_day/

¹³Anm. d. Übers.: Es handelt sich hierbei um eine vom Förderrat eingerichtete Arbeitsgruppe, die für die praktische Umsetzung der Aktivitäten zuständig ist.

Ein weiterer wesentlicher Aspekt dieser Entwicklung verdient ebenfalls Erwähnung. Noch vor der „Zero-to-One Community Vitalization“-Bewegung hatte sich in Chizu bereits eine lokale Vorläuferinitiative herausgebildet – das sogenannte *Himawari* (Sonnenblumen)-System (*Nihon-Chiiki to Kagaku no daikan* (Hrsg.) 1999; Okada, 2017). Es entstand aus der Idee heraus, das Netzwerk der Post zu nutzen, welches sich über das gesamte Land und alle Regionen erstreckt. Die Postboten übernehmen dabei einen Kommunikationsservice, indem sie auf ihren Zustellrouten alleinlebende ältere Menschen der Region besuchen, sich nach ihrem Befinden erkundigen und Medikamente oder Dinge des täglichen Bedarfs zustellen. Die Initiative basierte auf dem Vorschlag einer Gruppe zur regionalen Revitalisierung unter Federführung des Leiters des lokalen Postamts. Obwohl es diverse Widerstände gab, dass dies z. B. mit dem traditionellen Postsystem nicht vereinbar sei, startete man schließlich doch einen Versuch. Dabei stellte sich heraus, dass der Ansatz dazu beitragen kann, nicht nur die sich im Kontext einer alternden Gesellschaft wandelnden Wünsche und Bedarfe auf lokaler Ebene zu erkennen, sondern gleichzeitig auch das Postwesen innovativ weiterzuentwickeln. Im Zuge der späteren nationalen Postreform wurde dieser Service in den Katalog der neuen landesweit angebotenen Postdienstleistungen aufgenommen. Die Erfahrungen mit diesem Projekt, das von der lokalen Bevölkerung getragen wurde und die Entwicklungen der alternden Gesellschaft bereits vorwegnahm, trugen mit dazu bei, dass die Region im Umgang mit der Corona-Pandemie ihre Anpassungsfähigkeit so gut unter Beweis stellen konnte.

Letztendlich hat man den Wert der in der Region bzw. im Ortsteil verbliebenen öffentlichen und halb-öffentlichen Einrichtungen wiederentdeckt und eine Strategie entwickelt, diese Einrichtungen zeitgemäß wieder zu nutzen. Dies spiegelt exakt den Grundgedanken der „Zero-to-One Community Vitalization“-Bewegung wider und setzt ihn in die Praxis um.

3.3 SMART Governance

Die Corona-Pandemie verursachte eine schwerwiegende Krise mit sehr schlimmen Auswirkungen. Man sollte sie nicht einfach als Einmalereignis abtun. Tatsächlich wurden und werden viele Gemeinden seit Jahren von unterschiedlichsten Naturkatastrophen heimgesucht, aber auch von großen längerfristigen Herausforderungen wie dem demographischen Wandel und dem Klimawandel. Der Verfasser dieses Beitrags schlägt für diese gravierenden Auswirkungen zusammenfassend den Begriff „*persistent disruptive stressors* (PDSs)“

vor (Okada et al., 2018; Weber, 2020). Die äußeren Stressfaktoren reagieren auf innere Stressoren, verbinden sich und verschmelzen mitunter so miteinander, dass eine Unterscheidung zwischen „innen“ und „außen“ nicht mehr möglich ist. Gemeinsam erschüttern sie die Struktur und das Wesen von Gemeinden, teilweise bis zu einem Punkt, an dem diese dann unvermeidlich vom Niedergang bedroht sind.

Betrachtet man diese Stressfaktoren über eine Zeitachse von einer oder mehreren Dekaden und setzt seine Vorstellungskraft ein, um mögliche künftige Stressoren mit in den Blick zu nehmen, dann kann man aus der Gesamtschau Ansatzpunkte für eine „nachhaltige lokale Governance“ ableiten. „Aus dieser Problemsicht heraus entstand das Konzept von *SMART-Governance under PDSs*“. SMART steht für S=small and solid, M=modest and multiple, A=anticipatory and adaptive, R=risk-concerned and responsive, T=transformative (Okada et al., 2018). Es handelt sich dabei um einen flexiblen, adaptiven Ansatz, den der Verfasser aus den Ergebnissen langjähriger Feldforschung und theoretischen Überlegungen abgeleitet hat.

Natürlich darf die Transformation nicht Selbstzweck sein. Viele Regionen verfügen über besondere Eigenschaften, die nicht verloren gehen dürfen bzw. als Identität weiterhin bewahrt werden sollten. Darauf aufbauend müssen die substanziellen Probleme entschlossen angegangen werden. Dabei bedarf es nicht nur Strategien und Maßnahmen übergeordneter Verwaltungsebenen, sondern gerade auch des kollektiven Handlungswillens und der Eigeninitiative der lokalen Bevölkerung. Dafür gilt es, die entsprechenden Voraussetzungen zu schaffen. Hierzu zählt insbesondere die Entwicklung lokaler Kompetenzen. Auf diese Weise kann die Bewältigungskapazität lokaler Selbstverwaltung strategisch verbessert werden, was der Resilienz in Krisensituationen wie der Corona-Pandemie zugutekommt.

4 Fazit

Der Fokus dieses Beitrags lag auf der alternden Gesellschaft in Japan in Zeiten der Corona-Pandemie. Dabei wurde untersucht, welchen Herausforderungen die Menschen – insbesondere ältere Menschen – in den einzelnen Regionen ausgesetzt sind. Zunächst wurde die Situation in Japan insgesamt betrachtet und unter Einbeziehung internationaler Vergleiche eine Beobachtung aus der Makroperspektive vorgenommen. Die dabei sichtbar gewordenen Probleme lassen sich unterscheiden in Corona-spezifische Probleme und grundlegendere Herausforderungen, die im Zuge der Corona-Pandemie zutage getreten sind.

Die Probleme sind nicht landesweit einheitlich, sondern teilweise auch auf die Besonderheiten der jeweiligen Region zurückzuführen. In diesem Zusammenhang wurde das Augenmerk auch auf die Unterschiede zwischen Metropolregionen und ländlichen Gebieten sowie auf die Gegenüberstellung von dicht und dünn besiedelten Regionen gerichtet. Dabei wurde ein klarer Zusammenhang zwischen Bevölkerungsdichte und der Zahl der Corona-Infektionen festgestellt. Folglich waren dünner besiedelte Regionen und Regionen mit niedrigen Bevölkerungszahlen, die in der Regel einen höheren Anteil an älteren Menschen aufweisen, weniger von der Corona-Pandemie betroffen. In einigen Regionen wurde auf Engpässe in der medizinischen und pflegerischen Versorgung durch die kurzfristige Umverteilung von Personal zwischen Einrichtungen reagiert. Insgesamt machte die Corona-Pandemie die negativen Aspekte einer hohen Bevölkerungsdichte und einer Konzentration urbaner Funktionen in Ballungszentren deutlich. Infolge der von Unternehmen, Universitäten und auch in der Verwaltung pandemiebedingt vermehrt eingesetzten Telearbeit zeigten sich erste Tendenzen hin zu einer Abwanderung aus der Metropolregion Tokyo.

Im zweiten Teil des Beitrags wechselte der Fokus auf die Mikroebene, also die lokale Ebene – in diesem Fall die Gemeinde Chizu in der Präfektur Tottori. Chizu ist ein typisches Beispiel für eine entvölkerte Region (*kaso chiiki*), in der die Alterung der Bevölkerung rasch voranschreitet. Chizu ging sehr flexibel und adaptiv mit der Corona-Krise um und nutzte seine geringe Bevölkerungsdichte als Chance. Im Vergleich zu den Kommunen in Großstadträumen und auch verglichen mit normalen Zeiten waren die älteren Bewohner Chizus bislang nicht größeren Unannehmlichkeiten ausgesetzt.

Die Corona-Pandemie sollte zum Anlass genommen werden, über die Rolle der lokalen Selbstverwaltung neu nachzudenken. In jedem Fall sollte nach Corona im Rahmen der strategischen Orts- bzw. Stadtentwicklung darauf geachtet werden, die Bewältigungskapazitäten lokaler Selbstverwaltung zu stärken. Dies gilt zwar vornehmlich für ländliche und dünn besiedelte Gebiete, ist aber auch für Großstadträume von Relevanz.

Literatur

- DIJ/DWIH. (2020). „National approaches to systemic Risk. Germany and Japan under the COVID-19 crisis.“, Web-Forum: <https://www.dijtokyo.org/ja/event/national-approaches-to-systemic-riskgermany-and-japan-under-the-covid-19-crisis/>. Zugegriffen: 28. Nov. 2021.

- Hirata, A. (2020). „Bevölkerungsdichte, Temperatur und absolute Luftfeuchtigkeit haben Einfluss auf Coronaviren – Analyse zur Dauer der Ausbreitung des Coronavirus, Anzahl der Infizierten und Todesfälle“ [Shingata korona uirusu, jinkômitsudo to kion, zettaishitsudo ga eikyô – shingatakorona uirusu no kakudai, shûsokukan, kansenshasuu, shishasuu on bunsekikekka ni tsuite]. <https://www.nitech.ac.jp/news/press/2020/8366.html>. Zugegriffen: 28. Nov. 2021.
- JMA Research Institute. (2020a). „Zwischenbericht: Psychische und physische Auswirkungen einer Corona-Infektion auf ältere Menschen“ [Shingata korona uirusu kansenshō eikyōka ni okeru kōreisha no shinshin he no eikyō (chūkanteki hōkoku)]. https://www.jmar.co.jp/asset/pdf/job/public/llgr2_3_7_report_s.pdf. Zugegriffen: 28. Nov. 2021.
- JMA Research Institute, (2020b). „Gesundheitsförderungsprojekt für ältere Menschen (Förderungszuschüsse von Gesundheitsservices für ältere Menschen): Forschung zu Ansätzen regelmäßiger Besuche und präventiver Pflege unter dem Einfluss von COVID-19“ [Reiwa ni nendo kōjinhoken kenkō zōshin nado jigyō (Kōjinhoken jigyō suishinbi nado hojokin). Shingata korona uirusu kansenshō eikyōka ni okeru kayōi no ba wo hajime tosuru kaigoyōbō no torikumi ni kansuru chōsakenkyū]. [https://www.jmar.co.jp/asset/pdf/job/public/llgr2_3_7_report_s\(1\).pdf](https://www.jmar.co.jp/asset/pdf/job/public/llgr2_3_7_report_s(1).pdf). Zugegriffen: 28. Nov. 2021.
- Kimura, M., Ojima, T., Kondo, K. (2020). „Auswirkungen auf das Leben älterer Menschen während der Coronavirus-Epidemie: Ergebnisse der JAGES-Studie“ [Shingatakorona uirusu kansenshō ryūkō shita de no kōreisha no seikatsu he no shisa: JAGES kenkyū no chiken kara], *JAGES Kenkyū Review*, 41, 3–13.
- MIC. (o.J.). „Korrelation zwischen verschiedenen Indikatoren“ [Kakushiyō no sōkankankei], https://www.soumu.go.jp/main_content/000631821.pdf. Zugegriffen: 28. Nov. 2021.
- MLIT. (o.J.). „Derzeitige Situation in den Regionen auf Grundlage von Basisdaten“ [Kisoshiryō ni motozuku chiiki no genkyō], <https://www.mlit.go.jp/common/000025316.pdf>. Zugegriffen: 28. Nov. 2021.
- Morita, M., Okunuki, K., Shiode, S. (2012). „Studie zum Verständnis des räumlichen Verteilungsmusters der Alterungsrate unter Berücksichtigung der älteren Bevölkerungsdichte“ [Kōreijinkōmitsudo wo kōryōshita kōreikaritsu no kūkanteki bunpupataan no haaku ni kansuru kenkyū], *Chirigaku Hyōron*, 85(6), 608–617.
- Nagai, K. (2021). „Statistics Today 178: Übermäßiges Bevölkerungswachstum in Tokio nach Altersgruppen – auf Grundlage des Berichts über den Bevölkerungstransfer im Einwohnerregister.“ [Nenrei kaiyūbetsu ni mita Tōkyōto no ten'nyūchōka no jōkyū – Jūminkihondaichō jinkō idō hōkoku no kekka kara. Tōkei Today No. 178], <https://www.stat.go.jp/info/today/pdf/178.pdf>. Zugegriffen: 28. Nov. 2021.
- NHK. (2020a). „NHK News: Droht der Pflegekollaps unter dem Coronavirus? Was gerade in Altenpflegeheimen passiert“ [Shingatakorona de „kaigo hōkai“ no kiki?], <https://www3.nhk.or.jp/news/html/2020a0508/k10012422701000.html>. Zugegriffen: 28. Nov. 2021.
- NHK. (2020b). „Blick auf die Daten: „Dritte Welle“ unterscheidet sich von Zweiter Welle wegen einer neuen Coronavirusvariante“ [Deeta de miru: „Daisan nami“ daini nami to no chigai ha Shingatakorona], <https://www3.nhk.or.jp/news/html/2020b1117/k10012716911000.html>. Zugegriffen: 28. Nov. 2021.

- Nihon-Chiiki to Kagaku no deaikan. (1999). „Das Sonnenblumen-System des Machizukuri – Ein sich entwickelndes soziales System“ [Himawari shisutemu no machizukuri – Shinkasuru shakai shisutemu]. Haru Shobo.
- Okada, N., Sugiman, T., Hiratsuka, S., Kawara, T. (2000). „Herausforderung für die Gemeinschaft – die Wiederbelebung der Stadt Chizu in der Präfektur Tottori“ [Chiiki kara no chōsen – Tottoriken, Chizuchō no ‚Kuni‘ okoshi]. Iwanami Shoten.
- Okada, N., Sugiman, T., Hiratsuka, S., Kawara, T. (2015). „Anregung, die Dinge alleine anzugehen. Herausforderung und Systemtheorie für den regionalen Wiederaufbau von Null: Ein regionales Managementmodell nach 30 Jahren in Chigashichō, Präfektur Tottori“ [Hitori kara hajimeru koto okoshi no susume. Chiiki (machi) fukkō no tame no zero kara no chōsen to jissen shisutemu riron. Tottoriken, chizuchō 30 nen no chiiki keiei moderu]. Kansai Gakuin Shuppan.
- Okada, N. (2017). „Chigashichō, Präfektur Tottori, der Geburtsort des Sonnenblumen-Systems: Gestaltung eines sozialen Systems für eine schrumpfende Bevölkerung, niedrige Geburtenrate und eine alternde Gesellschaft“ [Himawari shisutemu wo unda Tottori-ken Chizuchō no chiiki fukkō koto okoshi no machizukuri: Jinkōgen, shōshikōreika ni tekiōsuru shakai shisutemu dezain], *Saigai Fukkō Kenkyū*, 143–149.
- Okada, N., Sugiman, T., Hiratsuka, S., & Kawara, T. (2018). Adaptive process for SMART community governance under persistent disruptive risks. *International Journal for Disaster Risk Science*, 4, 454–463.
- Präfektur Tottori. (2020). „Unterzeichnung des Abkommens zur Kooperation im Falle des Ausbruchs einer neuen Coronavirus-Infektion“ [Shingata korona uirusu kansenshō haseitoki ni okeru sōgokyōryoku ni kansuru kyōteiteiketsushiki no kaisai]. <http://db.pref.tottori.jp/pressrelease.nsf/webview/179B0D6DE53C5730492585D8008278E3?OpenDocument>. Zugegriffen: 28. Nov. 2021.
- Tokyo Shimbun. (2021). „Verhinderung des Zusammenbruchs der medizinischen Versorgung mit dem ‚Matsumoto-Modell‘: Schwere der Coronainfektionen wird von Krankenhäusern getragen“ [Iryōhōkai fusege ‚Matsumoto-moderu‘ shingata korona jūshōdo de byōin ga buntan]. <https://www.tokyo-np.co.jp/article/84718>. Zugegriffen: 28. Nov. 2021.
- Urashima, M. (2021). „Genauerer Blick auf die Daten zum Coronavirus: Evidenzbasiertes Verständnis“, [Shingatakorona deeta de semaru sono sugata: Ebidensu ni motozuki rikaisuru] *Kagaku Dōjin*, 76(4), 34–38.
- Weber, T. (2020). „We should build back better, even before crises occur – Interview mit Norio Okada“ *Weltweit vor Ort – Das Magazin der Max Weber Stiftung*, 2020/2, 26–28.

Prof. Norio Okada, Dr. of Engineering (Universität Kyoto) ist Experte auf den Gebieten Konfliktanalyse, Spieltheorie und Risikoanalyse für Infrastrukturplanung und -management sowie nachhaltige Entwicklung, Katastrophenvorsorge und gemeindebasierte Partizipation. Er ist emeritierter Professor der Universität Kyoto, wo er auch als Direktor des Forschungsinstitut für Katastrophenschutz leitete. Er ist Gründungspräsident der International Society for Integrated Disaster Risk Management (IDRiM Society) und ehemaliger Präsident der Japan Society for Natural Disaster Science. Derzeit ist er Berater des Institute of Disaster Area Revitalization, Regrowth and Governance an der Kwansei Gakuin University in Nishinomiya, Japan.

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der 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.

