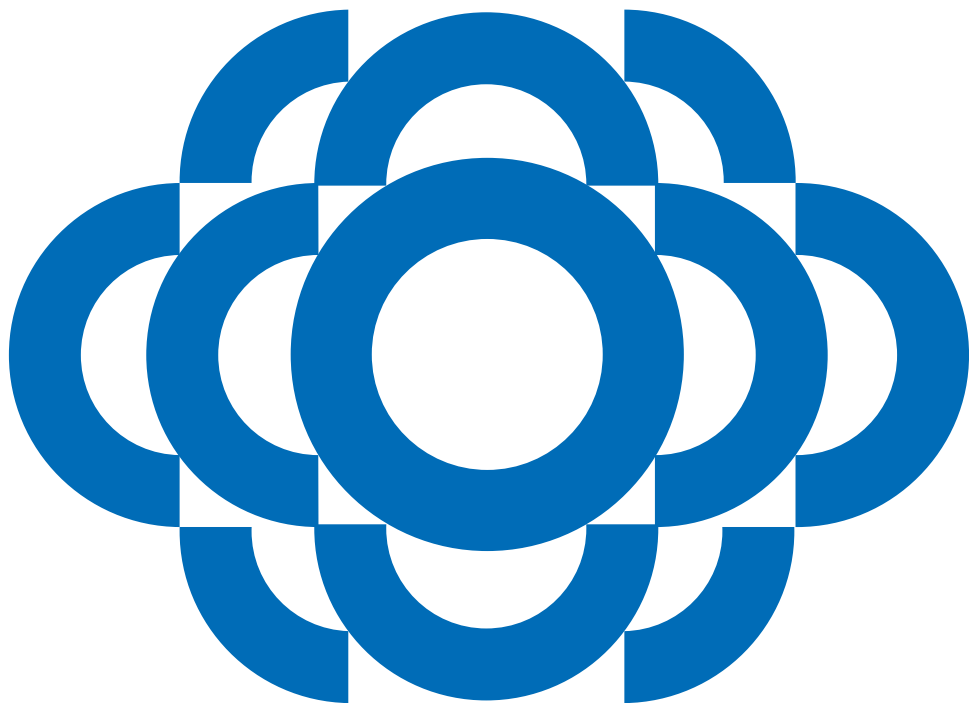


Pflege, quo vadis?



VdK-Forum
Evangelische Akademie
Tutzing
21./22. April 2010

SOZIALVERBAND

VdK

BAYERN



Zukunft braucht Menschlichkeit.

Herausgeber:

Sozialverband VdK Bayern e.V.

Schellingstraße 31

80799 München

Telefon: (0 89) 21 17-0

Telefax: (0 89) 21 17-280

E-Mail: info@vdk.de

Internet: www.vdk-bayern.de

Für die Beiträge sind die jeweiligen Autoren verantwortlich.

Satz und Druck:

Druckerei Dimetria gemeinnützige GmbH

Rennbahnstraße 48

94315 Straubing

VdK-Forum

Inhalt

Albrecht Engel

Begrüßung **S. 3**

Ulrike Mascher

Anmerkungen zur aktuellen Pflegesituation und Pflegediskussion **S. 8**

Prof. Dr. Adelheid Kuhlmei

**Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft
des längeren Lebens – Handlungsbedarf besteht** **S. 15**

Claus Fussek

**„Wir dürfen die alten, pflegebedürftigen Menschen und
ihre Angehörigen nicht im Stich lassen!“ – Wie und wo wollen wir/
unsere Eltern im Alter wohnen, leben und gepflegt werden?** **S. 28**

Christine Haderthauer

Pflege in Bayern – Ein Erfolgsmodell **S. 35**

Prof. Dr. Gertrud M. Backes/Martina Wolfinger

Pflege – ein Frauenproblem? Frauen als Sozialstaatsgarantie **S. 41**

Armin Lang

Rahmenbedingungen für die Sicherung häuslicher Pflegeversorgung **S. 58**



Fotos: © Schwepfänger



Die Expertenrunden des sozialpolitischen Forums des Sozialverbands VdK Bayern.

Albrecht Engel

Landesgeschäftsführer des
Sozialverbands VdK Bayern e.V.
München

Begrüßung

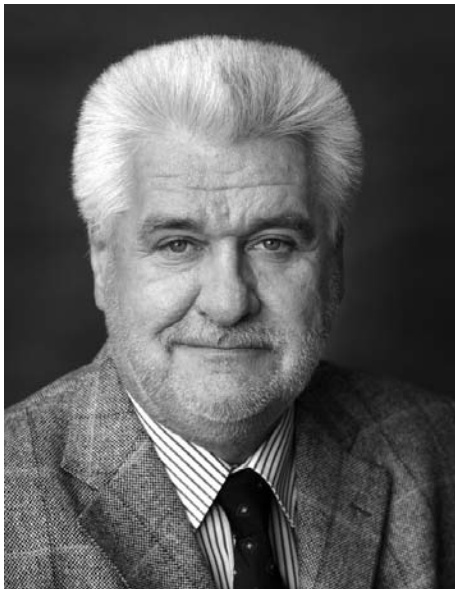
Sehr gerne begrüße ich Sie heute alle recht herzlich zum jährlich stattfindenden sozialpolitischen Forum des Sozialverbands VdK Bayern in der Evangelischen Akademie in Tutzing. Auch in diesem Jahr widmen wir uns wieder einem aktuellen Thema, das uns unter den Nägeln brennt: Der Zukunft der Pflege hier in Deutschland.

Für die Veranstaltung heute haben wir dabei den Titel: „Pflege, quo vadis?“ gewählt und dank der Hollywood-Monumentalverfilmung „Quo vadis?“ mit Peter Ustinov aus dem Jahr 1951 weiß auch der Lateinunkundige den Satz mit „Wohin gehst du?“ zu übersetzen.

Diese lateinische Phrase kann natürlich auch mit „Wohin soll das noch führen?“ oder „Wie soll das weitergehen?“ übersetzt werden und bringt damit sehr gut unsere Ratlosigkeit zu diesem Themenbereich zum Ausdruck.

Die Situation der Pflege in Deutschland ist eine unbefriedigende, und wenn es nicht um Menschen gehen würde, könnten Inaktivität und politische Schachzüge und Strategien, aber auch das In-den-Vordergrund-Stellen finanzieller Überlegungen hingenommen werden.

So aber stehen Tag für Tag die Würde und die Unversehrtheit von pflegebedürftigen



Menschen auf dem Spiel. Wir meinen, dass das Zuwarten jetzt ein Ende haben muss! Die Versäumnisse, die in der Pflege seit Jahren vorliegen, müssen nun endlich angegangen werden. Pflegerische Versorgung muss, wie es so schön heißt, endlich „zukunftsfest“ gemacht werden.

Mit der heutigen und morgigen Veranstaltung wollen wir die Diskussion um die Pflege und auch die gesetzliche und private Pflegeversicherung neu anstoßen und wieder in das öffentliche und politische Bewusstsein zurückbringen. Gerade seit der letzten Bundestagswahl vermischen wir eine Befassung mit dieser schwerwiegenden und angesichts der demografischen Entwicklung nicht aufschiebbarer Thematik:

Kein Wort war seither mehr zu vernehmen zur Einführung eines neuen Pflege-

bedürftigkeitsbegriffes, zur Finanzierung der pflegerischen Versorgung oder zur besseren Organisation der nicht nur privat sondern auch staatlich gewünschten vorrangigen ambulanten Pflege.

Ausgespart wird auch die ehrliche Diskussion, ob und wie private Pflege, die doch hauptsächlich von Frauen übernommen wird, angesichts zunehmender Erwerbsarbeit von Frauen in jedem Alter und gestiegener Anforderungen an Mobilität und Flexibilität in der Erwerbsarbeit für beide Geschlechter weiter beibehalten werden kann.

Zudem führen steigende Scheidungsraten, aber auch die Zunahme Kinderloser dazu, dass familiäre Bindungen, die als Garant für Pflegebereitschaft dienen, wegbrechen.

Neue Wege müssen hier also gefunden werden.

Ein Lösungsansatz könnte darin liegen, medizinische und pflegerische Dienste und Leistungen stärker zu koordinieren und mehr Kooperationen, aber auch mehr kommunale Verantwortung anzustreben. Die Einrichtung von Pflegestützpunkten weist in diese Richtung.

Eine grundlegende Voraussetzung dafür, dass eine stärkere Verzahnung der verschiedenen Hilfsangebote auch etwas bewirken kann, ist jedoch, dass diese Tätigkeiten überhaupt personell bewerkstelligt werden können.

Doch hat die Attraktivität des Pflegeberufes in den letzten Jahren stark gelitten. Zudem stellt sich auch hier die Frage, ob die überwiegend weibliche professionelle Pflege angesichts des Geschlechterwandels ausreichend gerüstet ist.

Vor allem sollte jedoch das Hauptaugenmerk auf die pflegebedürftigen Menschen gerichtet werden. Wie stellen sie sich eine gute Pflege vor?

Dazu sollten auch wir alle uns überlegen, wie wir im Falle des Falles einmal gepflegt werden möchten. Alter und Pflegebedürftigkeit sind natürlich keine Themen, mit denen wir uns gerne beschäftigen. Schon Karl Valentin hat lakonisch festgestellt: „Heute werden keine Leute mehr alt, und die Alten sind alle von früher.“ Angesichts eines rd. 28,6%igen Risikos, nach dem 80. Lebensjahr pflegebedürftig zu werden, sollten wir uns mit dieser Thematik aber dennoch befassen, zu unserer eigenen Sicherheit und der unserer Angehörigen!

Mit der heutigen Veranstaltung wollen wir versuchen, zu diesen und weiteren Fragestellungen Antworten und Lösungen zu finden.

Wie jedes Jahr ist es uns auch heuer wieder gelungen, zahlreiche namhafte und sachkundige Referenten für unser sozialpolitisches VdK-Forum in Tutzing zu gewinnen – allerdings, und das muss ich vorausschicken, sofern uns die Vulkanwolke keinen Strich durch die Rechnung macht.

Als erste Referentin des heutigen Tages und zugleich Gastgeberin begrüße ich die Präsidentin des Sozialverbands VdK Deutschland und Landesvorsitzende des VdK Bayern, **Ulrike Mascher**.

Ihre „**Anmerkungen zur aktuellen Pflegesituation und Pflegediskussion**“ werden die Sichtweisen des Sozialverbands

VdK zu diesem wichtigen Thema darstellen und damit zahlreiche Problem-
schwerpunkte aufgreifen, die für die
nachfolgenden Diskussionen des heuti-
gen und morgigen Tages sicherlich ent-
scheidende Denkansätze liefern.

Anschließend wird uns **Prof. Dr. Adelheid Kuhlme**y grundlegende Erkenntnisse zur
„**Gesundheitsversorgung in einer Ge-
sellschaft des längeren Lebens**“ dar-
legen.

Dass hier Handlungsbedarf besteht, hat
der Sachverständigenrat zur Begutach-
tung der Entwicklung im Gesundheits-
wesen, zu dessen Mitgliedern Frau Prof.
Dr. Kuhlmey zählt, in seinem Sondergut-
achten 2009 festgestellt. Als Direktorin
des Instituts für medizinische Soziologie
der Charité in Berlin beschäftigt sie sich
in ihrer täglichen Arbeit mit der medizini-
schen und pflegerischen Versorgung
älterer Menschen, der Prävention und
Rehabilitation im Alter, aber auch im
Speziellen mit der Frauengesundheit.
Vielen Dank schon jetzt für Ihre Ausführ-
ungen, Frau Prof. Dr. Kuhlmey.

Fortfahren wird dann **Claus Fussek** von
der Vereinigung Integrationsförderung
e.V. zum Thema: „**Wir dürfen die alten,
pflegebedürftigen Menschen und ihre
Angehörigen nicht im Stich lassen!**“ –
**Wie und wo wollen wir/unsere Eltern
im Alter wohnen, leben und gepflegt
werden?** Ihnen allen ist er sicherlich bes-
tens als wortgewaltiger und mit Leib und
Seele engagierter Pflegeexperte aber
auch Pflegekritiker bekannt.

Herr Fussek hat bereits vor Jahren den
Münchner Pflegestammtisch gegründet
und mit seinen Büchern „Im Netz der

Pflegemafia. Wie mit menschenunwürdi-
ger Pflege Geschäfte gemacht werden“
und „Alt und abgeschoben. Der Pflege-
notstand und die Würde des Menschen“
schonungslos den Pflegemarkt unter die
Lupe genommen.

Tagtäglich erreichen ihn zahlreiche
E-Mails, Briefe und Anrufe von verzwei-
felten Pflegekräften und Angehörigen,
und sie werden nicht weniger.

Uns dürfte ein sehr aufschlussreicher
und anregender Vortrag bevorstehen.
Herzlich willkommen, Herr Fussek!

Den letzten Vortrag des heutigen Tages
wird dann die Bayerische Staatsministe-
rin für Arbeit und Sozialordnung, Familie
und Frauen, **Christine Haderthauer**, be-
streiten.

In den letzten Jahren hat sich in Bayern
einiges im Pflegebereich getan. So hat
der Bayerische Landtag am 03.07.2008
das vom Sozialministerium vorgelegte
Bayerische Pflege- und Wohnqualitäts-
gesetz beschlossen. Neue Prüflerfäden
wurden konzipiert, Ausbildungsplätze in
der Altenpflege gefördert und die Einrich-
tung von Pflegestützpunkten rechtlich
ermöglicht. Doch reicht das aus? Ist Bay-
ern in der Pflege gut gerüstet für die Zu-
kunft? Darauf wird uns Frau Haderthauer
in ihrem Vortrag mit dem Titel „Pflege in
Bayern – Ein Erfolgsmodell“ sicherlich
eine Antwort geben. Auch Ihnen, Frau
Staatsministerin, ein herzliches Willkom-
men.

Die morgige Vortragsreihe beginnen wird
dann **Prof. Dr. Heinz Rothgang** vom
Zentrum für Sozialpolitik der Universität
Bremen. Er leitet dort die Abteilung für
Gesundheitsökonomie, Gesundheitspo-

litik und Versorgungsforschung. Sein Forschungsschwerpunkt ist die sozialstaatliche Absicherung des Pflagerisikos.

Prof. Dr. Rothgang wird morgen die „**Kapitaldeckung in der Pflegeversicherung**“ unter die Lupe nehmen und uns sicherlich eine Antwort darauf geben können, ob die im Koalitionsvertrag vereinbarte Einführung von Kapitalelementen in der Pflegeversicherung zielführend ist. Wir freuen uns auf seine Ausführungen.

Herzlich willkommen heiße ich des Weiteren **Dr. Jürgen Gohde** vom Kuratorium Deutsche Altershilfe in Köln. Dr. Gohde ist Vorsitzender des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes. Unter seiner Ägide wurde Anfang 2009 eine Neudefinition für den Pflegebedürftigkeitsbegriff gefunden und ein neues Begutachtungsverfahren vorgeschlagen. Auch verschiedene Finanzierungsszenarien zur Umsetzung hat der Beirat vorgelegt. Wie sich eine neue Definition der Pflegebedürftigkeit auf die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen auswirken könnte, wird Herr Dr. Gohde unter dem Titel „**Ausweg aus der Pflegemisere durch einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff**“ beleuchten.

Die besondere Problemlage von Frauen in der Pflegearbeit und die daraus resultierenden Konsequenzen für die Pflege generell wird anschließend in Vertretung von Frau Prof. Dr. Gertrud Backes, die leider verhindert ist, **Martina Wolfinger**, Dipl.-Sozialgerontologin und Mitarbeiterin von Prof. Dr. Backes am Zentrum für Altern und Gesellschaft der Hochschule Vechta, im dritten Vortrag des morgigen

Tages mit dem Titel „**Pflege – ein Frauenproblem? Frauen als Sozialstaatsgarantie**“ beleuchten.

In diesem Forschungszentrum wird versucht, Antworten auf den sozialen Wandel der Gesellschaft zu geben.

Wir sind schon sehr gespannt, wie Frau Wolfinger die Geschlechterverhältnisse in der privaten und beruflichen Altenpflege bewertet und welcher Handlungsbedarf aus ihrer Sicht auf politischer und gesellschaftlicher Ebene besteht, Altenpflege als gesamtgesellschaftliche Aufgabe sicherzustellen.

Den letzten Vortrag des nächsten Tages wird dann der saarländische Landtagsabgeordnete und Leiter der vdek-Landesvertretungen Rheinland-Pfalz und Saarland, Herr **Armin Lang** aus St. Wendel, halten. Herr Lang ist vielen auch als VdK-Landesvorsitzender im Saarland ein Begriff.

In seinem Vortrag „**Rahmenbedingungen für die Sicherung häuslicher Pflegeversorgung**“ wird er uns die aus seiner Sicht für eine qualitativ hochwertige ambulante Pflege notwendigen Bedingungen vorstellen. Praktische Erfahrungen aus erster Hand dazu hat er seit Jahren durch den Aufbau von Pflegestützpunkten im Saarland gesammelt. Wir sind daher schon sehr gespannt auf seine Ausführungen.

Besonders freuen wir uns, dass wir auch in diesem Jahr wieder **Sybille Giel**, die Leiterin der Redaktion Familie im Bayerischen Rundfunk, als Moderatorin gewinnen konnten. In den vergangenen beiden Jahren hat sie uns bereits sachkundig durch das Programm geführt und

lebhaftes Podiumsdiskussionen angeregt.
Auf eine weitere Fortsetzung freuen wir
uns daher sehr!

Damit erkläre ich nun das VdK-Forum
2010 für eröffnet!



Ulrike Mascher

Präsidentin des Sozialverbands
VdK Deutschland e.V.
Landesvorsitzende des Sozialverbands
VdK Bayern e.V.
München

**Anmerkungen zur aktuellen Pflege-
situation und Pflegediskussion**

Meine Ausführungen heute möchte ich mit einer guten Nachricht beginnen: Die Deutschen werden immer älter. Und sie legen statistisch nicht nur an Jahren zu, sondern auch an Gesundheit. Der Anteil der über 80-Jährigen wächst zwar in der Bevölkerung, aber 80 Prozent dieser Menschen sind nicht auf Pflege angewiesen. Und sogar bei den Hochbetagten, also bei den über 90-Jährigen, brauchen 40 Prozent keine Pflegeleistung. Ein 60-

jähriger Mann hat heute durchschnittlich noch 19 gesunde Jahre vor sich. Eine heute 60-jährige Frau kann sich sogar auf 22 gesunde Jahre freuen. Im Laufe der letzten Jahre ist das Risiko, im Alter pflegebedürftig zu werden, kontinuierlich gesunken. Allerdings holt die Demografie diese Entwicklung wieder ein wenig ein, weil insgesamt der Anteil älterer Menschen steigt. Deshalb wächst die Zahl der Pflegefälle netto an, derzeit gibt es 2,25 Millionen pflegebedürftige Menschen in Deutschland.

Das Bild vom Alter hat sich längst gewandelt, es ist immer öfter mit Aktivität und Lebensfreude verbunden und immer weniger mit Krankheit und Leid. Wir stecken gesellschaftlich in der historisch einmaligen Situation, dass gerade eine Generation der „jungen Alten“ die Weichen für einen neuen Umgang mit dem Altern stellt. Diese Generation kommt nicht nur aus einem aktiven Berufs- und Familienleben, sie sind zudem alle – im Westen länger als im Osten – in einer demokratischen Gesellschaft sozialisiert worden. Diese Menschen sind selbstbewusst und durchaus kritisch, und sie stehen für ihre Rechte viel deutlicher ein als noch die Kriegsgeneration.

Nun könnte man anmerken, dass das Hochglanzbild vom Alter nur an der Oberfläche glitzert. Den fröhlichen Alten wird unterstellt, sie würden ihre Augen fest vor der Realität verschließen. Und die bedeutet nun mal, dass viele alte Menschen zum Pflegefall werden.

Doch „ein Pflegefall zu werden“, wie es so schön bürokratisch heißt, muss ja

nicht bedeuten, im Elend zu versinken. Es ist die Aufgabe der heute Gesunden und Aktiven, positive Lebensentwürfe auch dafür zu schaffen, wenn jemand auf fremde Hilfe angewiesen ist. Die Pflege muss ihren Schrecken verlieren. Wir müssen so weit kommen, dass wir nicht länger reflexartig an Linoleumgänge, strenge Gerüche und Isolation denken, wenn das Wort „Pflege“ fällt. Zumal diese Vorstellung zum Glück nur einem Bruchteil der Realität entspricht.

Schon heute können viele Menschen trotz Pflegebedürftigkeit ihr Leben in den gewohnten vier Wänden verbringen. Drei Viertel aller Pflegebedürftigen werden nämlich zu Hause versorgt. Den größten Teil ihrer Versorgung stemmen die Angehörigen, die man getrost als den „größten Pflegedienst der Republik“ bezeichnen kann. Manche werden von ambulanten Diensten unterstützt, aber viele sorgen sogar ganz alleine für ihre Eltern oder den kranken Ehepartner.

Zum Nutzen unserer Staatsfinanzen übrigens. Die Kosten für einen zu Hause versorgten Demenzkranken belaufen sich für die Kranken- und Pflegeversicherung auf durchschnittlich 10.000 Euro im Jahr. Würden die Kassen die Stunden der häuslichen Pflege und Betreuung der Angehörigen mit den Stundensätzen professioneller Anbieter verrechnen müssen, käme man auf die Summe von 47.000 Euro. Pro Demenz-Patient sparen die Kassen dank den Angehörigen also 37.000 Euro im Jahr.

Doch die Zeiten, da unsere Gesellschaft sich selbstverständlich auf diese stille

und meist weibliche Reserve bei der Pflegeversorgung verlassen konnte, könnten allmählich zu Ende gehen. Das hat einfach damit zu tun, dass sich die Bedingungen verändert haben. Nicht überall leben alte Eltern und deren Kinder am selben Ort oder gar im selben Haus. Und zum Glück ist es für Frauen heute selbstverständlicher geworden, einem Beruf nachzugehen. Sie stehen deshalb nicht mehr ohne weiteres für die Pflege von Eltern und Schwiegereltern zur Verfügung. Gerade für Frauen jenseits der 50, die im Berufsleben stehen, bedeutet eine Entscheidung für die häusliche Pflege oftmals eine Entscheidung gegen eine weitere Berufstätigkeit und damit gegen eine selbstständige finanzielle Absicherung des eigenen Alters. Da ist es nur verständlich, dass die Pflegebereitschaft sinkt.

Diskussionen über die sinkende Moral in den Familien helfen uns allerdings nicht weiter und sind – mit Verlaub – einfach Quatsch. Wir brauchen mutige und entschlossene Schritte, um die Vereinbarkeit von Pflege und Erwerbstätigkeit zu gewährleisten. Die Versorgung eines pflegebedürftigen Angehörigen muss die gleiche gesellschaftliche Wertschätzung erfahren wie die Erziehung von Kindern. Angehörige, die bereit sind, die häusliche Pflege zu übernehmen, müssen deshalb ebenfalls pfleglich behandelt werden.

Die von Bundesfamilienministerin Schröder vorgeschlagene Pflegeteilzeit ist in diesem Zusammenhang nur ein halbherziger Versuch. Ihr Vorschlag lautet, dass es einen Rechtsanspruch für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer geben soll, für zwei Jahre halbtags zu arbeiten, wenn er

– oder meistens sie – einen Angehörigen pflegen möchte. Während der Pflegezeit sollen die Bezüge drei Viertel des Vollzeitgehalts betragen. Nach dem Wiedereinstieg bekommt man so lange nur 75 Prozent des Lohns ausbezahlt, bis das Zeit- und Gehaltskonto wieder ausgeglichen ist.

Gerade für Frauen ist dieses Modell schlecht geeignet. Reduzierter Lohn bedeutet reduzierte Rentenbeitragszahlungen und damit eine Verschärfung des Altersarmutsrisikos. Da Frauen häufiger in schlecht bezahlten Jobs arbeiten, sind 25 Prozent weniger Gehalt also ein gewaltiger Einschnitt. Außerdem lehrt die Statistik, dass es mit zwei Jahren in den wenigsten Fällen getan ist. Fünf bis acht Jahre dauert die Pflegebedürftigkeit durchschnittlich an, da ist mit zwei Jahren Unterstützungen nur den wenigsten geholfen.

Wie man die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf ermöglichen kann, ist im Moment noch eine offene Frage. Fest steht aber, dass etwas passieren muss. Hier würde ich mir wünschen, dass aus den Ministerien von Frau Schröder, Herrn Rösler und Frau von der Leyen praktikable Vorschläge kommen. Der VdK ist gerne bereit, aktiv an Lösungsvorschlägen zu arbeiten.

Doch schon jetzt wäre es möglich, Angehörige wirklich zu entlasten. Ansätze gibt es genug. Beispielsweise müssten Tagespflegeeinrichtungen noch viel mehr ausgebaut werden.

Ein besonders für Bayern leidiges Thema ist das der Pflegestützpunkte. Im Mo-

ment wirkt es so, als wolle die Bayerische Staatsregierung nach der Strategie des Totschweigens verfahren.

Zur Erinnerung: Seit 1. Januar 2009 besteht dank des bundesweit gültigen Pflegeweiterentwicklungsgesetzes ein Rechtsanspruch auf neutrale und wohnortnahe Beratung in Pflegestützpunkten. Die Umsetzung des Bundesgesetzes auf Landesebene wird aber höchst unterschiedlich gehandhabt. In Bayern dauerte es bis Oktober 2009, bevor die Allgemeinverfügung für die Errichtung von Pflegestützpunkten in Kraft trat. Nur bis Ende Januar 2010 hatten die Kommunen jetzt Zeit, Anträge auf Errichtung von Pflegestützpunkten in ihren Gemeinden oder Landkreisen zu stellen. Im Laufe dieses Jahres sollten nach Wunsch von Ministerin Haderthauer „bis zu 60“ solcher Anlaufstellen in Bayern errichtet werden.

60 Pflegestützpunkte in Bayern, das ist nur eine Anlaufstelle für 203.000 Bewohner. Zum Vergleich: Das dreimal kleinere Rheinland-Pfalz verfügt jetzt schon über 135 Pflegestützpunkte, Ziel ist dort die Schaffung von einer Anlaufstelle pro 30.000 Einwohner.

Nach unseren Informationen haben bisher aber nur zwischen 10 und 15 bayerische Kommunen ihr Interesse bekundet, Pflegestützpunkte zu errichten. Es sieht also ganz nach einem Flop aus.

Ein Beispiel: Das VdK-Geriatriezentrum in Neuburg an der Donau hat dem Landkreis brieflich angeboten, sich an einem Pflegestützpunkt aktiv zu beteiligen. Sogar Räumlichkeiten hätte man zur Verfü-

gung gestellt. Die Antwort blieb aus. Und dies scheint mir symptomatisch für die ganze Sache zu sein. Denn dahinter stehen erhebliche finanzielle Probleme.

Da die Kommunen außer einer Anschubfinanzierung aus Bundesmitteln die finanzielle Hauptlast tragen müssten, sind die klammen kommunalen Haushaltskassen natürlich ein fast unerschütterliches Gegenargument. Hinzu kommt, dass die Kommunen keineswegs verpflichtet sind, den gesetzlichen Anspruch auf wohnortnahe und neutrale Angehörigenberatung rasch umzusetzen. Jedenfalls drohen keine Sanktionen.

Derzeit gibt es in Bayern bereits 135 Fachstellen für pflegende Angehörige. Diese sollen in die zu errichtenden Pflegestützpunkte eingebunden werden, um Doppelstrukturen zu vermeiden. Dort arbeiten häufig hoch engagierte und professionelle Beraterinnen und Berater. Doch die Beratungsqualität ist von Ort zu Ort höchst unterschiedlich. Besonders dort, wo Träger von Pflegeeinrichtungen die Beratung übernehmen, kann von neutraler Informationsweitergabe keine Rede sein. Es ist doch klar, dass eine Mitarbeiterin der Caritas eher das Caritas-Pflegeheim empfiehlt als das der Diakonie. Dennoch rütteln viele Kommunen nicht an der Existenz der Fachstellen, schließlich werden diese derzeit zu einem Drittel vom Freistaat finanziert, für einen Pflegestützpunkt müsste man aber ohne staatliche Zuschüsse auskommen.

Die sehr gute Idee der Pflegestützpunkte scheint also in Bayern mit ministerieller Billigung komplett unterzugehen. Keiner

will dafür bezahlen. Besonders für den Freistaat Bayern können wir vom VdK das nicht nachvollziehen. Wer Milliarden für das Landesbankdesaster im Haushalt übrig hat, sollte auch etwas Geld für Pflegestützpunkte in den Kommunen aufbringen können. Sogar das im Vergleich wirklich arme Mecklenburg-Vorpommern unterstützt die Einrichtung von Pflegestützpunkten mit staatlichen Mitteln.

Für die Pflege soll der Grundsatz gelten: ambulant vor stationär. Und damit will man nicht nur dem Wunsch der meisten Menschen entsprechen, lieber zu Hause als im Heim zu leben. Es geht auch einfach ums Geld: Für die Kassen ist ambulante Pflege attraktiver, weil billiger. Umgekehrt muss man sich aber auch klar machen, dass die Pflege zu Hause gerade für Angehörige attraktiver werden könnte, wenn die Sätze deutlich steigen würden. Im Moment kommen sich viele pflegende Angehörige einfach nur ausgebeutet vor. Dies könnte den Trend zur Professionalisierung der Pflege verstärken. Im Verlauf der letzten zehn Jahre ist die Zahl der Pflegeheimbewohner um 18 Prozent gestiegen, die Zahl der durch ambulante Dienste Betreuten um 14 Prozent. Demgegenüber sank die Quote der zu Hause von Angehörigen Versorgten um 5 Prozent. Diese Entwicklung wird sich so lange fortsetzen, wie Angehörige mit der Pflege allein gelassen werden.

Bei der Versorgung Demenzkranker wird die mangelnde Unterstützung der Angehörigen besonders deutlich. Maximal 200 Euro können monatlich für die Betreuung dementiell Erkrankter in Privathaushalten aus der Pflegekasse bezahlt

werden. Versuchen Sie erst gar nicht, das auf einen Stundenbetrag herunterzurechnen. Gerade wenn ein Demenzkranker körperlich fit ist und deswegen keine weiteren Pflegeleistungen möglich sind, sind 200 Euro nämlich ein sehr schmales Trostpflaster. Denn es ist keine Seltenheit, dass in bestimmten Stadien der Erkrankung eine 24-Stunden-Beaufsichtigung notwendig ist. Die Anerkennung dieser Betreuungsleistung muss deshalb noch viel deutlicher in Euro und Cent erfolgen und den tatsächlichen Stundenbedarf realistisch abbilden.

Das Thema Demenz bringt mich auch zum nächsten Punkt meiner Überlegungen: den Pflegebedürftigkeitsbegriff. Im Moment sind im Gesetz 21 Alltagsverrichtungen aufgezählt, die das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit festlegen. Daraus entwickelt sich ein so genannter verrichtungsbezogener Pflegebegriff. Manche nennen das zugespitzt die „Satt-und-sauber-Pflege“. Vor allem Menschen mit kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen sowie Kindern wird dieser Pflegebedürftigkeitsbegriff nicht gerecht.

Seit Januar 2009 liegt nun bereits der Abschlussbericht des Beirats für die Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs vor. Dieser wird dem tatsächlichen Bedarf über die körperliche Versorgung hinaus viel besser gerecht. Leider bildet sich diese neue Übereinkunft darüber, was Pflegebedürftigkeit bedeutet, bisher in keinem Gesetz ab. Wahrscheinlich, weil sich daraus höhere Leistungsansprüche der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen ableiten ließen.

Doch Sparsamkeit darf nicht der Maßstab im Umgang mit Pflegebedürftigen sein. Es muss ins Bewusstsein aller Verantwortlichen dringen, dass Menschen, die krank sind und dauerhaft Hilfe brauchen, selbstverständlich ein Recht auf Teilhabe in der Gesellschaft haben. Was mit der UN-Konvention für die Rechte von Menschen mit Behinderung gelungen ist, nämlich eine veränderte Wahrnehmung von Behinderung in der Gesellschaft, muss auch für die Wahrnehmung von Alter und Pflegebedürftigkeit angestrebt werden. Es geht um die Würde der pflegebedürftigen Menschen, also um die Umsetzung eines Grundrechts.

Und es gibt sie ja, die „Leuchttürme“ in der Pflegelandschaft. Es gibt Tagespflegeeinrichtungen, die eine echte Entlastung für pflegende Angehörige sind. Es gibt Mehrgenerationenhäuser, in denen sich Alt und Jung auch jenseits von Familienbanden unterstützen. Es gibt Senioren-WGs, in denen Gleichgesinnte ihre Gemeinschaft pflegen. Und es gibt natürlich auch sehr gute Pflegeheime, in denen jeder Angehörige seine Lieben gut aufgehoben weiß.

Wie bei allen guten Dingen gilt: Sie bleiben nur gut und werden nur besser, wenn wir sie unterstützen. So energisch wir gegen skandalös geführte Pflegeheime und katastrophal arbeitende Pflegedienste vorgehen müssen, so energisch müssen wir auch die Alternativen vorantreiben. Schließlich haben sich Lebensentwürfe geändert, viele Menschen wollen auch im dritten Lebensabschnitt ihr Schicksal selber in die Hand nehmen und so lange wie möglich selbstbestimmt

leben. Dem wird die derzeitige Pflege-landschaft noch lange nicht gerecht.

Zur Selbstbestimmung gehört auch Selbstverantwortung. Dies zeigt sich in dem gestiegenen Gesundheitsbewusstsein der heute über 50-Jährigen. Hier eilt die Erkenntnis vieler Einzelner der derzeitigen Praxis im Gesundheitswesen noch weit voraus. Immer noch geben Krankenkassen viel zu wenig für Prävention aus. Auch Gesundheitsmanagement ist noch in vielen Betrieben ein Fremdwort. Ich bin mir sicher, dass wir dank des medizinischen Fortschritts nicht nur alle älter, sondern auch noch viel gesünder älter werden könnten, wenn hier mehr investiert würde.

In diesen Zusammenhang gehört auch die geriatrische Rehabilitation, eine Leistung, auf die eigentlich ein Rechtsanspruch besteht, was aber noch viel zu wenig bekannt ist. Dabei ist die geriatrische Rehabilitation, wie sie etwa im VdK-Geriatrizentrum in Neuburg angeboten wird, ein absolutes Erfolgsmodell. Das wichtigste Reha-Ziel, die Rückkehr in die häusliche Umgebung, erreicht der allergrößte Teil der Reha-Patienten. Ein halbes Jahr nach der Reha leben 82 Prozent der teils hochbetagten Patienten immer noch in ihrer Privatwohnung. Die meisten kommen mit nur wenig Unterstützung dann wieder alleine zurecht. Das spart den Pflegekassen eine Menge Geld. Die Pflegebedürftigkeit wird durch eine geriatrische Rehabilitation verhindert, vermindert oder aufgeschoben.

Und wenn es doch unvermeidbar ist, dass ein alter Mensch ins Pflegeheim

muss, sollte dies beim Betroffenen nicht für Angst und Schrecken sorgen. Leider hat sich das Instrument des Pflege-TÜVs bisher nur als recht stumpfes Schwert erwiesen, um den Dschungel der Angebote für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen lichter zu machen. Wenn eklatante Mängel in der Pflege in der Betonung durch eine gute Küche ausgeglichen werden können, schürt das zu Recht das öffentliche Misstrauen. Hier muss dringend nachgebessert werden.

Grundsätzlich werden wir aber nur eine größere Akzeptanz für Pflegeeinrichtungen aller Art schaffen, wenn wir das Berufsbild der Pflege stärken. Fast unbemerkt hat sich die Pflege- und Gesundheitsbranche zum Wachstumsmotor auf dem Arbeitsmarkt entwickelt. Beinahe jeder zehnte sozialversicherungspflichtig Beschäftigte arbeitet in Gesundheits- und Pflegeberufen. Mit 83 Prozent Frauenanteil ist dies vor allem ein weibliches Berufsbild. Die Kehrseite der Medaille ist, dass die Pflege schlecht bezahlt ist und der Anteil geringfügig Beschäftigter sehr hoch ist. Außerdem sind nur 10 Prozent der Beschäftigten im Gesundheits- und Pflegebereich älter als 55 Jahre. Für die meisten in der Pflege beschäftigten Frauen bedeutet das also, dass sie trotz harter Arbeit nur wenig Rentenansparungen erwirtschaften können.

Es wird aber höchste Zeit, dass die Gesundheitsbranche ihr Stiefkind-Image verliert. Immerhin ist sie einer der größten Wirtschaftszweige Deutschlands. Der Umsatz mit Pflegedienstleistungen ist vergleichbar mit dem der heimischen Automobilindustrie: 250 bis 260 Milliar-

den Euro werden jährlich erzielt. Teilweise zahlen Altenheime bereits Prämien für die Besetzung offener Stellen. Der Pflege Mindestlohn ist ein erster Schritt gewesen, die finanzielle Situation der professionell Pflegenden zu verbessern, aber 8,50 Euro im Westen und 7,50 Euro im Osten sind noch meilenweit von einer angemessenen Entlohnung entfernt. Schließlich haben wir es hier bald mit einem Mangelberuf zu tun. Außerdem muss die Professionalisierung der Pflege vorangetrieben werden. Es ist kaum nachvollziehbar, warum eine ausgebildete Altenpflegerin so viel weniger verdient als eine Krankenschwester in der Klinik. Hier müssen Anreize geschaffen werden, dass sich viel mehr junge Menschen entschließen, den Beruf der Altenpflege zu ergreifen. Die derzeitige Tendenz, dass in den Heimen eine Menge angelernter Kräfte, Ein-Euro-Jobber und Zivis arbeiten, beweist, dass die Pflege unserer alten Menschen gesellschaftlich immer noch nicht recht ernst genommen wird. Das muss sich ändern. Das sind wir den Menschen schuldig.

Sie sehen, meine Damen und Herren, dass ich bei meinem gedanklichen Rundgang zur Pflegesituation in Deutschland auf mehr offene Fragen als Antworten gestoßen bin. Ich freue mich deshalb sehr, dass das VdK-Forum in Tutzing wieder so viele kompetente Mitsreiter gefunden hat, mit denen sich innovative Lösungsansätze diskutieren lassen. Ich bin gespannt auf ihre Beiträge und Anregungen und wünsche uns einen anregenden und guten Verlauf der Veranstaltung.

Prof. Dr. Adelheid Kuhlmei

Freie Universität Berlin
Sachverständigenrat zur Begutachtung
der Entwicklung im Gesundheitswesen

Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens – Handlungsbedarf besteht

Wieder sucht eine Tagung nach Orientierungen für die Gesundheitsversorgung der Zukunft. Dass dabei zunehmend auch die Pflege mittun darf, verdankt sie der wachsenden Zahl älterer und alter Patienten in den Gesellschaften des langen Lebens. Denn Pflege wird vor allem im Alter gebraucht. Vielleicht führen wir auch deshalb die Altersdebatte so glücklichlos. Wir freuen uns nicht über die Tatsache, das Privileg des langen Lebens erkämpft zu haben. Altwerden ist sicher geworden; Altsein eine Zumutung. Es gibt u.a. aus diesem Grund in den Gesellschaften des langen Lebens nicht nur einen Mangel an neuen Finanzierungsquellen für die alten sozialen Systeme, sondern vor allem einen Mangel an Rollen- und Leitbildern für immer mehr Alte. „Anti-Aging“ ist dann folgerichtig die Antwort der hochtechnisierten Welt. Gegen das Alter gelte es anzugehen, mit modernen Mitteln müsse es bekämpft werden. Aus diesem Grund – so meine Ausgangsthese – fehlt dem Zukunftsbild der pflegerischen Versorgung älterer und alter Menschen vor allem eines – ein Konsens darüber, was Gesundheit und angemessenes Leben im hohen Alter überhaupt ist.



Gesundheit ist ein Wert und keine kaufmännische Kostenstelle. Wir vergessen dies häufig aus Furcht vor dem Gespenst explodierender Gesundheitskosten. Altern in Gesundheit ist eine noch ungenutzte Ressource.

Der Wert des demografischen Alterns zeigt sich u.a. in der Entwicklung der sogenannten ferneren Lebenserwartung. (vgl. Folie nächste Seite)

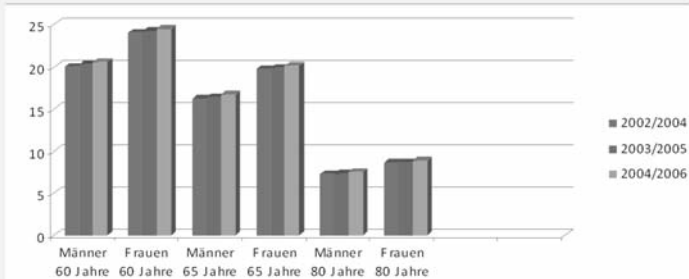
Die Tatsache, dass die durchschnittlich noch erwartbare Lebenszeit 80-Jähriger für deutsche Frauen weit über 8 Jahre, für Männer beinahe 7 Jahre beträgt, ist ein demografischer Siegeszug.

Menschen über achtzig Jahre stellen den am schnellsten wachsenden Teil der Bevölkerung dar. (vgl. Folien nächste Seite)

Ferne Lebenserwartung

Alter

Ferne Lebenserwartung bei Männern und Frauen in Deutschland



Quelle: Statistisches Bundesamt 2008

Altenquotient „65“ und „85“

Altenquotient „65“ (65-Jährige und Ältere je 100 Personen im Alter von 20 bis unter 65 Jahren)

Ergebnisse der 11. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung
(ab 2010)

Jahr	„relativ junge“ Bevölkerung Variante 3- W2	„mittlere“ Bevölkerung		„relativ alte“ Bevölkerung Variante 6- W1
		Untergrenze Variante 1- W1	Obergrenze Variante 1- W2	
2005	31,7	31,7	31,7	31,7
2010	33,5	33,6	33,5	33,7
2020	38,0	38,7	38,0	39,5
2030	50,2	52,2	50,3	54,2
2040	57,2	61,4	58,0	65,3
2050	58,0	64,3	60,1	70,9

Altenquotient „65“ und „85“

Altenquotient „85“
(85-Jährige und Ältere je 100 Personen im Alter von 20 bis unter 65 Jahren)

Jahr	„relativ junge“ Bevölkerung	„mittlere“ Bevölkerung		„relativ alte“ Bevölkerung
	Variante 3 - W2	Untergrenze Variante 1 - W1	Obergrenze Variante 1 - W2	Variante 6 - W1
2006	3,22	3,22	3,22	3,22
2010	3,86	3,87	3,86	3,89
2020	5,25	5,35	5,25	5,69
2030	7,55	7,86	7,56	8,90
2040	9,61	10,38	9,74	12,32
2050	14,07	15,92	14,58	19,71

Quelle: Statistisches Bundesamt, 2006

Altenquotient „65“ und „85“

Altenquotient „85“ in den Bundesländern

	2005	2015	2025	2040	2050
Baden-Württemberg	3,02	4,49	6,94	10,13	15,92
Bayern	2,95	4,41	6,60	9,58	14,94
Berlin	2,91	3,52	6,34	9,24	14,53
Brandenburg	2,45	4,37	9,13	14,53	24,86
Bremen	3,82	5,05	7,09	8,89	12,19
Hamburg	3,35	4,09	5,76	7,62	12,42
Hessen	3,12	4,61	6,90	10,46	16,11
Mecklenburg-Vorpommern	2,23	4,39	9,15	13,48	20,88
Niedersachsen	3,29	4,81	7,43	10,55	16,05
Nordrhein-Westfalen	2,99	4,54	6,72	9,37	14,38
Rheinland-Pfalz	3,22	4,72	6,95	10,30	15,75
Saarland	3,01	4,80	7,35	10,43	15,28
Sachsen	3,43	6,10	10,48	14,40	20,39
Sachsen-Anhalt	2,87	5,33	9,87	14,38	21,20
Schleswig-Holstein	3,49	4,67	7,73	10,74	16,34
Thüringen	2,65	5,05	9,35	14,29	21,35
Deutschland	3,04	4,62	7,25	10,38	15,92

85-Jährige und Ältere je 100 Personen im Alter von 20 bis unter 65 Jahren

Quelle: Statistisches Bundesamt (2006d), eigene Darstellung

Steigt der Altenquotient „65“ in der Variante „mittlere“ Bevölkerung (Untergrenze) von 31,7 im Basisjahr bis 2050 auf 64,3, d.h. auf das 2fache – so steigt der Altenquotient „85“ in der Variante „mittlere“ Bevölkerung (Untergrenze) von 3,22 im Basisjahr bis 2050 auf 15,92 d.h. auf beinahe das 5fache.

Diese Relationen verdeutlichen bereits, dass die demografische Entwicklung das Gesundheitswesen und hier vor allem die Pflege künftig vor erhebliche Herausforderungen stellt.

Die einzelnen Bundesländer weisen schon 2005, d.h. zum Basiszeitpunkt der Prognose, spürbar divergierende Altenquotienten auf.

Bei dem Altenquotient „85“ zeigt sich, dass im Basisjahr 2005 die geringere Lebenserwartung in den neuen Bundesländern tendenziell zu niedrigeren Werten führt. So weisen Mecklenburg-Vorpom-

mern, Brandenburg und Thüringen die niedrigsten Altenquotienten „85“ auf¹. Da die Prognose aber davon ausgeht, dass die Lebenserwartung in den neuen Bundesländern schnell das bundesdeutsche Niveau erreicht, nehmen diese Länder auch beim Altenquotient „85“ bald die Spitzenpositionen ein. Im Jahre 2050 rangiert Brandenburg mit 24,86 vor Thüringen mit 21,35 und Sachsen-Anhalt mit 21,20 an der Spitze. Die letzten Plätze in dieser Skala nehmen Bremen und Hamburg mit den vergleichsweise günstigen Altenquotienten 12,19 bzw. 12,42 ein.

Ein langes Leben wird immer häufiger zur individuellen und sozialen Realität und das persönliche Erreichen eines Alters von über 80 bis 100 Jahren eher die Regel als die Ausnahme, wobei zu beachten ist, dass die einzelnen Bundesländer unterschiedlich stark vom durchschnittlichen Altern ihrer gesamten Wohnbevölkerung betroffen sind. Dies verdeutlicht die Folie

Der demografische Wandel im Vergleich zwischen ländlichen Regionen in Ost und West

	West	Ost	Ländliche Räume West	Ländliche Räume Ost
Bevölkerungsentwicklung (in Prozent)				
1990/2006	6,7	-8,7	8,3	-13,7
2006/2025	0,5	-10,7	0,2	-18,3
Anteil der Einwohner 65 (85) und älter an der Gesamtbevölkerung (in Prozent)				
2006	19,4 (2,0)	21,1 (1,9)	19,9 (2,1)	21,5 (1,7)
2025	23,3 (3,8)	29,3 (5,0)	24,7 (4,0)	32,9 (5,6)
Entwicklung der Bevölkerung 65 (85) Jahre und älter (in Prozent)				
1990/2006	35,7 (34,2)	39,1 (20,6)	35,6 (43,9)	48,9 (32,5)
2006/2025	21,3 (96,0)	23,9 (132,2)	24,6 (95,3)	25,2 (167,6)
Einwohnerdichte (Einwohner je km²)				
2006	264	153	114	73
2025	261	137	114	60

Zur Verdeutlichung ist das jeweilige Maximum bzw. Minimum der Werte fettgedruckt.
Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der Daten und Prognosen des BBR

¹ Dies gilt lediglich nicht für Sachsen und Sachsen-Anhalt.

noch für die ländlichen Räume: Rückgang der Gesamtbevölkerung in den ostdeutschen ländlichen Gebieten, gegenwärtig schon ein hoher Anteil alter Bevölkerung mit steigender Tendenz bei der Hochaltrigkeit. Diese regionalen Spezifika müssen bei der Planung der Gesundheitsversorgung der Zukunft mehr Beachtung finden.

Natürlich ist der Streit darüber, in welchem Gesundheitszustand die Menschen die gewonnenen Lebensjahre verbringen, nicht entschieden.

Und doch häufen sich die Befunde, denen zufolge das handicapfreie Alter stärker als die gesundheitlich eingeschränkte Lebensphase wächst.

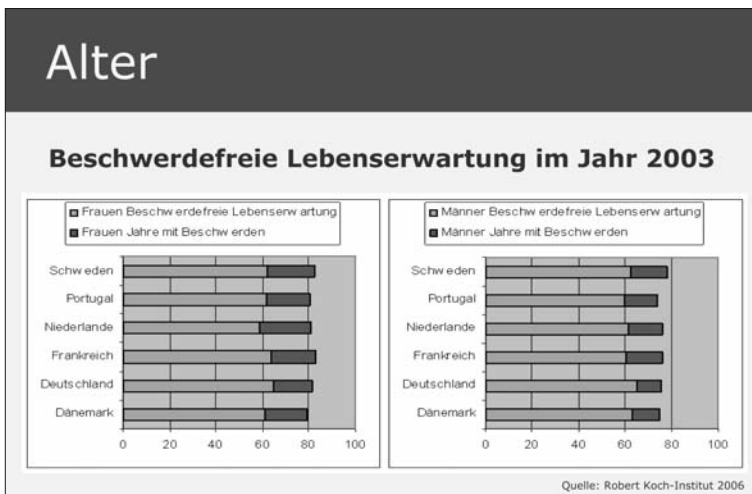
Schon vor 10 Jahren zeigte Dinkel auf der Basis von Kohortendaten des Mikrozensus, dass der Gesundheitszustand der deutschen Bevölkerung sich verbesserte. Der Anteil der gesunden Jahre zwischen

dem 59. und 77. Altersjahr lag bei den 1907 Geborenen noch bei 72 Prozent und beim Jahrgang 1919 bei 77 Prozent. Diese Kunde wird von Gesundheitsbericht zu Gesundheitsbericht fortgeschrieben.

Der Amerikaner Fries publizierte u.a. 2003 auf der Grundlage nationaler Surveys für die USA eine Kompression bei unterschiedlichen Schweregraden der Behinderung. Seine Daten zeigen ein Sinken der Behinderungen bei Personen über dem 65. Lebensjahr in einem 15-Jahreszyklus von 26% auf 19%.

Die beschwerdefreie Lebenserwartung – ermittelt für Frauen und Männer einiger EU-Länder im Jahr 2003 – gibt für Deutschland relativ hohe Werte an.

Dies alles sind Gewinne, die u.a. auch aus den Ausgaben für die medizinische Versorgung resultieren, die so gesehen Investitionen in unser Humankapital sind.



Gleichzeitig werden die Risiken, die sich ebenso mit dem demografischen Altern verbinden, dazu führen, dass der Anteil der Ressourcen, die für den Gesundheitssektor verwendet werden, weiter steigt.

Denn die allgemeine Verlängerung des Lebens hängt eng mit einer spezifischen Krankheitslast älterer und alter Menschen zusammen. Dazu gehört das geriatrische Phänomen der Multimorbidität ebenso wie die Pflegebedürftigkeit als eine im Alter stark zunehmende Versorgungssituation.

Multimorbidität als besondere Anforderung an die Versorgung

Definition:

Multimorbidität ist das Bestehen mehrerer, wiederkehrender, chronischer oder akuter Krankheiten oder Symptome gleichzeitig, wobei diese im Gegensatz zur Komorbidität von einer Grunderkrankung unabhängig sind.

Multimorbidität ist mehr als die Summe der Einzelerkrankungen.

Multimorbidität ist das Auftreten und Bestehen von mehreren Erkrankungen gleichzeitig.

Die Beurteilung der Krankheitslast durch die Betroffenen ist abhängig vom Erkrankungsmuster, der zeitlichen Entwicklung der Erkrankungen sowie von psychischen und sozialen Faktoren. Zusätzlich treten in das Krankheitsgeschehen Syndrome wie Inkontinenz, Verwirrtheit, Sturzgefährdung und komplexe Schmerzzustände, und es entstehen Funktionseinschränkungen und Behinderungen für den Patienten, die sich auf seine Fähigkeiten, den Alltag zu bewältigen, auswirken.

Prävalenz:

- Berliner Altersstudie: Jeder Vierte über 70-Jährige leidet an fünf gleichzeitig behandelten Erkrankungen (Steinhausen-Thiessen/Borchelt 1996)

- Alterssurvey: 24% der über 70-Jährigen gaben an, an fünf und mehr Erkrankungen zu leiden (Tesch-Römer 2002)
- Gesundheitssurvey: Ca. die Hälfte der über 65-Jährigen weisen drei oder mehr relevante chronische Erkrankungen auf (Kohler/Ziese 2004)

Die Wahrscheinlichkeit des Auftretens und die Komplexität von Mehrfacherkrankungen steigen mit dem Alter.

Die derzeitige Datenlage zur Multimorbidität ist nicht zuverlässig. Die Prävalenz- und Inzidenzangaben variieren je nach Definition, Zahl und Art der eingeschlossenen Erkrankungen und der untersuchten Gruppe. Doch zeigen nahezu alle Untersuchungen einen erstaunlich hohen Prozentsatz von mehrfach Erkrankten.

So kann seit der Berliner Altersstudie davon ausgegangen werden, dass jeder Vierte über 70-Jährige an fünf gleichzeitig behandelten Erkrankungen leidet.

Auch im Alterssurvey 2002 gaben 24% der über 70-Jährigen an, an fünf und mehr Erkrankungen zu leiden.

Der telefonische Gesundheitssurvey (GStel03) des Robert-Koch-Instituts zeigte unter Berücksichtigung eines eigens entwickelten Multimorbiditätsindex eine deutliche Zunahme von Multimorbidität mit steigendem Alter bei beiden Geschlechtern. Etwa die Hälfte der über 65-jährigen Bundesbürger weist demnach drei oder mehr relevante chronische Erkrankungen auf.

Der mehrfach erkrankte Patient wird eine bestimmende Realität in der Versorgung. Nebenbei bemerkt: Dies steht im Gegensatz zum wissenschaftlichen Kenntnisstand zu Patienten mit Mehrfacherkrankungen. So kommen nach einem

systematischen Review auf eine Studie zur Multimorbidität beispielsweise 94 Studien zur Hypertonie und 38 zum Diabetes mellitus (Fortin et al. 2005).

Was sind die Konsequenzen?

Die Folgen von Multimorbidität für das Gesundheitssystem sind eine erhöhte Zahl medizinisch-pflegerischer, aber auch sozialer und ökonomischer Probleme. So steigen beispielsweise die Arztkontakte und die Zahl bzw. Dauer der Aufenthalte im Krankenhaus mit der Anzahl chronischer Erkrankungen an.

Multimorbidität wirkt sich negativ auf die Lebensqualität und den subjektiven Gesundheitszustand aus, und die Mortalität steigt. Dafür sind häufig multimorbiditäts-assoziierte Phänomene wie Schmerz, Schlafstörungen, Zustände nach Stürzen oder Mangelernährung verantwortlich.

Insbesondere jenseits des 80. Lebensjahres kommt es in der Folge zu Hilfsabhängigkeit und Pflegebedürftigkeit.

Pflegebedürftigkeit als besondere Anforderung an die Versorgung

Definition:

Pflegebedürftigkeit ist ein Zustand höchster körperlicher, psychischer und sozialer Vulnerabilität, der dazu führt, dass der Lebensalltag dauernd nur mit fremder Hilfe aufrecht erhalten werden kann.

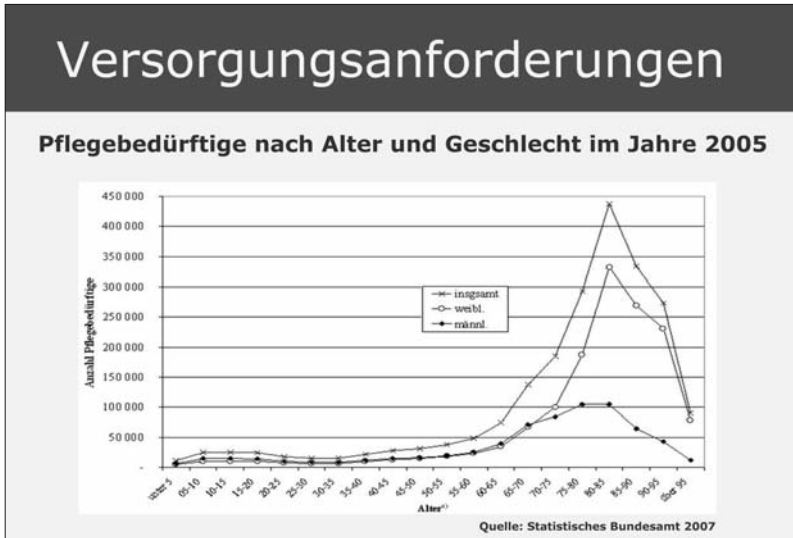
Pflegebedürftigkeit ist ein zentrales Gesundheitsrisiko in den Gesellschaften des langen Lebens und ein Zustand höchster körperlicher, psychischer und sozialer Vulnerabilität.

Derzeit gelten 2,25 Millionen Bundesbürger als pflegebedürftig im Sinne des SGB XI. Der Blick auf die altersspezifische Pflegequote zeigt, dass sie ab einem Lebensalter von 72 Jahren 5% beträgt

und danach deutlich ansteigt, so dass das Pflegerisiko unter den 80- bis 85-Jährigen bereits 20,3% und im Alter zwischen 90 und 95 Jahren sogar 60,8%

beträgt. Frauen sind sehr viel stärker von Pflegebedürftigkeit betroffen, und ihr Pflegebedarf wächst im Alter deutlich schneller als bei Männern (DZA 2007).

Prävalenz



Was sind die Konsequenzen?

Pflegebedürftige sind in Alltagsverrichtungen stark beeinträchtigt. Das Ausmaß zeigt sich in Befunden aus der stationären Versorgung: Fast 90% der Bewohner haben Schwierigkeiten mit dem Duschen und Waschen, 50% beim An- und Ausziehen, Wasser-/Stuhlhalten, alleiniger Toilettennutzung und Im-Zimmer-Umhergehen, und knapp 40% können nicht mehr eigenständig essen und trinken.

Neben diesen Beeinträchtigungen, die vor allem den Bereich der Mobilität umfassen, leiden Pflegebedürftige unter ihrer eingeschränkten kognitiven Leistungsfähigkeit: Knapp 60% der Bewohner sind häufig oder gelegentlich unfähig zur Lösung von Alltagsproblemen.

Durchschnittlich erkranken in Deutschland 7,2% der über 65-Jährigen an einer Demenz – eine Zahl, die mit dem Alter deutlich zunimmt.

Entwicklung der Zahl der Demenzkranken bis 2050

Versorgungsanforderungen

Entwicklung der Zahl der Demenzkranken in Deutschland bis 2050 bei gleich bleibenden altersspezifischen Prävalenzraten

(Angaben in 1.000)

Altersgruppe	Jahr 2000	Jahr 2010	Jahr 2020	Jahr 2030	Jahr 2040	Jahr 2050
65 - 69	49,8	52,1	58,8	75,0	54,1	54,4
70 - 74	100,7	133,4	110,1	140,0	151,9	112,2
75 - 79	170,1	186,4	197,2	228,6	296,3	216,9
80 - 84	196,0	295,4	402,5	343,8	447,8	495,7
85 - 89	280,3	304,8	347,6	379,2	496,4	633,9
90+	176,6	183,1	272,0	394,8	328,3	533,1
Insgesamt	953,5	1.155,2	1.388,2	1.561,4	1.810,8	2.046,2

Quelle: Bickel 2001

Bis zum Jahr 2050 ist mit mehr als 2 Millionen demenziell Erkrankten in Deutschland zu rechnen (Bickel 2001). Auch der Sachverständigenrat hat eine

Prognose zur Entwicklung der Pflegebedürftigen bis zum Jahr 2050 vorgelegt. Diese weist für 2050 eine Zahl von 4,35 Millionen Pflegebedürftigen auf.

Übersicht über Prognosen zur Entwicklung der Pflegebedürftigen (in Millionen)

Prognose	Jahr	Jahr					
		Basisjahr	2010	2020	2030	2040	2050
Eigene Berechnung	SQ ¹	2,24	2,38	2,86	3,28	3,77	4,35
	KT ²	(2007)	2,35	2,69	2,93	3,19	3,50
	SQ	(2000)	2,13	2,47	2,71	2,98	-
Rothgang (2001)	KT	(2000)	2,01	2,21	2,38	2,59	-
Statistisches Bundesamt (2008)	SQ	2,13	2,40	2,91	3,36	-	-
	KT	(2005)	2,30	2,68	2,95	-	-
Rürup (2003)	SQ	(2002)	-	-	3,10	3,40	-
Blinkert, Klie (2001)	SQ	(1998)	2,21	2,58	2,81	3,11	3,45
Dietz (2002)	SQ	(2000)	2,04	2,37	2,61	2,87	3,17
Ottmad (2003)	SQ	(2002)	-	-	3,11	-	4,00
Häcker, Raffelhüschen (2006)	SQ	1,93	-	-	-	-	3,79
	SQ	(2004)	-	-	-	-	3,79
Häcker, Höfer, Raffelhüschen (2005)	SQ	1,97	2,21	2,70	3,09	3,60	4,25
	SQ	(2005)	2,21	2,70	3,09	3,60	4,25

¹ Status quo-Prognose; ² Prognose bei Annahme der Morbiditätskompressionsthese

Quelle: GBE (2009), Statistisches Bundesamt (2006), Rothgang (2001), Statistisches Bundesamt (2008), Rürup (2003), Blinkert (2001), Dietz (2002), Ottmad (2003), Raffelhüschen (2005), Raffelhüschen (2006), eigene Darstellung, eigene Berechnung.

Die Prognosen verdeutlichen, dass der Pflegesektor in Zukunft mit einer erheblichen Dynamik zunimmt. Diese Konsequenz gilt unabhängig von Veränderungen des Gesundheitszustandes der Bevölkerung, da potenzielle Verbesserungen

das Wachstum zwar einschränken, aber nicht aufhalten können. Die Graphik zeigt, wie das Wachstum des Pflegebedarfs unter der Annahme der Kompressionsthese variiert!



Wie können die Versorgungsanforderungen älterer und alter Menschen bewältigt werden und mit welchem Ziel?

Die Versorgung mehrfach kranker oder pflegebedürftiger alter Menschen hat das Ziel, mehr Gesundheit herzustellen. Und hier komme ich zu meiner Ausgangsthese zurück:

Was ist Gesundheit für alte Menschen mit einer Mehrfacherkrankung oder Pflegebedarf?

Der Philosoph Ernst Bloch schreibt: „Gesundheit ist ... überwiegend ein gesellschaftlicher Begriff. Gesundheit wieder herzustellen heißt in Wahrheit: den Kranken zu einer Art von Gesundheit zu bringen, die in der jeweiligen Gesellschaft die jeweils anerkannte ist, ja in der Gesellschaft selbst erst gebildet wird.“

Ein bedenkenswerter Ansatz mit Blick auf das noch vorhandene Gesundheitspotenzial eines mehrfach kranken oder pflegebedürftigen alten Menschen. Seine Gesundheit ist nicht Abwesenheit von jeglicher Krankheit und Funktions-

störung, sondern zeigt sich in der Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung von Lebensqualität. Dabei geht es um die Qualität des Lebens, die im jeweiligen

Abschnitt des Lebensverlaufs und für die jeweils kranke alte Frau oder den kranken alten Mann angemessen ist.

**Durch welche Gesundheitsversorgung kann die verbliebene Gesundheit gestützt und eine pflegerische Versorgung sichergestellt werden?
Wo also besteht Handlungsbedarf?**

Sicherstellung der pflegerischen Versorgung durch:

- Prävention und Gesundheitsförderung
- Einstellen auf Änderung des Morbiditätsspektrums: z.B. Leitlinien für Multimorbidität
- Ausdifferenzierung ambulanter Versorgung, Region und demografischer Wandel
- Verzahnung der Versorgung, Region
- Case- und Care-Management
- Beratung
- Unterstützung pflegender Angehöriger
- Modernisierung der Heimbetreuung
- Neue Kooperationsformen der Gesundheitsberufe
- Personalentwicklung und Nachwuchsgewinnung

Eine Sicherstellung der Pflege kann zunächst unterstützt werden, wenn die Anstrengungen zur *Prävention und Gesundheitsförderung* intensiviert würden. Heute ist unstrittig, dass dadurch zumindest eine Verzögerung vieler Gesundheitseinbußen möglich wäre. Dabei brauchen wir Strategien zur Verminderung der Eintrittswahrscheinlichkeit von Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit und Maßnahmen zur Erhaltung bereits beeinträchtigter Gesundheit und Funktionsfähigkeit.

Die Zukunft einer altersangepassten Gesundheitsversorgung zu gestalten, das heißt aber auch:

Diese besser auf das veränderte Morbiditätsspektrum einzustellen und die Entwicklung von *Leitlinien* für alte Patienten, die an mehreren chronischen Erkrankungen gleichzeitig leiden, voranzutreiben. Solche Leitlinien müssen Behandlungsprioritäten setzen, an den Gesamtzustand des Patienten, seine Ressourcen und Fähigkeiten adaptiert sein und seine Lebenserwartung und individuelle Situation berücksichtigen.

Das heißt: Die *qualitative Weiterentwicklung und Ausdifferenzierung der ambulanten Pflege* von gesundheitsförderlicher bis hin zu palliativer Pflege. Dabei müssen die vorhandenen Versorgungsressourcen der Regionen genutzt werden, und das Angebotsspektrum muss den regionalen demografischen Entwicklungen angemessen sein.

Gleichzeitig muss an einer *Verzahnung* der Versorgung für ältere und alte Menschen, die unter chronischen Erkrankungen, Multimorbidität und/oder Pflegebedürftigkeit leiden, gearbeitet werden, um den Zustand bei langwierigen Krankheits- und Pflegeverläufen stabil zu halten.

Dabei sind eine Vielzahl von Schnittstellen zu überwinden und Patienteninformationen weiterzuleiten. Der Ausbau von *Case- und Care-Management* könnte bei der Steuerung der Langzeitversorgung helfen.

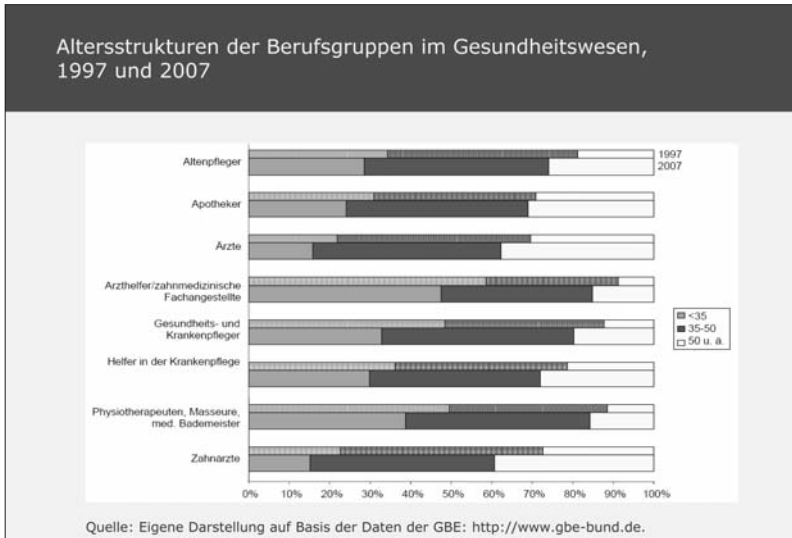
Nicht zuletzt kann eine gute *Beratung* einen wichtigen Beitrag zur Lebensqualität im Falle von Mehrfacherkrankung und Pflegebedürftigkeit leisten. Die bereitgestellten Informationen müssen dann aber jederzeit erreichbar, leicht zugänglich, zielgruppenspezifisch zugeschnitten und verständlich aufbereitet sein. Gute Beratung hat längerfristige Aufgaben der Begleitung und individuellen Versorgungsplanung und -steuerung. Diese Kriterien sollten auch beim derzeitigen Aufbau der Pflegestützpunkte in den Regionen dringend beachtet werden.

Die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung, die von Migration junger Fami-

lienangehöriger stark betroffen ist, ist künftig entscheidend davon abhängig, inwieweit es gelingt, gemischte Pflegearrangements herzustellen und zu einem produktiven Zusammenwirken von professioneller sowie kommunaler und Hilfe durch *Familien und pflegende Angehörige* zu gelangen.

Eine Modernisierungsoffensive ist aber nicht nur im ambulanten Versorgungssystem angezeigt, auch die *Heimversorgung* bedarf konzeptioneller Veränderungen. Heime sind längst Stätten der Pflege und Krankheitsbewältigung in den Spät- und Endstadien chronischer Krankheit bzw. am Lebensende geworden. Und: Pflegebedürftigkeit ist ein oft lang andauernder Zustand. Im Median liegt die Überlebensdauer der Frauen, die eine Pflegestufe I haben, bereits bei 39 Monaten und bei den so eingestuftten Männern bei 25 Monaten. So muss es uns um die Weiterentwicklung der Fachlichkeit im Umgang mit kognitiven Einbußen, psychischen Problemlagen und Verhaltensauffälligkeiten gehen und um die Frage, welche Pflege die Lebensqualität der Betroffenen unterstützt.

Nicht zuletzt kommt es gerade in strukturschwachen Gebieten darauf an, die Ressourcen zu nutzen, die in neuen Formen der Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe liegen, wie z.B. im Modell AgNES, und insbesondere für diese Regionen besondere Maßnahmen der Nachwuchsgewinnung zu etablieren. Die Abbildung zeigt, dass auch die Alterung der Berufsgruppen im Gesundheitswesen in den vergangenen zehn Jahren vorangeschritten ist.



Die Liste des Handlungsbedarfs ist trotz der Fortschritte der letzten Jahre lang – da bleibt an dieser Stelle ein kurzes nachdenkliches Fazit:

Der demografische Wandel hat das Gesundheitsniveau bzw. Krankheitsgeschehen verändert. Dieser Veränderungsprozess wird sich fortsetzen. Ob die Menschen von Kohorte zu Kohorte immer gesünder ins hohe Alter kommen, ob es gelingt, körperliche Einbußen immer mehr in eine letzte kurze Lebensphase zu verdrängen, ist auf der Basis heutiger Erkenntnisse nicht endgültig zu entscheiden.

Das gesunde Alter als eine Phase frei von jeglichen Funktionseinschränkungen scheint aus heutiger Perspektive allerdings als ein nicht erreichbares eher theoretisches Konstrukt. Die Auffassung,

wir könnten alle mit anhaltender Kontrolle über die eigene Situation leben, gute Lebensbedingungen stets bewahren, immer weiter intelligent und leistungsfähig bis ins höchste Alter sein, hat eine Utopie entstehen lassen, die weder die Medizin, noch die Pharmazie, noch die Gesundheitssysteme oder das Individuum einlösen können. Wer meint, allen Krankheiten vorbeugen zu können, wer jedes Leiden zu heilen anstrebt, der verliert im Alter seine eigene Souveränität. Die Gesundheitseinbußen einer alten Bevölkerung im 21. Jahrhundert zu bewältigen heißt für das Gesundheitssystem, die jeweils vorhandenen Potenziale der alternden Frauen und Männer zu unterstützen, und nicht dem zum Scheitern verurteilten Versuch, einen Zustand x bis zum Lebensende erhalten zu wollen, hinterherzujagen.



Claus Fussek

Vereinigung Integrationsförderung e.V.
(VIF),
München

„Wir dürfen die alten, pflegebedürftigen Menschen und ihre Angehörigen nicht im Stich lassen!“

Wie und wo wollen wir/unsere Eltern im Alter wohnen, leben und gepflegt werden?

„Wer es nicht selber erlebt hat, kann es nicht nachvollziehen!“ – Darüber spricht man nicht! – Überforderung, Überlastung, Gewalt in der häuslichen Pflege!

Politiker und Politikerinnen aller Parteien betonen seit vielen Jahren gebetsmühlenartig und bei jeder Gelegenheit: „Wir stehen vor einer der größten gesell-

schaftlichen Herausforderungen. Die Zahl der Demenzerkrankten wird ansteigen. Dreh- und Angelpunkt der häuslichen Pflege sind die pflegenden Angehörigen. Der überwiegende Anteil z.B. der altersverwirrten Menschen, nämlich rund 70 – 80 Prozent werden zu Hause versorgt und betreut! Pflegende Angehörige tragen daher die Hauptlast. Gerade bei Menschen mit einem Betreuungsbedarf rund um die Uhr reicht die Unterstützung durch Pflegedienste in ihrer bisherigen Form nicht aus!“

Wie gut die Pflege zu Hause ist, lässt sich schwerer beurteilen als in den Heimen. Ein Einblick in die tatsächliche Versorgungsqualität in der häuslichen Situation ist nur angemeldet möglich und muss immer die Aufteilung der Verantwortung zwischen Betroffenen, Angehörigen, Ärzten und Pflegedienst sowie die gewünschte und vereinbarte Vertragssituation berücksichtigen. Die strukturellen und personellen Missstände sind auch in der häuslichen Pflege durchaus bekannt (Pflegequalitätsbericht des MDS 2004!). „Da schaut niemand hin! Das ist das Tabu im Tabu!“ wird immer wieder betont, wenn in der Öffentlichkeit über Gewalt in der häuslichen Pflege diskutiert wird.

Eine pflegebedürftige Frau schildert verzweifelt und resigniert ihre Versorgung durch einen Pflegedienst: „Meine Pflege erfolgt täglich im Minutentakt, d.h. Waschen, Anziehen, Frühstück wird in Minuten festgesetzt. Dauern diese Tätigkeiten etwas länger, gibt es Zeitprobleme. Gespräche und Nachfragen entfallen völlig, weil die Zeit dazu gar nicht ausreicht. Betonen möchte ich, dass diese

Einschränkungen nicht nur für mich, sondern auch für das Pflegepersonal sehr belastend sind. In diesem Zusammenhang wäre es unbedingt notwendig, hier eine Änderung zu schaffen. Die vom Medizinischen Dienst festgelegte Pflegezeit (für mich 5 Std. Pflegestufe 3) kann vom Pflegepersonal kostenmäßig nicht erbracht werden. Das bedeutet, dass ich ab Mittag (12.00 Uhr) bis zum Abend (19.30 Uhr) ohne Toilettengang auskommen muss! Die jetzigen Zeitvorstellungen können nur von Robotern erfüllt werden!“

Oder die vorsichtige Beschwerde einer Angehörigen („das Personal ist ja bemüht!“): „Die Morgentoilette meiner Mutter erfolgt in einer relativ schnellen Abfolge und ist auch täglich mit einer relativen Zeitungewissheit verbunden. Ob sie um acht, neun oder später aus dem Bett kommt, ist bis zum Erscheinen des Pflegedienstes unbekannt. Das gilt auch für den Abend. So ist es nicht selten vorgekommen, dass sie in Hochsommernaten bei schönem Wetter um 18.15 Uhr für das Bett fertig gemacht und ins Bett gebracht wird. Die Pflegeleistungen laufen in einem Schnellverfahren ab, so dass das Menschliche so richtig auf der Strecke bleibt. Die Mutter muss Windeln tragen, weil der Pflegedienst nur dreimal am Tag kommt. Doch der Toilettengang lässt sich nicht immer nach diesen Zeiten planen. So trinkt sie zum Beispiel sehr wenig, damit sie nicht stundenlang in einer nassen Windel sitzen muss!“

Zwei typische Beispiele für das System „Minutenpflege“ – optimale, angemessene Pflege oder ein zutiefst inhumanes System?

Ich frage mich immer wieder: Wer hat sich denn das ausgedacht? „Entsorgung von Ausscheidungen oder Inkontinenzartikeln: 2 Minuten = 0,88 Euro, mundgerechtes Herrichten der Nahrung und Getränke: 5 Minuten = 2,20 Euro“ oder ein Pflegedienst, der für „persönliche psychosoziale Betreuung“ pro angefangener 10 Minuten 4,35 Euro, für Kämmen 2,20 Euro in Rechnung stellt usw.

Das System wird immer ausgefeilter. Anstatt diese völlig praxis- und realitätsfernen Strukturen grundsätzlich zu verändern, werden z.B. für die direkte Pflege 22 „behandlungspflegerische Standards“ und acht „Standards zu Prophylaxen“ sowie 62 „grundpflegerische Standards“ in den Bereichen „Ganzwaschung“, „Teilwaschung“, „Ausscheidungen“, „Lagern/Betten“, „Hilfen bei der Nahrungsaufnahme“ beschrieben (aus einem Werbeflyer der Paritätischen Verlagsgesellschaft).

Ein System, das Pflegekräfte häufig kaum begreifen können (und wollen), bedeutet für pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen oft keine echte Leistung und vor allem bezahlbare Hilfe. Es werden die körperbezogenen „Sachleistungen“ zügig erbracht, die man nach einem Zeitkorridor- bzw. Modulsystem mit den Kassen abrechnen kann. Wer kümmert sich darum, wie der Bedürftige bzw. der Angehörige die restliche Zeit des Tages klar kommt?

„Wie soll es nur weitergehen? Ich pflege meine Mutter seit vielen Jahren rund um die Uhr – sieben Tage in der Woche – der Pflegedienst kommt zwei- oder dreimal am Tag – ich bin 23 Stunden ohne

Hilfe. Ich kann nicht mehr, ich bin am Ende meiner Kraft – überall erhalte ich kluge Ratschläge – aber keine konkrete Hilfe. Ich habe Angst, dass ich mich nicht mehr in der Gewalt habe...“ Solche Aussagen und Schilderungen verzweifelter, überlasteter und überforderter Angehöriger gehören zum Alltag eines ambulanten Pflege- und Beratungsdienstes.

In der Ärzte-Zeitung vom 29.06.2007 wird berichtet, dass es in Deutschland um die 6.000 Einrichtungen gibt, die sich dem Schutz von Kindern widmen, aber nur etwa 20, an die sich alte Menschen wenden können, die Opfer von Gewalttaten geworden sind. Die Opfer sind oft Menschen, die von Angehörigen zu Hause gepflegt werden. Opfer und Täter stehen in einem direkten Abhängigkeitsverhältnis. Das Opfer-Täter-Verhältnis ist oft nicht so eindeutig wie bei Kindesmisshandlungen. Selbstverständlich werden auch in der häuslichen Pflege unter Familienangehörigen oft „alte Rechnungen beglichen“, nicht alle Übergriffe können mit Überlastung und Überforderung erklärt werden.

Viele Angehörige, die am starren Pflegesystem verzweifelt sind, haben sich in ihrer Aussichtslosigkeit für die so genannte „illegale Pflege“ entschieden. Eine Tochter, die ihre Mutter wieder aus dem Heim geholt hat, erklärt ihre Situation: „Nachdem die Entscheidung gefallen war – meine demenzkranke Mutter, die rund um die Uhr Betreuung braucht, die wir nicht lange leisten können, da wir alle berufstätig sind, kommt mit der osteuropäischen Pflegerin wieder in ihre eigene Wohnung – das, was sie sich immer ge-

wünscht hatte und das Einzige, das auch für sie mit ihrer geringen Rente und mit unserer finanziellen Hilfe möglich ist – ging es uns Angehörigen besser.“

Eine andere Tochter, die ihre Mutter selber jahrelang gepflegt hat, und die „psychisch am Ende ist“: „Die dafür benötigten Kosten von deutschen Pflegekräften übersteigen unsere Möglichkeiten. Außerdem ist mit der Inanspruchnahme eines Pflegedienstes ein ständiger Wechsel der Pfleger verbunden, was für einen ohnehin verwirrten und ängstlichen Kranken eine zusätzliche Aufregung mit sich bringt. Der einzige Ausweg ist die Hilfe einer Pflegekraft aus dem Osten. Dies bedeutet eine „illegale“ Beschäftigung und für mich ein permanent schlechtes Gewissen. Ein noch schlechteres Gewissen hätte ich aber, wenn ich meine Mutter gegen ihren Willen in ein Pflegeheim gäbe.“

Wie reagieren vor allem Funktionäre der „Pflegeszene“? Wir zeigen Menschen an, die hier gesellschaftliche Leistungen erbringen, die wir in Deutschland nicht erbringen können und wollen oder nicht bezahlen können oder wollen. Wir kriminalisieren pflegebedürftige Menschen und ihre verzweifelten Angehörigen, die nichts anderes wollen, als ihre Eltern in Würde versorgt zu wissen. Es nutzt selbstverständlich wenig, Angehörige anzuklagen; es geht vielmehr darum, endlich entlastende, praktikable und bezahlbare Angebote flächendeckend und bedarfsgerecht zu schaffen. Statt diese „illegalen“ Helferinnen pauschal abzuqualifizieren und gegen sie anzukämpfen, müssen wir endlich ehrlich unsere Strukturen und Haltungen in der häuslichen

und auch stationären Pflege grundsätzlich überdenken. Die pflegebedürftigen Menschen und ihre Angehörigen wollen in der Regel selbstbestimmt in ihrer gewohnten häuslichen Umgebung wohnen und gepflegt werden. Wir brauchen anstatt dieser unwürdigen und praxisfernen Pflegestufeneinteilung ganzheitliche, bezahlbare Pflege- und Betreuungskonzepte, die sich am tatsächlichen Hilfebedarf orientieren. Aus den Erkenntnissen müssen endlich konkrete Konsequenzen gezogen werden. Tagespflege, zeitintensive Nacht- und Wochenenddienste sind dringend notwendig, damit der „größte und kostengünstigste Pflegedienst der Nation“, die pflegenden Angehörigen, nicht kollabiert.

Daneben brauchen wir ähnlich wie bei Kindesmisshandlung endlich so genannte Frühwarnsysteme. Nicht nur für Kinder, sondern auch für viele pflegebedürftige Menschen gilt: Der gefährlichste Platz ist die Familie. Das Thema Gewalt in der Familie wird immer drängender – praktische Hilfen für beide Seiten sind erforderlich. Die Pflegenden brauchen Unterstützung – die Pflegebedürftigen müssen geschützt werden.

„Was man nicht sieht oder sehen möchte, das gibt es auch nicht!“ Hinsehen statt Wegschauen: Alle (!), die in der Pflege tätig sind, müssen ihrer Verantwortung nachkommen, Zivilcourage zeigen, die Allianz des Schweigens beenden! Wer schweigt stimmt zu!

Heribert Prantl schrieb vor über zwei Jahren in der Süddeutschen Zeitung am 03.09.2007: „Die organisierte Entwürdigung der Alten ist nicht die Regel, aber

auch nicht die Ausnahme...“ (...und wir alle hier wissen: Er hat Recht!)

Die untragbare Qualitäts- und Personalsituation, die Missstände in zahlreichen Pflegeheimen sind seit vielen Jahren bekannt und veröffentlicht. Nur wenige Funktionäre und Politiker sprechen noch von „bedauerlichen Einzelfällen“ oder von „ein paar schwarzen Schafen“!

Erschreckend: Zahlreiche (noch motivierte) Pflegekräfte und auch Auszubildende sind verzweifelt und haben Angst, über ihren Pflegealltag und ihre unwürdigen Arbeitsbedingungen offen zu sprechen.

Jeder, der es wissen will, kann sich vor Ort selber – unangemeldet – von der Situation in den Pflegeheimen und Krankenhäusern überzeugen!

Kurios und absurd die aktuelle Benotung durch den Medizinischen Dienst: „Über Nacht“ schießen nun zahlreiche Heime mit der Gesamtnote „1“ wie Pilze aus dem Boden (Note eins ist hervorragend – nicht mehr zu verbessern!) Die sehr gute Benotung der Pflegeheime und Pflegedienste signalisiert, dass die Altenpflege offensichtlich nicht mehr Personal und nicht mehr Geld benötigt. Sie ist unter den gegebenen Rahmenbedingungen offensichtlich in der Lage, eine hervorragende Arbeit zu leisten! Vollkommen grotesk: Bei der Befragung der BewohnerInnen erhalten bundesweit alle Pflegeheime durchweg Traumergebnisse: Note 1 bzw. 1,2 – 95 bis 100 Prozent Zufriedenheit!!!

Die Kostenträger, Erben und die Politik werden sich freuen! Pflegesatzverhandlungen sind nun überflüssig geworden! Diese Noten sind die (gesellschafts-)po-

litisch gewollte Ruhigstellung und das Leugnen der Probleme einer zentralen Branche in unserer Gesellschaft! Das Thema „Pflege“ spielt in der Politik keine Rolle – interessiert niemanden!

Allerdings wissen wir: **Selbstverständlich geht es auch anders!**

„Was Du nicht willst, was man Dir tu, das füg auch keinem anderen zu!“

Wir kennen erfreulicherweise aber auch zahlreiche vorbildlich geführte Heime, wo pflegebedürftige Menschen einen Ort des Miteinanders, der Geborgenheit, ein Zuhause gefunden haben. Wo engagierte und motivierte Pflegekräfte z.B. unter Berücksichtigung persönlicher Wünsche und Vorlieben ihrer Gäste (!) eine wertschätzende, menschenwürdige Pflege und Versorgung sicherstellen! In diesen Heimen unterstützen die Angehörigen und viele ehrenamtliche, engagierte Besucher die Pflegekräfte.

Oft sind es vor allem Kleinigkeiten, Selbstverständlichkeiten, die alten Menschen das Gefühl von Selbstwert, respekt- und würdevoller Begleitung vermitteln (siehe „Mindestanforderungen für eine menschenwürdige Grundversorgung!“).

Allerdings: Ein Pflegeheim ohne Mängel kann es nicht geben. Entscheidend ist, wie man mit den Beschwerden umgeht!

Ich bin der festen Überzeugung, dass die „Produkte“ Krankheit und Pflege nicht markt- und börsenfähig sind! Wo elementare Grundrechte und Menschenwürde in Frage gestellt werden, wo es um tägliche medizinische und pflegerische Versorgung von kranken und pfe-

gebedürftigen Menschen, um menschenwürdige Arbeitsbedingungen geht, müssen geschäftliche Interessen ihre Grenzen haben.

Wir müssen grundsätzlich umdenken: Es kann und darf nicht sein, dass z.B. erfolgreiche aktivierende, humane und rehabilitative Pflege durch „Rückstufung“ bestraft und das „Pflegen ins Bett“ finanziell mit einer höheren Pflegestufe belohnt wird. Es ist ein ethischer und volkswirtschaftlicher Irrsinn, wenn z.B. die Behandlung von Dekubitalgeschwüren und Oberschenkelhalsbrüchen in Kliniken „zur wirtschaftlichen Führung des Hauses gebraucht werden“ (Aussagen von Ärzten) – also ein Wirtschaftsfaktor sind! An den Folgen gefährlicher Pflege werden im System Milliarden verdient! Dabei kann durch gezielte Prophylaxen, aktivierende, rehabilitative Pflege und Therapie vieles an menschlichem Leid und Kosten eingespart werden!

Große Hoffnungen hatten viele in die Reform der Pflegeversicherung gesetzt. Herausgekommen ist ein „Reförmchen“ ohne Erweiterung des Pflegebegriffes, ein paar unwesentliche finanzielle Verbesserungen, ... „ein Weg in die richtige Richtung...!“, in der Wirkung so, als wolle man versuchen, mit einer Wasserpistole einen Waldbrand zu löschen.

Es fehlt der ehrliche gesellschafts- und sozialpolitische Wille, etwas grundlegend zu verändern. Beispielsweise muss die künstliche und unlogische Trennung von Pflege- und Krankenkassen aufgehoben und mehr Transparenz im System geschaffen werden. Unbequeme Wahrheiten können und dürfen nicht weiter verdrängt, beschönigt, relativiert und ge-

leugnet werden. Die zum Problem der Pflegebedürftigkeit produzierten Literatur-, Studien- und Gutachtenberge sind kaum mehr zu überschauen. Bei der Reform kann und darf es nicht nur ums Geld gehen, sondern um eine grundsätzliche Veränderung des Umganges mit dem Altern! Es geht um gesellschaftliche Prioritäten!

Statt einer Allianz des Schweigens, Wegschauens, Vertuschens und Schönredens brauchen wir eine Allianz der gemeinsamen Verantwortung, Partnerschaft, Solidarität, Nächstenliebe und eine ehrliche, transparente Wertediskussion! Eine Kultur der Verantwortung!

Wer zu diesen bekannten Missständen schweigt, lässt die Opfer alleine und macht sich mitschuldig! Nicht vergessen: Wir wissen doch alle Bescheid...!

Es geht uns doch – früher oder später – auch alle an!

Lasst uns miteinander in gemeinsamer Verantwortung für uns, für unsere alten, behinderten, pflegebedürftigen, wehrlosen, besonders schutzbedürftigen, uns anvertrauten Menschen sorgen!

Wir dürfen diese Menschen, ihre (zum Teil vollkommen überforderten und überlasteten) Angehörigen und die engagierten Pflegekräfte nicht im Stich lassen! Wir müssen uns um sie kümmern!

Claus Füsseck (Dipl. Sozialpädagogin FH)
Leitungsteam der Vereinigung Integrationsförderung e.V. (VIF): ambulanter Pflege- und Beratungsdienst
Klenzestraße 57e

80469 München

Telefon 089/3090486-51

Literaturangaben:

Ratgeber für pflegebedürftige alte Menschen und ihre Angehörigen – (Wie erkennen Sie die Qualität von Pflegediensten und Alten- und Pflegeheimen) (Kostenlos erhältlich bei der Beschwerdestelle der Stadt München und unter www.muenchen.de/beschwerdestelle-altenpflege)

Anonymus, 2007: Wohin mit Vater? – Ein Sohn verzweifelt am Pflegesystem, Fischer Verlag

Füsseck, Loerzer, 2005: Alt und abgeschoben: Der Pflegenotstand und die Würde des Menschen, Herder Taschenbuch

Füsseck, Schober, 2008: Im Netz der Pflegemafia: Wie mit menschenunwürdiger Pflege Geschäfte gemacht werden, Bertelsmann Verlag

Van Deun, 2005: Alzheimer – Der lange Weg des Abschiednehmens. Ein Tagebuch, Herder Taschenbuch

Maier, 2009: Ich will dich doch erreichen: Begegnungen mit demenzerkrankten Menschen ermöglichen: Hilfen für Angehörige und Pflegenden, Kösel Verlag

Dammann, Gronemeyer, 2009: Ist Altern eine Krankheit? Wie wir die gesellschaftlichen Herausforderungen der Demenz bewältigen, Campus Verlag

Burger, 2010: Nur noch fünf Minuten, bitte! Appell für die Liebe zwischen den Generationen, Books on Demand

De Ridder, 2010: Wie wollen wir sterben?
Ein ärztliches Plädoyer für eine neue Ster-
bekultur in Zeiten der Hochleistungsme-
dizin, Deutsche Verlags-Anstalt

Wichtige Adresse für engagierte Pflege-
kräfte, Angehörige, Bürger, Gemein-
mitglieder, Bürgermeister, Politiker, etc.:
www.aktion-demenz.de

Christine Haderthauer

Bayerische Staatsministerin für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen München

Pflege in Bayern – ein Erfolgsmodell

Für die Einladung zu dieser Veranstaltung möchte ich mich ganz herzlich bedanken! Ich freue mich, dass sich der VdK Bayern mit einem sozialpolitischen Forum der Zukunft der pflegerischen Versorgung widmet. Der VdK ist die größte Selbsthilfeorganisation in Deutschland; allein in Bayern hat er mehr als eine halbe Million Mitglieder (mehr als alle politischen Parteien zusammen). Es versteht sich daher von selbst, dass der VdK Bayern auch eine ganz wichtige Rolle spielt, wenn es darum geht, die Pflege voranzubringen.

Derzeit steht die Weiterentwicklung der Krankenversicherung im öffentlichen Fokus der Diskussion. Ich habe Bedenken, dass dabei das Thema „Pflege“ ins Hintertreffen gerät und die Notwendigkeit der Weiterentwicklung der Pflegeversicherung beim Bundesgesundheitsministerium zu wenig dringlich eingestuft wird. Ich wünsche mir daher, dass wir gemeinsam dafür sorgen, dass das Thema „Pflege“ wieder dominanter auf der Tagesordnung steht.

A. Politische Aufgabenbereiche

Aufgrund der demografischen Entwicklung wird die Zahl der Pflegebedürftigen die Zahl der Vorschulkinder bald überholen. Wir wissen alle ganz genau,



wo und vor allem wie wir einmal gepflegt werden wollen – mit Menschlichkeit und Professionalität. Aber gute Pflege kostet Geld.

Viele dringende Fragen sind nur im bundespolitischen Kontext zu lösen. Dazu gehört insbesondere die Gewährleistung der Zukunftsfähigkeit der sozialen Pflegeversicherung. Hier sind für mich vor allem drei Punkte entscheidend:

1. Die Rehabilitation zur Vermeidung der Pflegebedürftigkeit muss dringend, unabhängig von leistungsrechtlichen Zuständigkeiten, noch weiter gestärkt werden.
2. Die gesetzliche Pflegeversicherung bedarf Verbesserungen im Bereich des Leistungsrechts.
3. Die Finanzierung der Pflegeversicherung muss überprüft und an die ge-

genwärtigen Bedarfslagen angepasst werden. Dabei wird auch entscheidend eine Rolle spielen, wie attraktiv die häusliche Pflege zukünftig sein wird. Denn durch den Anteil der häuslichen Pflege wird die Gesamtkostenbetrachtung des Systems stark beeinflusst.

Nur bei Betrachtung dieser Zusammenhänge kann die Pflegeversicherung für die kommenden Generationen zukunftsfähig ausgerichtet werden.

1. Rehabilitation

Wir müssen frühzeitig Weichenstellungen zur Gewährleistung der Versorgung vornehmen. Dazu gehört auch Prävention und Rehabilitation zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit.

Der Umfang der Rehabilitationsmaßnahmen bei manifester oder drohender Pflegebedürftigkeit ist hinter den Erwartungen zurückgeblieben. Die Gründe hierbei sind sicher vielfältig: Das Fehlen von Anreizen, die Zurückhaltung von Gutachtern sowie Schnittstellenprobleme zwischen Kranken- und Pflegekasse gehören sicher dazu.

In ca. einem Prozent aller Pflegegutachten empfiehlt der MDK eine Reha Maßnahme. In noch viel weniger Fällen wird ein Antrag gestellt, genehmigt und die Maßnahme angetreten. Das ist eindeutig zu wenig!

Nicht nur Rehabilitation zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit darf im Vordergrund der Anstrengungen stehen. Diese Sichtweise ist von gestern. Reha-

bilitation mit dem Ziel der Vermeidung von Pflegebedürftigkeit ist die Devise. Anspruch auf bestmögliche Wiederherstellung darf keine Altersgrenze kennen.

Ich meine: Menschen in jeder Lebenssituation und bis ins höchste Alter müssen Zugang zu Rehabilitationsmaßnahmen haben. Damit entlasten wir nicht nur die Sozialversicherung, sondern leisten auch einen wichtigen Beitrag zur Lebensqualität im Alter.

2. Leistungsseite

Zur Zukunftsfähigkeit der Pflegeversicherung sind Justierungen auf der Leistungsseite erforderlich. Insbesondere müssen die Menschen mit Demenzerkrankung in den Personenkreis der Pflegeversicherung einbezogen werden. Ich begrüße dabei die vom Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs gefundenen Ergebnisse. Diese gilt es nun im Detail sachgerecht auszugestalten. Demenz ist die Pflegeherausforderung der kommenden Jahre.

3. Finanzierungsseite

Wir müssen aber auch grundsätzlich umdenken, was unsere Werte angeht. Ein Beispiel: Derzeit sind bei den meisten Deutschen Autos besser versichert als das Risiko, im Alter pflegebedürftig zu werden.

- Die weitere Dynamisierung der Leistungen,
- die Ausweitung des Kreises der Anspruchsberechtigten auf Demenzerkrankte,
- eine ansteigende Zahl von Pflegebedürftigen und

- Kostensteigerungen durch die zunehmende Inanspruchnahme der professionellen Pflege

sind nicht aus dem Nichts zu bezahlen.

Die umlagefinanzierte Pflegeversicherung allein kann diese Belastung nicht mehr bewältigen. Wir sind aufgefordert, schnell nachzusteuern. Vorschläge dazu gibt es viele.

Meiner Meinung nach müssen wir uns bewusst werden, dass sich bei Pflegebedürftigkeit ein allgemeines Lebensrisiko verwirklicht. Nur eine finanzielle Absicherung jedes Einzelnen für dieses Lebensrisiko wird im Alter eine würdevolle und verlässliche Pflege ermöglichen.

Das Umlagesystem muss durch eine verpflichtende kapitalgedeckte Zusatzversicherung ergänzt werden, um Generationengerechtigkeit herzustellen und einen Anstieg des Beitragssatzes und damit eine weitere Belastung der arbeitsmarktrelevanten Lohnnebenkosten zu vermeiden.

So ist es zumindest im Koalitionsvertrag der Bundesregierung vorgesehen. Kritische Fragen nach den Risiken und Nachteilen einer kapitalgedeckten Versicherung sind erlaubt und gerade mit Blick auf die Erfahrungen, die wir in der Finanzkrise gemacht haben, wichtig.

Eine Methodendiskussion allein löst aber das Problem nicht. Letztlich gilt: Wer zahlt was? Mit dem Ruf nach dem Staat allein kommen wir hier nicht weiter, denn

der Staat sind wir alle. Auch wenn die Problematik schwierig ist und die Finanzkrise weiteren Druck erzeugt, die Zeit drängt. Wir müssen daher zügig zu tragfähigen Lösungen kommen. Dazu fordere ich auch den Bund auf, die Länder umfassend in der geplanten Arbeitsgruppe auf Bundesebene einzubeziehen.

B. Was macht Bayern?

1. Pflegestützpunkte

Fast jeder hat bereits erlebt, dass in der Familie eine Pflegesituation eingetreten ist und schnell eine geeignete Lösung gefunden werden musste.

Die Pflegebedürftigen und deren Angehörige sind oft mit komplexen Problemen und Fragestellungen konfrontiert. Wichtig ist es dabei, einen Ansprechpartner zu finden, der Wege aufzeigen und eine Leistungsgewährung anschieben kann. Ein Ansprechpartner, der die örtlichen Strukturen und die niedrighschwelligten Angebote kennt und dadurch insbesondere den Verbleib im eigenen Wohnumfeld ermöglicht.

Mein Ministerium hat gemeinsam mit den Verbänden der Pflege- und Krankenkassen in Bayern und den kommunalen Spitzenverbänden ein Konzept zur Pflegeberatung und zur Errichtung von Pflegestützpunkten in Bayern entwickelt und abgestimmt.

Der Startschuss für die Umsetzung des Konzepts ist im vergangenen Jahr gefallen. Seit Juli 2009 gibt es eine von allen gesetzlichen Kassen getragene zentrale telefonische Erstanlaufstelle, den „Pflegeservice Bayern“.

Zusätzlich sollen bis zu 60 örtliche Pflegestützpunkte eingerichtet werden. Leider sind die Kommunen etwas zurückhaltend, so dass in einer ersten Stufe vorerst (nur) an 15 Standorten Verhandlungsgespräche aufgenommen werden. Ich hoffe jedoch, dass der Ausbau vor Ort schnell vorangeht und bei der konkreten Ausgestaltung Neutralität und Qualität der Beratung gewährleistet sind.

2. Pflegenotstand verhindern – Attraktivität der Pflege steigern

Die pflegerische Versorgung der Zukunft kann nur mit ausreichendem und qualifiziertem Personal sichergestellt werden. Die geringe Anziehungskraft der Pflegeberufe macht mir im Hinblick auf den Pflegenachwuchs große Sorgen.

Mit unserem Bündnis für Ausbildung und Fachkräftenachwuchs in der Altenpflege, das wir vor kurzem mit den Leistungserbringern, den Kostenträgern und der Regionaldirektion Bayern geschlossen haben, sind wir hier auf einem guten Weg. Denn angesichts des deutlich steigenden Bedarfes an Pflegefachkräften müssen wir alle an einem Strang ziehen.

Herzstück des Bündnisses ist das Werbekonzept „HERZWERKER“, mit dem das Berufsbild Altenpflege anschaulich und direkt an die Jugendlichen herangetragen wird. Es werden aber auch Lehrer angesprochen und vor allem Eltern als wichtige Impulsgeber und Mitentscheider bei der Berufswahl Jugendlicher. Die Umsetzung des Konzeptes fördert mein Ministerium mit 300.000 Euro. Zudem erhalten Einrichtungen, die Ausbildungsplätze schaffen,

3.000 Euro pro zusätzlich geschaffenem Ausbildungsplatz.

3. Bayerisches Pflege- und Wohnqualitätsgesetz

Der Wunsch älterer Menschen, auch bei Pflegebedürftigkeit nicht im „klassischen Pflegeheim“, sondern in häuslicher Umgebung möglichst selbstbestimmt zu leben, wird immer stärker. Dieses Bedürfnis nehme ich sehr ernst.

Bayern hat als eines der ersten Bundesländer die Föderalisierung des Heimrechts genutzt und mit dem Bayerischen Pflege- und Wohnqualitätsgesetz neue Rahmenbedingungen zur Sicherung und Stärkung der Lebensqualität älterer und pflegebedürftiger Menschen geschaffen. Es gibt ambulanten Wohnformen die notwendige Rechtssicherheit. Dadurch können sich entsprechende Versorgungsstrukturen und neue Wohnformen auch tatsächlich entwickeln. Auf diese Weise ermöglichen wir ein Leben jenseits klassischer Heimstrukturen.

Demnächst wird die Ausführungsverordnung folgen, die das Gesetz konkretisiert. Die Ausführungsverordnung wird u.a. drei Schwerpunkte haben, indem sie

- bauliche und personelle Mindestanforderungen für stationäre Einrichtungen setzt,
- Vorgaben zur zeitgemäßen Bewohnerververtretung in stationären Einrichtungen macht und
- die Fort- und Weiterbildung in der Pflege regelt.

Ich hoffe, dass wir damit einen weiteren Schritt zur Steigerung der Qualität von Pflegeeinrichtungen gehen.

4. Transparenz in der Pflege

Ziel bayerischer Pflegepolitik ist es, Transparenz bei der Qualität von Pflegeeinrichtungen herzustellen.

Wir in Bayern haben deshalb bereits 2009 den bayerischen Prüfleitfaden vorgestellt. Die Prüfberichte der Heimaufsicht werden aber erst ab Januar 2011 veröffentlicht, weil wir uns die notwendige Zeit nehmen, um Erfahrungen in der Praxis zu machen und echte Transparenz durch zutreffende Prüfergebnisse zu gewährleisten.

Ich setze mich außerdem für eine konsequente Überarbeitung des Pflege-TÜV ein. Im Interesse des immensen Vertrauensverlustes, den der Pflege-TÜV derzeit anrichtet, reichen kosmetische Maßnahmen nicht aus.

Es muss nicht alles von Anfang an funktionieren, aber wenn es dann in die Veröffentlichung geht, dann wird es kritisch. Der Bürger, der für seine Mutter ein Pflegeheim sucht, schaut ins Internet und verlässt sich auf die Note, die da drin steht. Nur diese Note gibt keine zutreffende Auskunft! Ich befürchte, dass die Pflegebranche dadurch einen erheblichen Schaden nimmt und damit auch das allgemeine Vertrauen in die Fähigkeiten der Selbstverwaltung, eine Qualitätstransparenz tatsächlich herbeiführen zu wollen und zu können.

Aktuelle Beispiele in Bayern unterstreichen den dringenden Änderungsbedarf.

Zahlreiche Einrichtungen, die vom Pflege-TÜV die Note 1 bekommen, werden von der Heimaufsicht aus gutem Grund weit weniger positiv bewertet.

Ich habe den Bundesgesundheitsminister, Herrn Dr. Rösler, bereits schriftlich aufgefordert, endlich zu handeln. Unabhängig von parteipolitischen Grenzen habe ich mich auch im Bundesrat dazu eindeutig positioniert. Wer am Pflege-TÜV in seiner jetzigen Gestalt festhält, nimmt die Irreführung der Bürgerinnen und Bürger bewusst in Kauf! Die Leidtragenden sind die pflegebedürftigen Menschen!

C. Zukünftige Herausforderungen/ Ausblick

1. Vereinbarkeit Pflege – Beruf

Zum typischen Familienmodell wird künftig genauso wie die Erziehung eines Kindes die Pflege eines nahen Angehörigen gehören. Darauf müssen wir vorbereitet sein. Wir brauchen deshalb flexible Konzepte zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf. Durch den Vorschlag von Bundesfamilienministerin Schröder zur Pflegezeit wurde ein wichtiger Impuls gesetzt. Jetzt müssen wir in den Diskussionsprozess einsteigen.

Nur durch den großen Anteil, der an häuslicher Pflege geleistet wird, kann die Pflegeversicherung überhaupt finanziert werden. Dies müssen wir bei einem Trend zur zunehmenden Professionalisierung in der Pflege immer berücksichtigen.

2. Wertschätzung der Pflege, Pflege- mindestlohn

Mir geht es darum, mehr Wertschätzung und Anerkennung für den abwechslungsreichen, zukunftsicheren und vor allem gesellschaftlich unverzichtbaren Pflegeberuf zu erreichen. Insgesamt müssen wir einen breiten gesellschaftlichen Dialog in Gang setzen und uns folgende entscheidende Frage stellen: „Ist uns die Arbeit am Fließband oder der Maschine wirklich mehr wert als die Arbeit am Menschen?“

Aus diesem Grund hatte ich bereits im vergangenen Jahr zu einem Gipfel zur Zukunft der sozialen Berufe eingeladen. Am 5. Mai wird nun der zweite Gipfel stattfinden. Mir geht es darum, die Wertschätzung für den abwechslungsreichen und zukunftsicheren Pflegeberuf und andere soziale Berufe zu erreichen. Auch unser bayerisches Bündnis für Ausbildung und Fachkräftenachwuchs in der Altenpflege, das ich vorhin erwähnt habe, setzt hier an.

Ich begrüße vor diesem Hintergrund auch die Einigung auf einen Mindestlohn in und für die Pflegebranche (Hinweis: Die Arbeitgeber und Arbeitnehmer der von der Bundesregierung eingesetzten Fachkommission haben sich auf die Lohnuntergrenze von 8,50 Euro/West am 25.03.2010 geeinigt).

Damit kann insbesondere bei den Pflegehilfskräften im ambulanten Bereich verhindert werden, dass mit dem Wegfall der Beschränkungen der Arbeitnehmerfreizügigkeit zum Mai 2011 ein Unterbietungswettbewerb mit osteuropäischen Anbietern eintritt.

Der Mindestlohn darf jedoch nicht zum Normlohn werden, sondern darf in der Pflegebranche auch nur die absolute Untergrenze darstellen.

Mein Ministerium wird in den nächsten Jahren die Weiterentwicklung der Pflege vorantreiben. Dabei sollten wir uns alle wieder bewusst machen, dass bei allen Reformen der Mensch im Mittelpunkt steht.

Einen Impuls für eine gute Zukunft der Pflege erwarte ich mir dabei auch vom VdK Bayern. In diesem Sinne wünsche ich der heutigen Veranstaltung einen guten Verlauf und hoffe auf eine angeregte Diskussion.



Gertrud M. Backes / Martina Wolfinger
Zentrum Altern und Gesellschaft
Hochschule Vechta

Pflege – ein Frauenproblem? Frauen als Sozialstaatsgarantie¹

Die Pflege alter Menschen und die dabei auftretenden Problemlagen werden in der öffentlichen Diskussion polarisiert. Einerseits werden die Problemlagen alter Menschen als soziale und ökonomische Belastungen (Belastungsdiskurs) diskutiert und mit der Frage verknüpft, wie wir uns welche Form der Pflege leisten können. Andererseits steht die Ressourcenaktivierung (Potenzialediskurs) im Mittelpunkt, wenn wir uns fragen, wie wir

Pflegebedarfe durch eigenverantwortliches Handeln vermeiden und wer in Zukunft pflegt, bzw. wie die Pflege adäquat sichergestellt werden kann (Amrhein/Backes 2007). Dass Pflege ein Problem der Frauen und eine überwiegend von Frauen geleistete Arbeit darstellt, wird in diesem Zusammenhang meist als gegeben hingenommen und nicht expliziert. Doch hinter dieser These, dass berufliche wie private Altenpflege von Frauen geleistet wird, steht die Annahme, dass sie als Sozialstaatsgarantie fungieren, oder provokativ gesprochen, als stille Reserve dienen. Doch warum stellen sich die Geschlechterverhältnisse so dar und welche Folgen hat die Betätigung in der beruflichen wie privaten Altenpflege für die Frauen und Männer?

¹ Dieser Beitrag basiert im Wesentlichen auf der Expertise zu Gender in der Pflege – Herausforderungen für die Politik von Backes/Amrhein/Wolfinger (2008) unter Einbezug aktueller Daten und Studien.

Die folgende Auseinandersetzung mit diesen Fragen basiert im Wesentlichen auf den fortgeschriebenen Erkenntnissen einer Sekundäranalyse vorliegender Daten und sozialwissenschaftlicher Untersuchungen zur Bedeutung des (sozialen) Geschlechts in der Altenpflege (Backes/Amrhein/Wolfinger 2008, 2009).

Zunächst werden die Geschlechterverhältnisse in der privaten und beruflichen Altenpflege offengelegt und diesbezügliche Wissenslücken identifiziert (Kapitel 1). Daran anschließend werden Erklärungsmodelle zur Verursachung und Befunde zu den Folgen vorliegender Geschlechterverhältnisse in der Altenpflege diskutiert (Kapitel 2). Auch die normative und instrumentelle Gestaltung der beruflichen und privaten Altenpflege wirkt auf die Geschlechterverhältnisse im Feld der Altenpflege ein und muss daraufhin überprüft werden (Kapitel 3). Am Ende des Beitrags werden, auf Basis der gewonnenen Erkenntnisse zur Entstehung und Aufrechterhaltung der vorliegenden Geschlechterverhältnisse bei den beruflich wie privat Pflegenden, erste konzeptionelle Grundlinien für eine gendersensible Gestaltung der Altenpflege sowie daraus resultierende Forderungen an Politik und Gesellschaft abgeleitet (Kapitel 4).

1. Geschlechterverhältnisse in der Altenpflege

Während das Risiko der Pflegebedürftigkeit vor dem 60. Lebensjahr bei lediglich ca. 0,6% liegt, beträgt es zwischen dem 60. und 80. Lebensjahr moderate 3,9%, nach dem 80. Lebensjahr dagegen beträchtliche 28,3%. Bei einer konstant bleibenden altersspezifischen Pflegewahrscheinlichkeit prognostiziert das

Statistische Bundesamt eine Zunahme der Pflegebedürftigen in der Pflegeversicherung in den nächsten dreißig Jahren um ca. die Hälfte, von 1,97 Mio. (2006) über 2,13 Mio. (2010) und 2,64 Mio. (2020) auf 3,09 Mio. pflegebedürftige Personen im Jahr 2030. (Bundesministerium für Gesundheit (BMG) 2008) Frauen verfügen im Geschlechtervergleich noch immer über eine höhere Lebenserwartung, und so ist es kaum verwunderlich, dass 68% der Pflegebedürftigen Frauen sind (vgl. auch für das Folgende Statistisches Bundesamt 2008). Altenpflege findet (68%) überwiegend im häuslichen Bereich statt, davon wiederum zu 2/3 unter reinem Pflegegeldbezug, das heißt rein privat-familiär organisiert, ohne Einbezug professioneller Pflegedienste. Deshalb wenden wir uns zunächst den Geschlechterverhältnissen in der häuslichen Pflege zu.

1.1 Geschlechterverhältnisse in der häuslichen Pflege

Der Umfang häuslicher Pflegearbeit umfasst durchschnittlich 36,7 Wochenstunden oder 5,2 Stunden am Tag. Frauen leisten diesen zeitlichen Aufwand zu ca. zwei Dritteln, Männer zu ca. einem Drittel, und dies trotz der prozentual steigenden Beteiligung der Männer als Hauptpflegeperson (von 17 auf 27% von 1991 bis 2002) (vgl. Schneekloth 2006a: 409). Hinzu kommt, dass die Konzentration auf die Hauptpflegepersonen dazu führt, dass generell die Tätigkeiten der die Hauptpflegeperson unterstützenden Frauen und Männer nicht adäquat erfasst werden. Dies gilt insbesondere für den von Männern geleisteten Beitrag in der häuslichen Pflege, der häufig in der Unterstüt-

zung der weiblichen Hauptpflegeperson liegt (vgl. Schupp/Künemund 2004). Zur Aufgabenverteilung in der häuslichen Pflege ist zu sagen, dass Männer eher Pflegemanagementaufgaben übernehmen, als direkte körperbezogene Pflegearbeiten. Die gesellschaftliche Anerkennung der überwiegend weiblichen Sorgearbeit, aber ebenso auch der „atypischen“ Pflegeleistung der Männer, entspricht bei weitem nicht dem tatsächlich geleisteten Umfang und Wert. Dieser Wert der häuslichen Pflegearbeit kann mit 44 Milliarden Euro veranschlagt werden, wenn man ein mittleres Lohnniveau zugrunde legt.

Auf Basis vorliegender Daten und sozialwissenschaftlicher Untersuchungen lassen sich zur Pflegebeziehung kaum noch geschlechterdifferenzierte Aussagen machen. Bekannt ist, dass alte und hochaltrige Männer heute in der Regel über Partnerinnen verfügen, die sie pflegen. Alten und hochaltrigen Frauen fehlt in der Regel dieser Partner, weil er oft bereits verstorben ist (Statistisches Bundesamt, zit. nach Hoffmann/Nachtmann 2008: 12). Hier übernehmen Töchter, Schwiegertöchter und Söhne in starkem Maße die häusliche Pflege, wobei diese dann häufig noch im erwerbsfähigen Alter sind (64% der Pflegenden; Schneekloth/Wahl 2005: 79). Einen quantitativ geringen, aber gesellschaftlich bedeutsamen Anteil Pflegenden stellen sonstige Verwandte sowie Nachbarn und Bekannte, also die erweiterte Familie, dar. Ziegler/Doblhammer (2007) gehen von einer steigenden Lebenserwartung und Angleichung der Geschlechterverhältnisse sowie vom Vorhandensein von Kindern aus, was dazu führt, dass zukünftig alte Frauen grö-

ßere Chancen auf häuslich-familiäre Pflege haben werden. Und dennoch wird die Selbstverständlichkeit, mit der die häusliche Pflege überhaupt und insbesondere als Frauenarbeit realisierbar erscheint, vor dem Hintergrund des sozialen Wandels für zukünftig Pflegebedürftige immer mehr in Frage gestellt.

Für die häusliche Pflege lässt sich zusammenfassend festhalten, dass sie eine allgemeine soziale Struktur aufweist, die zugleich auch eine Geschlechterordnung repräsentiert: Pflege- und Sorgearbeit im häuslichen Bereich gilt in Deutschland als Privatsache, die den Staat prinzipiell nichts angeht, auch dann nicht, wenn er sie normiert, fördert, mitfinanziert und im festgelegten Umfang kontrollieren lässt (Grundsatz der Pflegeversicherung „ambulant vor stationär“). Die Hauptverantwortung für die familiäre Pflege wird überwiegend von Frauen wahrgenommen, und ihnen wird die gesellschaftliche Wahrnehmung sowie adäquate materielle und immaterielle Anerkennung vorenthalten. Dies gilt auch für die zunehmende Zahl an männlichen Hauptpflegepersonen, auch wenn sie im Geschlechtervergleich meist noch mehr Anerkennung erhalten. Die „private“ Arbeitsleistung wird strukturell „verweiblicht“.

1.2 Geschlechterverhältnisse in der beruflichen Pflege

Auch in der beruflichen Pflege ist die Mehrzahl der beschäftigten Personen weiblich (Stand 15.12.2007, vgl. auch für das Folgende: Statistisches Bundesamt 2008). In voll- bzw. teilstationären Pflegeheimen liegt der Frauenanteil bei 85%, im ambulanten Bereich bei 88%. Im stationären Bereich liegt der Anteil

der vollzeitbeschäftigten Personen bei 35% und ist damit höher als im ambulanten Bereich (26%). Im Rückschluss heißt dies, dass der Anteil der Teilzeitbeschäftigten mehr als die Hälfte der Belegschaft ausmacht. Eine steigende Zahl, nämlich insgesamt 32% aller Pflegebedürftigen, wurde 2007 in voll- und teilstationären Einrichtungen versorgt. Auch die Bedeutung der Versorgung durch die ambulanten Dienste hat im Vergleich zu 2005 zugenommen.

Bereits in der hier kurz umrissenen Datenlage zur professionellen Pflege zeigen sich deutliche Geschlechterunterschiede. Verstärkend wirkt, dass Pflege als „typischer Frauenberuf“ in sich und im Vergleich zu anderen Berufen geschlechterhierarchisch strukturiert ist. Die direkte Pflege des Körpers ist weiblich, die Managementaufgaben in der Pflege sind männlich konnotiert und faktisch auch so besetzt. Das Pflegesystem generell gilt als weiblich und steht in der Anerkennung und der Bezahlung unter dem medizinischen System. Typische Merkmale für die Diskriminierung von Frauenarbeit kennzeichnen das Feld: Unterbezahlter Qualifikationseinsatz bei extremer Belastung, Teilzeitarbeit, prekäre Beschäftigung und die Rund-um-die-Uhr-Betreuung durch Migrantinnen. Männer in der Pflege werden einerseits für diesen „gendered job“ abgewertet, andererseits sind sie es, die häufiger in Führungspositionen im Pflegebereich arbeiten und dadurch eine patriarchale Dividende erhalten. So belegen die Ergebnisse der ethnologischen Einzelfallstudie „Fremde Welt Pflegeheim“ von Koch-Straube (2005), dass das Pflegeheim eine „Welt der Frauen“ ist. Doch in dieser Welt wird

die klassisch familiär-häusliche Rollenverteilung von versorgenden Frauen und umsorgten Männern reproduziert. Schon heute lässt sich ein eklatanter Mangel an Fachkräften in diesem typischen Frauenberuf feststellen, und die gegenwärtige Anzahl der Auszubildenden liegt weit unter dem absehbaren Bedarf. Dabei beziehen diese Bedarfsberechnungen die Verschiebungen von privater zu professioneller Arbeit noch nicht mit ein.

Also bleibt auch hier zusammenfassend festzuhalten, dass die berufliche Pflege eine allgemeine soziale Struktur aufweist, die zugleich auch eine Geschlechterordnung repräsentiert: Pflege- und Sorgearbeit gilt in Deutschland als typisch weiblicher Beruf, der den Bedarfen der dort Tätigen weder materiell noch immateriell Rechnung trägt. Die Hauptverantwortung und Hauptkompetenz für die berufliche Pflege im Sinne eines Halbberufes wird überwiegend den Frauen zugeschrieben, und dies gilt auch für die doch sehr niedrige Zahl an Männern, die in der direkten Pflege tätig sind. Pflege wird unabhängig vom biologischen Geschlecht zum „gendered job“, und die dort erbrachte Arbeitsleistung wird strukturell „verweiblicht“.

Zusammenfassend lässt sich der Wissens-, Forschungs- und Diskussionsstand zur Verknüpfung von Geschlecht und Pflege im deutschsprachigen Raum als deskriptiv, nicht ausreichend tiefgründig und von blinden Flecken geprägt beschreiben. Dies betrifft sowohl die Untersuchung von Geschlechterverhältnissen in der privaten als auch in der beruflichen – ambulanten wie stationären – Pflege. Wenn überhaupt, dann wird meistens nur auf der sozialstatistischen

Oberfläche nach Geschlecht differenziert (und selbst da nicht durchgängig); grundlegende strukturelle Geschlechterdifferenzen, vor allem im Zusammenhang mit „Altern als gesellschaftlichem Problem“ (Backes 1997), bleiben dagegen unterbelichtet (vgl. dagegen Backes 1992, 1993, 1994). Spezifische Aussagen über Zusammenhänge zwischen Geschlecht, Alter, Lebenslage und der Ausgestaltung bzw. den Formen von Pflege und Pflegebedürftigkeit lassen sich auf der Basis des vorhandenen Datenmaterials nicht ohne Weiteres treffen. Deshalb wird im Folgenden diskutiert, wie Geschlechterhierarchien in der Pflege entstehen, wie sie sich gestalten und wodurch sie gestützt, stabilisiert, verstärkt bzw. verändert werden.

2. Hierarchisch komplementäre Geschlechterverhältnisse mit Folgen für die Lebenslage der privat und beruflich Pflegenden

Pflege und Pflegebedürftigkeit werden geschlechtsdifferenziert erlebt, und Versorgungsformen sind nach Geschlecht verschieden und ungleich über den Lebensverlauf hinweg verteilt. Die geschlechtsspezifische Vergesellschaftung von Männern und Frauen in der „Lebensphase Alter“ (Backes/Clemens 2008) wirkt bis in die Gestaltung der (Alten-) Pflege hinein und hat konkrete Folgen für Pflegenden und Pflegeempfänger(innen). Wenn wir Geschlecht und Pflege/Sorge als miteinander verwobene Kategorien begreifen, wird deutlich, dass Geschlecht als soziale Kategorie über den gesamten Lebenslauf hinweg wirkt. Diese Wechselwirkung führt zu „geschlechtsspezifischen Vergesellschaftungs-

formen“ von Frauen und Männern (bspw. in berufliche und häusliche Pflege), die in Abhängigkeit zu den jeweils geltenden historischen, kulturellen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen stehen. Die Lebenslage stellt sich dabei als wesentlicher Einflussfaktor für die Ausgestaltung der geschlechtsspezifischen Vergesellschaftung über den Lebens(ver)lauf und die konkrete Ausgestaltung der „hierarchischen Komplementarität der Geschlechterverhältnisse“ (Backes 1999) dar. Man kann in diesem Zusammenhang auch von einer „Kumulation der objektiven und subjektiven geschlechtsspezifisch hierarchischen Lebenslage“ (ebd.) im Lebens(ver)lauf sprechen. Diese Kumulation zeigt sich nicht nur in Form von eindeutigen Vorteilen und Benachteiligungen, sondern zeichnet sich durch Vielfalt und Gleichzeitigkeit von geschlechtsspezifischen Risiken und Chancen (im Alter) aus. Mit Hilfe dieses Konzeptes lassen sich die Risiken und Chancen geschlechtsspezifischer Vergesellschaftung und ihre Wirkung auf die objektive und subjektive geschlechtsspezifische Lebenslage erschließen, beispielsweise indem die Folgen der Berufswahl (z.B. eines Berufes, der als typischer Frauenberuf gilt) oder die Folgen von Statuspassagen und biografischen Entscheidungen (z.B. der Übernahme von familiärer Sorgearbeit) aus der Lebensverlaufsperspektive analysiert werden können.

2.1 Hierarchisch komplementäre Geschlechterverhältnisse in der privaten Pflege

Wenden wir uns zur Überprüfung dieses Erklärungsmodells zunächst dem Feld

der privat Pflegenden zu. 64% der Pflegenden befinden sich im erwerbsfähigen Alter (bis 64 Jahre) und haben ihre eigene Alterssicherung noch nicht abgeschlossen. Für die folgenden Informationen gibt es in den verfügbaren Statistiken leider keine weitergehende Differenzierung nach Geschlecht und Pflegebeziehung, so dass allgemein zu sagen ist, dass 47% der Pflegenden zu Beginn ihrer Pflegetätigkeit in Teil- oder Vollzeit berufstätig waren. 10% haben ihre Berufstätigkeit aufgegeben, während 11% ihre Arbeitszeit reduziert haben. Ein im Vergleich zu 1991 steigender Personenanteil (von 21% auf 26%) setzt die Berufstätigkeit fort, wobei unklar bleibt, um welche Tätigkeitsformen (z.B. Teilzeit) es sich dabei handelt (Schneekloth/Wahl 2005: 79). Neben der Vereinbarkeitsproblematik von Beruf und häuslicher Pflege lassen sich weitere Anforderungen an die Pflegenden identifizieren. Nicht selten müssen weitere Sorgaufgaben erfüllt werden, beispielsweise gegenüber Kindern oder weiteren pflegebedürftigen Personen. Auch die (geschlechterspezifische) Verteilung von weiteren häuslich-familiären Aufgaben spielt eine nicht zu unterschätzende Rolle, wenn es um die Bewältigung der Pflegeaufgabe geht. Nach Mika und Stegmann (2008) zeigt sich für die Frauen der Kohorten 1939 und 1944, die die häusliche Pflege übernommen hatten und dafür Beiträge in die Rentenversicherung erhielten, eine grundsätzliche Familienorientierung im Lebensverlauf. In der Regel haben sie sich bereits mit der Geburt des ersten Kindes aus dem Arbeitsmarkt zurückgezogen und sind selten wieder in den Beruf zurückgekehrt. Die biografische „Entscheidung“

(wobei es sich selten um eine bewusst getroffene Entscheidung handelt) für die Übernahme häuslicher Pflege und gegen Erwerbsarbeit hat demnach Folgen für die eigene materielle Lebenslage im Alter.

Und so folgert Fachinger (2008), dass durch eine Verstärkung der normativen Wirkung der „männlichen Normalbiografie“ infolge des Umbaus des Rentenversicherungssystems und der damit verbundenen Betonung der eigenen Vorsorge Frauen (gerade wegen der Übernahme von Sorgearbeit) wieder diskriminiert und qualitativ sowie quantitativ in eine höhere Abhängigkeit vom Lebenspartner gebracht werden. Für Männer und Frauen, die vor der Entscheidung der Pflegeübernahme bei gleichzeitiger Vereinbarkeitsthematik stehen, wird die eigene Alterssicherung und damit die eigene Einkommenslage im Alter zu einem langfristig wirksamen und kaum abzuschätzenden Thema. Was hier beispielhaft für die Lebenslagedimension Einkommen diskutiert wurde, lässt sich ebenso auf die Entwicklung der Gesundheit, des sozialen und familiären Netzwerkes infolge der Entscheidung zur Pflegeübernahme, etc. übertragen.

Es bleibt also festzuhalten, dass wir bisher kaum über belastbare Daten verfügen zu der Frage, wie das Leben von Pflegenden sich gestaltet und welche Folgen die biografische Entscheidung der Pflegeübernahme für die Lebenslage der Pflegenden hat. Dies lässt sich nur aus einer Lebensverlaufsperspektive heraus adäquat analysieren und auch nur, indem Wechselwirkungen verschiedener Lebens- und Vergesellschaftungsbereiche berücksichtigt werden.

Geschlechtsspezifische Vorteile und Benachteiligungen können sich aber im Lebenslauf, beispielsweise infolge einer Pflegeübernahme, kumulieren, konterkarieren, oder auch abschwächen und beeinflussen die Chancen und Risiken des eigenen Alterns.

2.2 Hierarchisch komplementäre Geschlechterverhältnisse in der beruflichen Altenpflege

Auch in der beruflichen Pflege zeigen sich deutliche Geschlechterunterschiede, die die Annahme verfestigen, dass es sich hierbei um einen typischen „Frauenberuf“ handelt. Um solche „gendered jobs“ attraktiver zu machen, wird immer wieder argumentiert, dass es erforderlich sei das „Weibliche“ aufzuwerten, um so zu einer höheren Wertschätzung und besseren Entlohnung der Arbeit zu gelangen. Durch die Betonung des Weiblichen wird die Differenz aufrechterhalten, anstatt sich daraus zu lösen. Außerdem bietet der Ansatz des „weiblichen Arbeitsvermögens“ keine geeigneten Instrumente, um beispielsweise Ambivalenzen zu erfassen, die sich in der als typisch weiblich geltenden „doppelten Vergesellschaftung“ oder in der Berufswahl von Männern in der Pflege äußern können (vgl. u.a. Gildemeister/Wetterer 1992: 218 ff.). Überdies trägt die Vorstellung, dass spezifische Tätigkeiten in der beruflichen Pflege, die mit Intuition, Empathie etc. verknüpft werden, in den Bereich eines natürlichen „weiblichen Arbeitsvermögens“ (Ostner) fallen, zur Ansicht bei, dass sie deshalb keiner Kompetenzentwicklung oder adäquaten Entlohnung bedürfen (vgl. Backes/Wolfinger/Amrhein 2008).

Auch innerhalb der beruflichen Pflege lässt sich eine Geschlechterhierarchie ablesen, die typisch für dieses Berufsfeld ist. Die relativ höchsten Frauenanteile haben die unterstützenden Hilfstätigkeiten, während bei den sehr wenigen Beschäftigten, die einen pflegewissenschaftlichen Studienabschluss haben, der Männeranteil und der Anteil an Vollzeitkräften deutlich ansteigt. Je höher also die Ausbildung ist, desto höher sind die Anteile an Männern und Vollzeitbeschäftigten in der beruflichen Pflege älterer Menschen. Voges (2002: 251) berichtet über eine Expertenschätzung von knapp 90% männlichem Leitungspersonal oberhalb der Ebene der Pflegedienstleitung, während Borutta und Giesler (2006: 33) auf der Basis einer eigenen Umfrage ermittelt haben, dass mehr als die Hälfte (59%) der Heimleitungen bzw. Geschäftsführungen in nordrhein-westfälischen Altenheimen Männer sind.

Altenpflege als Ausbildungsberuf unterliegt, wie andere Berufe auch, den Gesetzmäßigkeiten von Angebot und Nachfrage auf dem Arbeitsmarkt. Eine Besonderheit insbesondere des Altenpflegeberufs liegt in der relativ hohen Fluktuation, mit der die Beschäftigten in den Beruf ein- und dann wieder aus ihm aussteigen (vgl. u.a. Becker/Meifort 1997). Das kennzeichnet die Altenpflege als typischen Frauenberuf, vor allem für solche Frauen, die nach der Erziehungsphase wieder bzw. neu in ein berufliches Arbeitsverhältnis einsteigen wollen.

Auf Basis einer Sekundärauswertung vorhandener Studien kommen Borutta und Giesler (2006: 34) zu dem Befund, dass Männer in der Pflege überwiegend

zwischen 27 und 39 Jahre alt sind, und der Anteil der über 40-jährigen weiblichen Pflegekräfte bei 95% liegt. Für den Karriereverlauf von Frauen identifizieren sie vielfältige behindernde Faktoren, die gleichzeitig auch der „doppelten Vergesellschaftung“ von Frauen zugeordnet werden können. Dazu zählen beispielsweise Teilzeitbeschäftigung, niedrige berufliche Vorbildung, familienbedingte Unterbrechungen, geschlechtsspezifisch zugeschriebene und verinnerlichte Arbeitsteilungsprinzipien (s.o. Zuständigkeit der Frauen für die direkte Pflege, Männer zuständig für indirekte Pflege) sowie eingegrenzte Aufstiegs- und Weiterbildungsangebote.

Es gibt aber auch förderliche Faktoren, die selten thematisiert werden. Beispielsweise empfinden Männer den Beruf der Altenpflege als karrierehemmend, weshalb sie häufiger den Ausstieg aus dem Beruf erwägen und damit sozusagen Platz für Frauen machen; zudem haben Frauen die Möglichkeit einer „späten Karriere“ im Sinne eines relativ einfachen Einstiegs auch in höherem Alter (ebd.).

Ein spezifisches Problem des Arbeitsmarktes soll dabei nicht unerwähnt bleiben, nämlich die Schwarzarbeit in der Altenpflege. Seit geraumer Zeit hat sich eine Pflegekonstellation verbreitet, bei der vor allem Frauen aus osteuropäischen Ländern die häusliche Pflege von Familienmitgliedern übernehmen und entsprechend dem Dienstbotenmodell dauerhaft im Haushalt der zu Pflegenden wohnen und damit die geschlechterhierarchisierende Wirkung auf diese Personengruppe verlagert wird. Da diese Arbeit häufig nicht als solche angemeldet ist

und dafür auch keine Sozialabgaben gezahlt werden, gilt sie gesetzlich als illegale Beschäftigung. Auf der anderen Seite steht aber, dass in vielen Fällen ohne diese Arbeit familiär-häusliche Pflegearrangements nicht mehr aufrechterhalten werden könnten, da professionelle Pflegedienstleistungen als zu teuer angesehen werden und/oder die Berufstätigkeit von (weiblichen) Angehörigen aufgegeben werden müsste. Zu dieser Problematik gibt es wenige Daten, daher sind hier weitere Forschungsanstrengungen nötig (vgl. Kondratowitz 2005).

Die Konnotation von Pflege als „weiblicher“ Tätigkeit (gekoppelt an das „weibliche Arbeitsvermögen“) ist nach Twigg (2000: 408) unabhängig vom biologischen Geschlecht des Pflegenden. Insofern soziale Tätigkeitsfelder als Ganzes geschlechtsspezifisch strukturiert sind, werden den Akteuren in diesen Feldern auch geschlechtsspezifische Eigenschaften zugeschrieben. Das wirkt sich auf das geschlechtliche Selbstkonzept und auf die Identität aus (vgl. Ummel 2001). Pflege als Beruf wird zum „gendered job“ (Twigg 2000). Demnach bleibt z.B. für einen in der Pflege tätigen Mann der geschlechtlich konnotierte Aspekt des Helfens, der mit mütterlich und intuitiv umschrieben werden kann, qua „Geschlecht“ unzugänglich. Die geschlechtsspezifische Segregation der Arbeitswelt, und hier insbesondere die Konnotation des Pflegeberufs als „Frauenberuf“, erhält durch diese Zusammenhänge eine neue Tiefe.

Die Arbeit in einem ambulanten Dienst und vor allem in einem Alten- und Pflegeheim ist mit hohen körperlichen und

seelischen Belastungen verbunden, die häufig zum „Burnout“ und zur vorzeitigen Aufgabe des Berufes führen. Neben individuellen Schwierigkeiten mit der Pflege von zunehmend an Demenz erkrankten und multimorbiden Bewohnern sind dafür auch institutionelle Rahmenbedingungen verantwortlich, die selbst engagierte und gut ausgebildete Pflegekräfte an die Grenze ihrer Leistungsfähigkeit führen. Psychophysische Überlastungen sind damit nicht nur eine Folge von mangelhaften pflegerischen und sozialen Kompetenzen, sondern auch eine Auswirkung sich verschlechternder Arbeitsbedingungen in Einrichtungen der Altenhilfe, wie sie vor allem seit Einführung der Pflegeversicherung im Jahre 1995 sichtbar wurden (vgl. Amrhein 2005a). Ein besonderes Merkmal der Arbeit in der Altenpflege ist der direkte Kontakt mit der Körperlichkeit und Sexualität der zu pflegenden Personen. Pflege, und hier vor allem die Altenpflege, ist deshalb auch als spezifische Form von „Körperarbeit“ (Twigg 2000, Wolfinger 2006) zu charakterisieren. Da die berufliche Altenpflege quantitativ wie qualitativ „weiblich“ ist, leiden vor allem Frauen an diesen Belastungs- und Konfliktsituationen. Darüber hinaus stellt sich auch für die professionell Pflegenden das Problem der Vereinbarkeit von Beruf und Familie (vgl. Dunkel 2005).

Die berufliche Pflege älterer Menschen hat sich als ein typischer Frauenberuf erwiesen. Wie in der häuslich-privaten Pflege stellen Frauen auch in der formellen Pflege die große Mehrheit der Pflegenden dar. Männer sind in der „direkten“ körperbezogenen Pflege selten anzutreffen, dagegen steigt ihr Anteil in der „in-

direkten“ Pflege und dort vor allem in den Führungs- und Leitungspositionen, für die teilweise eine wissenschaftliche Ausbildung nötig ist. Zu dieser quantitativen Geschlechterverteilung trägt auch die Konnotation des (Alten-)Pflegeberufs als typisch weibliche Arbeit bei, die mit einer meist nur in Teilzeit ausgeübten „halbberuflichen“ Tätigkeit gleichgesetzt wird. Es bleibt festzuhalten, dass die Art und Weise, wie Pflegearbeit als Tätigkeit und Beruf derzeit organisiert ist, (negative) Auswirkungen auf die eigene Gesundheit und die eigene Altersvorsorge und damit auf die Lebenslage der beruflich Pflegenden hat (vgl. Wolfinger 2006).

3. Normative und instrumentelle Unbestimmtheit des Umgangs mit den Herausforderungen der Altenpflege

Nach Backes (1997) hat sich die Altersthematik im Laufe der letzten eineinhalb Jahrhunderte von einem individuellen und sozial abgrenzbaren Problem zu einem gesamtgesellschaftlichen Problem entwickelt, das heute alle Teilbereiche der Gesellschaft – von der Ökonomie und Politik über Familie und Verwandtschaft bis hin zu Freizeit, Bildung und Kultur – erreicht hat. Die tradierten Institutionen, allen voran die sozialen Sicherungssysteme, sind, so Backes, mit ihren bisherigen Mitteln immer weniger dazu geeignet, die Ziele materielle Sicherung, Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und individuelle Entfaltungsfreiheit im Alter erreichbar zu machen, so dass neue Lösungen für die „Vergesellschaftung des Alters“ (ebd.) gefunden werden müssen. Angesichts der existierenden Geschlechterstrukturen können diese Lösungen nicht geschlechtsindifferent

sein, sondern müssen „geschlechter-sensibel“ formuliert werden, wie Backes (2005a) am Beispiel der Altenpflege aufzeigt.

Eine Analyse der sozialpolitischen Regelungen zur Pflegearbeit muss jedoch zu dem Schluss kommen, dass sie die Polarisierung und Hierarchisierung im Geschlechterverhältnis verstärken. Die heutige Gestaltung der Pflegeversicherung mit seiner subsidiären Orientierung ist einem familiaristischen Bild verpflichtet, das dem männlichen Haupternährer und der Hausfrau und Mutter bzw. in Teilzeit in familiennahen/sozialen Berufen Tätigen sowie später bzw. parallel dazu weiblichen Hauptpflegeperson entspricht.

Diese „normative und instrumentelle Unbestimmtheit des gesellschaftlichen Umgangs mit Alter(n)“ (Backes 1997) gilt auch für die bisherigen Strukturen der Altenpflege und -hilfe, die angesichts des gesellschaftlichen und demografischen Wandels an die Grenzen ihrer Leistungsfähigkeit gelangt sind. Das SGB XI regelt die Finanzierung von Pflegeleistungen und schreibt institutionelle Verantwortlichkeiten für die Leistungserbringung zu, setzt einen spezifischen Begriff von Hilfs- und Pflegebedürftigkeit rechtlich durch und legt die Instrumente fest für den Umgang mit den Herausforderungen der Pflege alter Menschen im häuslichen und stationären Bereich.

Das zum 1. Juli 2008 in Kraft getretene „Pflege-Weiterentwicklungsgesetz“ beinhaltet inhaltliche Korrekturen sowie Maßnahmen zur finanziellen und organisatorischen Entlastung der Pflegebedürftigen und der Pflegenden. Zum bisherigen Anspruch auf Rentenzahlungen für

(max. 30 Wochenstunden berufstätige) Hauptpflegepersonen kommen neue Erleichterungen für berufstätige Angehörige hinzu: der Anspruch auf „Pflegezeit“ – eine bis zu sechsmonatige Freistellung von der Arbeit für Pflegearbeit – und der Anspruch auf eine kurzfristige Freistellung für bis zu 10 Arbeitstage bei akut auftretenden Pflegesituationen. In beiden Fällen wird das Gehalt der pflegenden Angehörigen zwar nicht weiterbezahlt, sie bleiben aber weiterhin sozialversichert; allerdings nicht mehr über den Arbeitgeber, sondern über die Pflegekassen (Arbeitslosen- und Rentenversicherung) und in der Regel über die Familienversicherung (Kranken- und Pflegeversicherung). Ein weiteres Instrument stellt der neue bzw. erweiterte Anspruch auf eine umfassende und individualisierte Pflegeberatung dar. Die hier gewählten Instrumente der Pflegezeit und des Pflegeurlaubs werden seit ihrer Einführung kontrovers diskutiert. Den Einen sind sie zu teuer, den Anderen zu kurz greifend und wieder andere sehen sie als Schritt in die richtige Richtung zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf. Letztendlich besteht aus einer gendersensiblen Perspektive die begründete Befürchtung, dass diese Instrumente zu einer Manifestation der geschlechtsspezifischen Hierarchie in der Zuständigkeit für die Pflege führen. Ein Jahr nach ihrer Einführung finden sich keine Hinweise darauf, dass diese Instrumente in der Lage sind, die Tendenz zur überwiegend weiblichen Reduktion, Berufsaufgabe oder Nichtwiederaufnahme des Berufs aufzubrechen. „Nach wie vor gilt jedoch, dass die Mehrheit der Hauptpflegepersonen im erwerbsfähigen Alter entweder zu Beginn der Pfl-

ge nicht erwerbstätig war oder aber die eigene Erwerbstätigkeit im Zuge der Pflege eingeschränkt oder aufgegeben hat.“ (Schneekloth 2006b: 81)

Das Subsidiaritätsprinzip des SGB XI betont die Bedeutsamkeit der familiär-häuslichen Pflege und setzt normativ fest, dass die Unterbringung in einem Alten- und Pflegeheim nur der letzte Weg sei, wenn eine Pflege im vertrauten häuslichen Umfeld und mit Mitwirkung von Familienangehörigen, nahestehenden Personen und ehrenamtlich Tätigen nicht mehr möglich ist. Diese sozialpolitische Grundsatzentscheidung, die die Erstverantwortung für die Pflege alter Menschen an die Familie delegiert, wirkt sich eher erhaltend oder gar verstärkend auf die geschlechtsbezogenen Macht- und Ungleichheitsstrukturen im Feld der Altenpflege aus und hat entsprechende Konsequenzen für Pflegende und Pflegebedürftige.

Insofern die Pflegeversicherung mit ihrem Grundsatz „ambulant vor stationär“ bewusst auf die (zumeist weibliche) häusliche Pflegebereitschaft setzt, unterstützt sie folglich einen vormodernen, eher in ländlichen Regionen und in unteren Sozialschichten beheimateten Lebensentwurf, der auch eng mit der traditionellen Rollenverteilung zwischen „männlichen Haupternährern“ und „weiblichen Hauptpflegepersonen“ verbunden ist. Blinkert (2005: 152 f.) nimmt an, dass im Verlauf des sozialen Wandels der Anteil der sozialen Milieus, der die höchste Bereitschaft zur häuslichen Angehörigenpflege aufweist, immer weiter abnehmen und folglich die berufliche Pflege durch ambulante Dienste und Heime immer wichtiger werde. Eine Tendenz, die sich zu-

mindest im Vergleich der Pflegestatistiken von 2005 und 2007 bestätigt (Statistisches Bundesamt 2007, 2008).

Das SGB XI greift auch in das Feld der beruflichen Pflegearbeit ein. Gesetzlich festgelegte Qualitätsanforderungen wie in § 80 SGB XI erzeugen eine Hierarchisierung von Tätigkeiten, die mit unterschiedlichen Qualifikationen verknüpft sind und die „indirekte Pflege“ gegenüber der „direkten Pflege“ bevorzugen. Gleichzeitig besteht eine Spannung zwischen Qualitätsanforderungen und den verhandelten und in ihrer Höhe begrenzten (ambulanten wie stationären) Leistungsentgelten. Möglichst viele Tätigkeiten werden deshalb an kostengünstigere niedrig oder nicht qualifizierte (Teilzeit-) Kräfte delegiert. Dies manifestiert die identifizierten beruflichen Hierarchisierungen der in der Pflege Beschäftigten (vgl. Wolfinger 2006) und führt zu immer höheren Arbeitsbelastungen des überwiegend weiblichen Personals. Dies fördert einen Anstieg an krankheitsbedingten Absenzen und führt zu einer erhöhten Personalfuktuation, die wiederum Rationalisierungsmaßnahmen und damit eine insgesamt niedrigere Pflegequalität zur Folge hat. Es entsteht eine Spirale, die den Druck auf die verbliebenen Arbeitskräfte zusätzlich erhöht (vgl. Amrhein 2005b).

4. Kritische Reflexion, konzeptionelle Grundlinien und Forderungen an Politik und Gesellschaft

Das bisher Diskutierte kritisch reflektierend lässt sich festhalten, dass auch die aktuell ergriffenen normativen und instrumentellen Umgangsweisen mit dem Feld der Altenpflege die hierarchisch komple-

mentären Geschlechterverhältnisse eher stabilisieren als aufbrechen. Vor dem Hintergrund des grundlegenden sozialen Wandels, in dem sich alternde Gesellschaften derzeit befinden und in dem sich widersprüchliche und gleichzeitig ablaufende Entwicklungen zeigen, ist es erforderlich, geschlechtersensible und lebenslaufbezogene Instrumente des Umgangs mit den Herausforderungen der Altenpflege zu ergreifen. Sie müssen in der Lage sein, Phänomene zu berücksichtigen wie die der Singularisierung, die prognostizierte Häufung von Lebensabschnittspartnerschaften, erhöhte Mobilitätsanforderungen, verstärkte Kommodifizierung bei gleichzeitiger Brüchigkeit der Erwerbsbiografie und zunehmendem Prekariat sowie sinkenden Geburtenraten, steigender Lebenserwartung und medizinisch-technologischem Fortschritt etc. Darüber hinaus werden andere Teilbereiche des Wohlfahrtsstaates wie die Alterssicherungssysteme oder auch die Sorge für Kinder grundlegend umgebaut.

Doch all dies berücksichtigen die derzeit praktizierten normativen und instrumentellen Umgangsweisen mit den Herausforderungen der Altenpflege nicht in adäquater Weise, vielmehr hält sie an traditionellen Geschlechterrollenzuschreibungen und Arbeitsteilungen sowie an einem fraglich werdenden familialistischen Bild fest. Altenpflege bleibt, aus einer gesellschaftlichen Perspektive betrachtet, weitgehend unsichtbar und in dieser Unsichtbarkeit wird sie zu einem typischen Frauenproblem.

Doch welche Möglichkeiten des Umgangs mit Alter(n) und Altenpflege als gesamtgesellschaftlicher Aufgabe und

Herausforderung bieten sich aus einer gendersensiblen Perspektive?

Lassen Sie uns beginnen mit einem Begriff von Pflege, der die bisher diskutierten Facetten einschließt und geschlechtersensibel zu formulieren ist. Denn Care/Sorge für alte Menschen ist in der Realität weit mehr und anderes als der gesetzlich geregelte Pflegebegriff. Care betrifft die gesamte Gesellschaft (das Individuum; Familie, Freunde, Nachbarn, weitere Institutionen; Gesellschaft) und ist ein Bestandteil der gesellschaftlich notwendigen/erforderlichen Tätigkeiten/Arbeit. Damit beinhaltet Care/Sorge als Konzept zugleich eine zu entwickelnde und zu kultivierende menschliche Eigenschaft, die Beziehung des Menschen mit der Welt und den Dingen (im Kontinuum von Abhängigkeit und Autonomie) sowie eine berufliche wie private Kompetenz, die entwickelt und entlohnt werden kann. Care/Sorge als Tätigkeit und Arbeit ist in allen gesellschaftlichen Feldern relevant (vgl. Backes/Amrhein/Wolfinger 2008). Die Trennung zwischen privatem und beruflichem Feld wird im Folgenden als analytisch vorgenommen verstanden. Die Trennung von Öffentlichkeit und Privatem (also auch der häuslichen und beruflichen Pflege) stellt sich als fortdauernder Prozess immer neuer Grenzziehungen dar, woraus eine hierarchisch aufeinander bezogene Komplementarität entsteht. Damit ist das über konzeptionelle und begriffliche Definitionen geschaffene Spannungsfeld zwischen Pflege und Care bzw. Sorge zumindest in seinen Grundelementen expliziert. Die Politik regelt die Bedingungen der fürsorglichen Praxis, und umgekehrt müssen sich die Institutionen an veränderte

gesellschaftliche Zielvorstellungen anpassen und die Kriterien politischen Handelns danach ausrichten. Diese wechselseitige Beeinflussung kann nicht im Sinne einer Ursache-Wirkungs-Analyse erschlossen werden, denn nicht zuletzt sind auch kulturelle Werte und Leitbilder von wesentlicher Bedeutung für die Handlungsebene (vgl. Pfau-Effinger 2000, Wolfinger/Backes/Amrhein 2008). Das Konzept einer „geschlechtersensiblen Altenpflege“ (Backes 2005a) soll die Wirkung der sich über den Lebenslauf hinweg ausprägenden Geschlechterverhältnisse auf die Beziehungsdynamik, Handlungsspielräume und Belastungen innerhalb der privaten wie beruflichen Pflegesituation berücksichtigen. Dabei müssen auch der soziale Wandel, von dem Teilbereiche der demografische und Altersstrukturwandel sind, sowie die normativen Veränderungen im Feld der Altenpflege beachtet werden (ebd.: 379f.). Denn „erst in einer Analyse der Vergesellschaftungsformen beider Geschlechter und ihrer Verwobenheit, genauer: der hierarchisch komplementär strukturierten, in sozial ungleicher Weise ergänzend aufeinander bezogenen, Geschlechterverhältnisse bis ins Alter hinein, liegt der Schlüssel zu einer angemessenen Analyse der (widersprüchlichen) individuellen und gesellschaftlichen Ausprägung und Bedeutung von Geschlecht und Alter(n), auch im Kontext der Pflege und damit der Begründung einer geschlechtersensiblen Altenpflege.“ (Backes 2005b: 361, vgl. Backes/Wolfinger/Amrhein 2008: 150, Wolfinger 2006: 135).

Lassen Sie uns zum Schluss noch einige konzeptionelle Grundlinien formulieren. Zu beginnen ist mit den identifizierten

Hierarchien, Macht- und Ungleichheitsstrukturen und den damit zusammenhängenden Prozessen, die körper- und geschlechtsspezifisch bis in die direkte Pflege hineinreichen. Pflegearrangements, Verhaltenserwartungen, zeitlicher Umfang und Ausgestaltung von Pflegeinteraktionen sind hier neben den Hierarchien zu nennen, die in der Interaktion zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen wirken (stehend/liegend; nackt/angezogen; aktiv/passiv etc.) (vgl. Twigg 2000, Wolfinger 2006, Backes/Wolfinger 2010). Hierarchien und Ungleichheiten wirken auch auf die Lebenslage der privat und beruflich Pflegenden.

Folgende weitere Faktoren für eine geschlechtersensible Altenpflege sind unseres Erachtens entscheidend (vgl. auch Amrhein 2005a, b, Backes 2005a, Backes/Amrhein/Wolfinger 2008, Backes/Wolfinger 2010, Backes/Wolfinger/Amrhein 2008, Wolfinger 2006):

Es geht um eine Beachtung des Geschlechts bei der Wahrnehmung der Rolle des Pflegenden bzw. Pflegebedürftigen; um eine Offenlegung der unterschwelligeren, geschlechtsspezifisch wirksamen Zuschreibungen und Anforderungen an Pflegebedürftige und Pflegenden sowie weitere Helfer, um ein Erkennen geschlechtsspezifischer Positionen und Hierarchisierungen zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen und um das Infragestellen damit verbundener geschlechtsspezifischer Handlungserwartungen und Sanktionen. Geschlechtsspezifische und zum Teil lebensgeschichtlich geprägte Beziehungsdynamiken sowie Formen informeller Machtausübung sind offenzulegen, Kompetenzen der Pflegenden

(und Pflegebedürftigen) von geschlechtsspezifischen Kompetenzzuschreibungen loszulösen und Chancen zu schaffen für ihre Entwicklung unabhängig von Geschlecht.

Von zentraler Bedeutung ist die Schaffung neuer Formen von Arbeitsteilung und Vereinbarkeitsbalancen für Beruf, Familie und Pflege im Lebensverlauf (gerade auch im Verbund mit den anderen gesellschaftlich notwendigen Tätigkeiten). Dazu müssen institutionelle Rahmenbedingungen (Genderregime) offengelegt werden, die die Thematisierung sowie Gewährleistung von Pflege (Care) als Aufgabe von Frauen und Männern, Jungen und Alten, etc. erschweren und eine Balance aller gesellschaftlich notwendigen Tätigkeitsformen verhindern. Ebenso benötigen Pflegende und Pflegebedürftige regionale Angebote, die sich an den Herausforderungen der Vereinbarkeit von Pflege/Care und anderen Lebensbereichen orientieren: z.B. zeitlich, finanziell, inhaltlich. Um Angebote in Anspruch nehmen und die eigenen Risiken des Alterns einschätzen zu können, sind angemessene materielle und immaterielle Ressourcen für die Pflege und das Gepflegtwerden (Qualifikation, Geld, Macht, Wohnumfeld) und entsprechende Versorgungsformen zu entwickeln. Hierzu gehört auch die Anerkennung des zeitlichen und volkswirtschaftlich wirksamen Umfangs der von Frauen und Männern geleisteten informellen und formellen Sorge- und Pflegearbeit in Deutschland. Auf der gesellschaftlichen Ebene geht es aus der Perspektive einer kritischen Gerontologie um die Reflexion der herrschenden Wohlfahrts-, Gender- und Careregimes

im Hinblick auf das Spannungsfeld zwischen Care und Pflege und den damit verbundenen Gefahren der (Re-) Produktion von traditionellen Geschlechterverhältnissen und -hierarchien.

Abschließend lässt sich eine Gegenthese und gesellschaftsgestaltende Option formulieren zur These, dass Altenpflege ein Frauenproblem sei, für dessen Lösung Frauen im Sinne einer Sozialstaatsgarantie – oder stillen Reserve – zur Verfügung stehen müssten. Wenn wir Pflege im Sinne von Care verstehen und konzipieren lernen, wird sie zur gesamtgesellschaftlichen Aufgabe, deren Bewältigung neue, geschlechterintegrierte und lebenslaufbezogene Instrumente erfordert, die auf individueller, institutioneller und gesellschaftlicher Ebene ansetzen müssen (Backes 1997).

Literatur:

Amrhein, Ludwig (2005a): Pflege in konflikt- und austauschtheoretischer Perspektive. In: Schroeter, Klaus R.; Rosenthal, Thomas (Hrsg.): *Soziologie der Pflege. Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven*. Weinheim, München: Juventa, 107 – 124.

Amrhein, Ludwig (2005b): Stationäre Altenpflege im Fokus von Machtbeziehungen und sozialen Konflikten. In: Schroeter, Klaus R.; Rosenthal, Thomas (Hrsg.): *Soziologie der Pflege. Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven*. Weinheim, München: Juventa, 405 – 426.

Amrhein, Ludwig; Backes, Gertrud M. (2007): *Alter(n)sbilder und Diskurse des Alter(n)s*. Anmerkungen zum Stand der

Forschung. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie (Z Gerontol Geriatr), 40 (2), 104 – 111.

Backes, Gertrud M. (1992): „Krise“ der Familie oder der Vergesellschaftung von Hilfe und Pflege? In: Forum Demographie und Politik, 1, 33 – 48.

Backes, Gertrud M. (1993): Pflegende Frauen. Zwischen traditioneller Solidaritätsnorm und modernen Lebensformen – Chance für die Humanisierung von Pflege? In: Sozial Extra, 17, 1 – 5.

Backes, Gertrud M. (1994): Wider einseitiges Verharren in der Belastungsperspektive – Balancen pflegender Frauen in ein anderes Verhältnis von Solidarität, eigenen Lebensansprüchen und Qualität der Pflege. In: Fookon, Insa (Hrsg.): Alter(n) – Umbruch und Kontinuität: Akzentsetzungen von Wissenschaftlerinnen. Essen: Verl. die Blaue Eule, 41 – 54.

Backes, Gertrud M. (1997): Alter(n) als `Gesellschaftliches Problem`? Zur Vergesellschaftung des Alter(n)s im Kontext der Modernisierung. Opladen: Westdeutscher Verlag.

Backes, Gertrud M. (1999): Geschlechterverhältnisse im Alter. Alter als komplementär „weibliche“ und „männliche“ Vergesellschaftung. In: Jansen, Birgit; Karl, Fred; Radebold, Hartmut; Schmitz-Scherzer, Reinhard (Hrsg.): Soziale Gerontologie. Ein Handbuch für Lehre und Praxis. Weinheim: Beltz, 453 – 469.

Backes, Gertrud M. (2005a): Geschlecht, Alter(n) und Pflege – ein allseits (un-)be-

kanntes Thema? – Oder: zur Begründung einer geschlechtersensiblen Altenpflege. In: Schroeter, Klaus R.; Rosenthal, Thomas (Hrsg.): Soziologie der Pflege. Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven. Weinheim, München: Juventa, 359 – 384.

Backes, Gertrud M. (2005b): Alter(n) und Geschlecht: ein Thema mit Zukunft. In: Aus Politik und Zeitgeschichte, 49/50, 31 – 38.

Backes, Gertrud M.; Amrhein, Ludwig; Wolfinger, Martina (2008): Gender in der Pflege. Herausforderungen für die Politik. WISO Diskurs: Expertisen und Dokumentationen zur Wirtschafts- und Sozialpolitik, Bonn.

Backes, Gertrud M.; Clemens, Wolfgang (2008): Lebensphase Alter. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Altersforschung. 3. überarb. Aufl., Weinheim, München: Juventa.

Backes, Gertrud M.; Amrhein, Ludwig; Wolfinger, Martina (2009): Gender in der Pflege – Herausforderungen für die Politik – eine Kurzfassung. In: Abteilung Wirtschaft und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung (Hrsg.): Wenn die Töchter nicht mehr pflegen ... Geschlechtergerechtigkeit in der Pflege. Bonn: Bonner Universitäts-Buchdruckerei, 12-16.

Backes, Gertrud M.; Wolfinger, Martina (2010): Perspektiven einer gender-körpersensiblen Altenpflege. In: Reitering, Elisabeth; Beyer, Sigrid (Hrsg.): Geschlechtersensible Hospiz- und Palliativkultur in der Altenhilfe. Mabuse, im Druck.

Backes, Gertrud M.; Wolfinger, Martina; Amrhein, Ludwig (2008): Geschlechterungleichheiten in der Pflege. In: Bauer, Ullrich; Büscher, Andreas (Hrsg.): Soziale Ungleichheit und Pflege. Wiesbaden: VS Verlag, 132 – 153.

Becker, Wolfgang; Meifort, Barbara (1997): Altenpflege – eine Arbeit wie jede andere? Ein Beruf fürs Leben? Bericht zur beruflichen Bildung, Heft 200, Bielefeld.

Blinkert, Baldo (2005): Pflege und soziale Ungleichheit – Pflege und „soziale Milieus“. In: Schroeter, Klaus R.; Rosenthal, Thomas (Hrsg.): Soziologie der Pflege. Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven. Weinheim, München: Juventa, 141 – 156.

Borutta, Manfred; Giesler, Christine (2006): Karriereverläufe von Frauen und Männern in der Altenpflege. Eine sozialpsychologische und systemtheoretische Analyse. Wiesbaden: DUV.

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2008): Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung (03/08). Berlin: BMG.

Dunkel, Wolfgang (2005): Zur Lebensführung von Pflegekräften. In: Schroeter, Klaus R.; Rosenthal, Thomas (Hrsg.): Soziologie der Pflege. Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven. Weinheim, München: Juventa, 227 – 246.

Fachinger, Uwe (2008): Das Ende der Diskriminierung in der Altersvorsorge? Anmerkungen zu den Wirkungen des Paradigmenwechsels aus der Lebenslaufbezogenen Geschlechterperspektive. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie (Z Gerontol Geriatr), 41(5), 360 – 373.

Gildemeister, Regine; Wetterer, Angelika (1992): Wie Geschlechter gemacht werden. Die soziale Konstruktion der Zweigeschlechtlichkeit und ihre Reifizierung in der Frauenforschung. In: Knapp, G. Alexi (Hrsg.): Traditionelle Brüche: Entwicklungen feministischer Theorie. Forum Frauenforschung. Freiburg i. Br.: Kore Verlag, 201 – 254.

Hoffmann, Elke; Nachtmann, Julia (2008): Alter und Pflege. GeroStat Report Altersdaten 03/2007. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen.

Koch-Straube, Ursula (2005): Lebenswelt Pflegeheim. In: Schroeter, Klaus R.; Rosenthal, Thomas (Hrsg.): Soziologie der Pflege. Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven. Weinheim, München: Juventa, 211 – 226.

Kondratowitz, Hans Joachim von (2005): Die Beschäftigung von Migrant/innen in der Pflege. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie (Z Gerontol Geriatr), 38, 417 – 423.

Mika, Tatjana; Stegmann, Michael (2008): Voluntary Care-Giving in the Life-Course in Eastern and Western Germany. Konferenzpapier zur Tagung Transforming Elderly Care at Local, National and Transnational Levels, 26. – 28.06.2008. Copenhagen, URL: <http://www.sfi.dk/Default.aspx?ID=3252> (11.05.2010).

Pfau-Effinger, Birgit (2000): Kultur und Frauenerwerbstätigkeit in Europa. Theorie und Empirie des internationalen Vergleichs. Opladen: Leske u. Budrich.

Schneekloth, Ulrich; Wahl, Hans-Werner (Hrsg.) (2005): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III). Repräsentativbefunde und Vertiefungsstudien zu häuslichen Pflegearrangements, Demenz und professionellen Versorgungsangeboten. Integrierter Abschlussbericht. München.

Schneekloth, Ulrich (2006a): Entwicklungstrends und Perspektiven in der häuslichen Pflege. Zentrale Ergebnisse der Studie Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung (MuG III). In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie (Z Gerontol Geriatr), 39(6), 405 – 412.

Schneekloth, Ulrich (2006b): Entwicklungstrends beim Hilfe- und Pflegebedarf in Privathaushalten – Ergebnisse der Infratest-Repräsentativerhebung. In: Schneekloth, Ulrich; Wahl, Hans-Werner (Hrsg.): Selbständigkeit und Hilfebedarf bei älteren Menschen in Privathaushalten. Stuttgart: Kohlhammer, 57 – 102.

Schupp, Jürgen; Künemund, Harald (2004): Private Versorgung und Betreuung von Pflegebedürftigen in Deutschland. Überraschend hohes Pflegeengagement älterer Männer. In: Wochenbericht des DIW Berlin 20(4), 289 – 294.

Statistisches Bundesamt (2007): Pflegestatistik 2005. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2008): Pflegestatistik 2007. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden.

Twigg (2000): Carework as a form of bodywork. In: Ageing and Society, 20, 389 – 411.

Ummel, Hannes (2001): Andere Männer im „anderen“ Beruf? Umbrüche und Persistenzen im Geschlechts-Selbstverständnis von Pflegern. In: Döge, Peter; Meuser, Michael (Hrsg.): Männlichkeit und soziale Ordnung. Neuere Beiträge zur Geschlechterforschung. Opladen: Leske u. Budrich, 159 – 183.

Voges, Wolfgang (2002): Pflege alter Menschen als Beruf. Soziologie eines Tätigkeitsfeldes. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.

Wolfinger, Martina (2006): Körper und Geschlecht – notwendige Perspektiven innerhalb der Pflegeforschung? In: Zeitschrift für Frauenforschung und Geschlechterstudien, 2/3, 117 – 128.

Wolfinger, Martina; Backes, Gertrud M.; Amrhein, Ludwig (2008): Elderly care in Germany: gender structures of formal and informal care and the gendered division of labor. Konferenzpapier zur Tagung Transforming Elderly Care at Local, National and Transnational Levels, 26. – 28.06.2008. Copenhagen, <http://www.sfi.dk/Default.aspx?ID=3252> (11.05.2010).

Ziegler, Uta; Doblhammer, Gabriele (2007): Geschlechterdisparitäten in der familiären Lebenssituation Älterer und ihre Auswirkungen auf den zukünftigen häuslichen und institutionellen Pflegebedarf. In: Rostocker Zentrum-Diskussionspapier Nr. 9(9), 1 – 25.



Armin Lang

Leiter der Landesvertretung der Ersatzkassen Rheinland-Pfalz und Saarland
Landesvorsitzender des Sozialverbands VdK Saarland e.V
Saarbrücken

Rahmenbedingungen für die Sicherung häuslicher Pflegeversorgung

Zur Ausgangslage: Der demografische Wandel

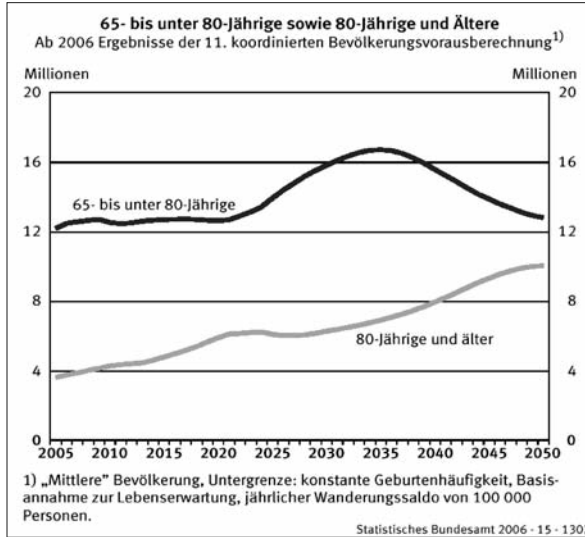
Alle Welt redet von der älter werdenden Gesellschaft, der steigenden Zahl hochbetagter und mehrfach kranker Menschen, der Zunahme demenzieller Erkrankungen und der rückläufigen Zahl potenziell pflegender Angehöriger. Fakt ist: Die Zahl der Hochbetagten steigt, ebenso die der mehrfach Kran-

ken, die Zahl der jungen Menschen ist rückläufig und der „Heimsog“ steigert bereits die Zahl der Heimunterbringungen pflegebedürftiger Menschen. Nur zögerlich werden die nötigen Konsequenzen aus den zentralen Herausforderungen der älter werdenden Gesellschaft gezogen. Wunsch und Wille der Menschen werden mit der Leistungsfähigkeit der sozialen Sicherungssysteme und der Sozialhilfeträger konfrontiert. Wir erfahren die Grenzen der Belastbarkeit auch der Familien, und die Probleme werden nicht geringer.

Es gibt aber auch positive Botschaften: Wir erleben zwar eine Zunahme der Zahl der älteren und hochbetagten Menschen, aber die Zahl derer steigt ganz besonders, die gesund alt werden. Deshalb darf die „Altersdebatte“ nicht zur „Angstdebatte“ verkommen. Dennoch – die Herausforderungen müssen angenommen werden. Dies gilt insbesondere für die Probleme, die mit dem Anstieg der Zahl der hochbetagten Menschen verbunden sind.

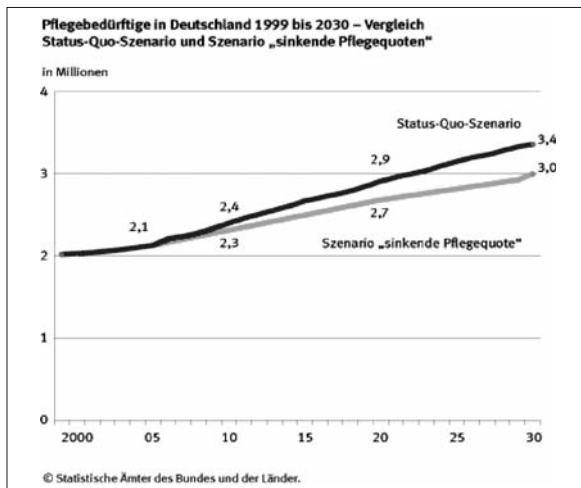
Die Pflegewahrscheinlichkeit ist beeinflussbar

Auch die Entwicklung der Pflegebedürftigkeit ist nicht zwangsläufig. „Gesund alt werden“ von immer mehr Menschen, dies ist die eigentliche zentrale Herausforderung der nächsten Jahre. Immer mehr Menschen altern heute bereits gesünder, dadurch sinkt das individuelle Pflegerisiko. Richtig ist aber auch: gerade in den unteren sozialen Schichten tritt Pflegebedürftigkeit besonders früh ein und ist besonders langwierig. Deshalb



brauchen wir eine breite gesellschaftliche Bewegung, die Pflegebedürftigkeitsrisiken definiert und aktiv gegensteuert. Gerade in den unteren sozialen Schichten unserer Gesellschaft brauchen wir ein Bewusstsein, dass Pflegewahrscheinlichkeit

steuerbar ist, aber auch sehr viel mehr Initiativen, die gerade bei diesen Menschen chronischen Erkrankungen durch verbesserte Lebens- und Arbeitsbedingungen aber auch durch gesundheitsbewusstes Verhalten vorbeugen.

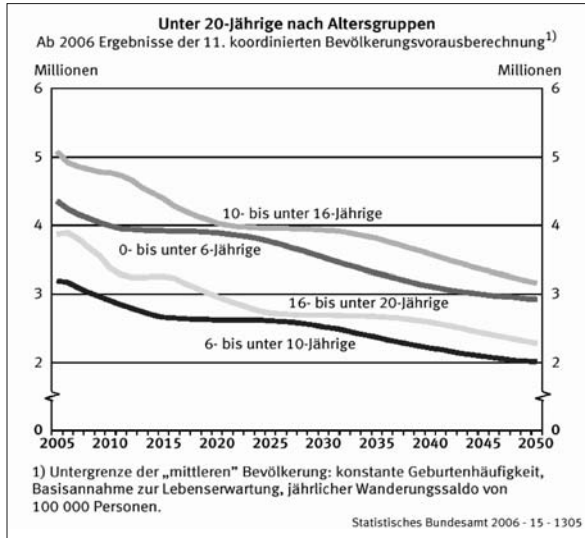


Die Pflegebereitschaft hat viele Gesichter.

Selbstverständlich sind die Pflegepotenziale auch demografieabhängig. Weniger jüngere, mehr ältere Menschen, insbe-

sondere Hochbetagte, – die Kluft ist unübersehbar.

Die Pflegebereitschaft sinkt, weil die Zahl der Menschen im pflegefähigen Alter rückläufig ist.



Die Pflegepotenziale im informellen, d.h. familiären Bereich sind jedoch nicht nur demografieabhängig. Es verändert sich die „Kultur der Pflege“.

Die sozialen Milieus, in denen häusliche Pflege bisher dominant war, verändern sich, die Lebensstile werden individueller, auch die materielle Absicherung vieler Familien wird brüchiger. Auch dies schränkt die familiäre Pflegebereitschaft ein.

Häusliche Pflegearrangements haben vielfältige Beeinflussungsgrößen, wie die

Erwerbstätigkeit, die Mobilität, die familiäre Stabilität, das zunehmende Alleinleben.

Der „Heimsog“ wirkt bereits. Seit 1996 registrieren wir eine Zunahme der stationären Versorgung. Bei einem Anstieg der Gesamtzahl der Leistungsempfänger um ca. 26% wächst die Zahl der Heimunterbringungen um 67%, die der ambulanten Versorgten nur um 13%.

Dennoch werden 2/3 der Pflegebedürftigen zu Hause und nur 1/3 in Pflegeeinrichtungen versorgt.

Wenn wir die Familie, die eigene Häuslichkeit, als zentraler Ort der Pflege weiter erhalten wollen, muss ein Bündel von Maßnahmen eingeleitet werden.

Bei der Frage „wer pflegt und versorgt in der Zukunft“ reicht es aber nicht aus, nur die häusliche Versorgung im Fokus zu haben. Besonders schwierige Zeiten stehen auch den stationären Einrichtungen bevor. Die Konkurrenz der Berufe, die Belastungen der Pflegenden, das Image und die Bezahlung der Pflegeberufe lassen große Nachwuchsprobleme erwarten.

Anspruch und Wirklichkeit in der Pflege heute

Nicht nur die gesellschaftliche und demografische Entwicklung wirkt auf die Rahmenbedingungen häuslicher Versorgung, sondern auch Anspruch und Wirklichkeit in der Pflege wirken problemverschärfend. Die gegenwärtige Pflegewirklichkeit bildet die gesetzlich festgeschriebenen Ansprüche keinesfalls ab.

Die §§ 2 und 3 des SGB XI postulieren als Ziel aller professionellen Pflege ein selbstständiges und selbstbestimmtes Leben, das der Würde des Menschen entspricht. Pflege soll dazu beitragen, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte wiederzugewinnen und zu erhalten, Versorgungswünschen weitestgehend zu entsprechen und den Vorrang häuslicher Versorgung möglichst lange zu sichern.

Dementsprechend soll auch die Pflegebereitschaft der Angehörigen und ande-

rer Bezugspersonen qualifiziert gefördert sowie der Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation vor Dauerpflege praktiziert werden.

Die Erhaltung der Fähigkeit zum eigenverantwortlich gestalteten Leben ist das gesetzlich vorgegebene Pflege- und Versorgungsziel.

Pflege müsste oft ganz anders sein, wenn sie sich wirklich diesen Zielen verpflichtet fühlen würde. Dies gilt ganz besonders für die ambulante häusliche Pflege.

Es fehlen Strategien, Kompetenzen, Verantwortlichkeiten, die dazu beitragen könnten, Pflege im Alltag so zu gestalten, dass sie ein würdiges selbstbestimmtes Leben auch mit Handicaps ermöglicht. Dies wäre nicht nur gesetzeskonform, sondern würde auch die Lebensqualität der Betroffenen sichern. Da eine so ausgestaltete Pflege die Eigenressourcen der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen aktiviert und so lange als möglich nutzt, wäre sie auch kostengünstiger für die Betroffenen und für die Solidargemeinschaft.

Neue Herausforderungen zeichnen sich ab

Es wächst eine neue Generation Pflegebedürftiger heran. Mit mehr Erfahrungen im selbstbestimmten Leben, mit höheren Ansprüchen an Qualität, Flexibilität und Originalität von Pflege und Versorgung. Diese Generation wehrt sich gegen fremdbestimmtes Leben in Heimen und streitet für einen möglichst langen Verbleib in der eigenen Häuslichkeit. Gerade

diese Menschen haben auch weniger oder zumindest andere Erwartungen an die eigenen Kinder.

Es gibt zwar eine steigende Bereitschaft der Menschen für und im Alter für Pflege und Versorgung individuell und kollektiv mehr Mittel bereit zu stellen. Es gibt aber auch die bittere Wahrheit, dass die wachsende Spreizung der Alterseinkommen, die ökonomischen Möglichkeiten von immer mehr Menschen zur Eigensicherung gerade im Alter erheblich begrenzt.

Diese Entwicklung setzt die Politik unter Druck. Strategien, Maßnahmen und Impulse werden erwartet, die eine bessere und differenziertere Pflege wahr machen können, mehr Selbstbestimmung auch bei Hilfsbedürftigkeit ermöglichen und ein würdiges Leben in der eigenen Häuslichkeit oder in selbstgesuchten neuen Hausgemeinschaften sichern.

Versorgungsoptimierung – die Herausforderung unserer Zeit

Zunächst muss der Blickwinkel erweitert werden: Pflegebedürftige Menschen sind in aller Regel auch mehrfach kranke Menschen. Pflege und Multimorbidität bedingen und verstärken sich gegenseitig. Sie bewirken nicht nur viel Leid sondern auch hohe, häufig sogar vermeidbare Kosten. Gerade weil die Zunahme von Handicaps bei schwindenden Eigenressourcen steigt und die Selbsthilfekräfte rückläufig sind, sind neue Verantwortlichkeiten gefragt.

Der Sachverständigenrat hat in seinem letzten Gutachten eindringlich darauf hin-

gewiesen wie wichtig es ist, dass multimorbide Menschen auch multiprofessionelle Hilfe bekommen, bedarfsgerecht, individuell passend, professionell organisiert und begleitet, weil gerade bei Hochbetagten in kurzen Fristen sich Bedarfe und Ressourcen ständig verändern.

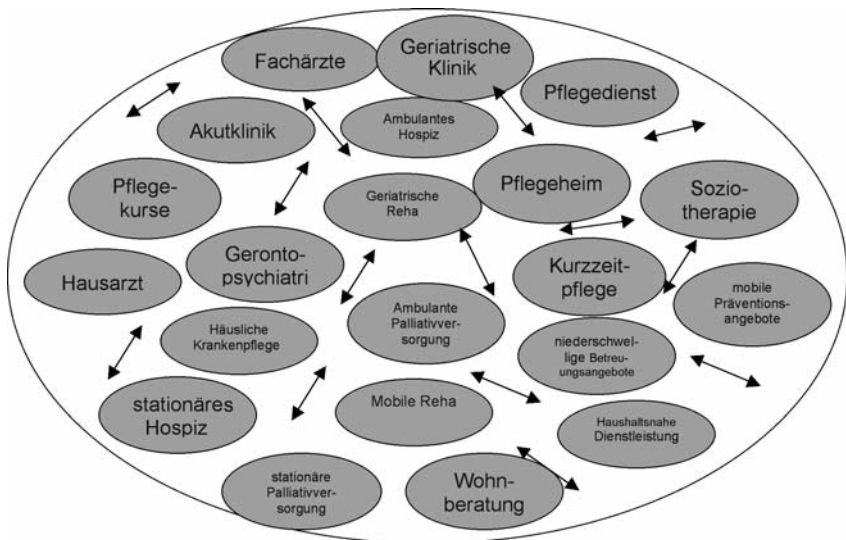
Gerade sie sind zu oft und zu früh im Krankenhaus, Dauerkunden bei Haus- und Fachärzten, mit einem hohen Medikamentenverbrauch und vielfältigem Leistungsbedarf bei Heil- und Hilfsmitteln. Diese Menschen haben häufig gleichzeitig Präventions-, Rehabilitations-, Beratungs- sowie medizinischen und pflegerischen Versorgungsbedarf. Die Optimierung der Versorgung dieser Menschen mindert viel Leid und senkt die gerade in dieser Altersgruppe erheblich steigenden Kosten der Kranken- und Pflegekassen.

Vom engagierten Einzelkämpfer zum kooperativen Miteinander

Die Lage ist nicht hoffnungslos. Es fehlt weniger an professionellen Hilfen sondern mehr an deren zeit- und bedarfsadäquaten Einsatz. Wir brauchen mehr Koordination und Kooperation medizinischer und pflegerischer Dienste und Leistungen, mehr kommunale Mitverantwortung zur Sicherung einer seniorengerechten sozialen Infrastruktur, die aktive Mitverantwortung der Pflege- und Krankenkassen bei der quartiersbezogenen Pflege- und Versorgungsorganisation sowie ein kooperatives Selbstverständnis der Leistungsanbieter und Kostenträger. Kostenträger und Leistungsanbieter müssen weg kommen vom engagierten Einzelkämpfertum hin zum kooperativen Miteinander.

Eine Vielzahl von Hilfen ist vorhanden. Sie agieren aber häufig unverbunden neben- oder nacheinander, ergänzen sich selten, beeinträchtigen sich eher. Vielfältige Umwege und Fehlsteuerungen führen zu nicht bedarfsnotwendigen Aufwendungen und beeinträchtigen die

Lebensqualität. Deshalb ist mehr Koordination, Kooperation und Integration von Hilfen, auch von Laien und Profis erbracht, nötig. Ein Paradigmenwechsel bei vielen Kostenträgern und Leistungsanbietern ist hierzu die Voraussetzung.



Neue Weichenstellungen durch das Pflegeweiterentwicklungsgesetz

Das Pflegeweiterentwicklungsgesetz von 2007 hat bereits einen Perspektivwechsel eingeleitet:

Es wurde ein Individualanspruch auf Pflegeberatung etabliert und die Schaffung von Pflegestützpunkten mit integrierter Pflegeberatung festgeschrieben. Damit und mittels einer Vielzahl neuer Leistungen, wie z.B. höheren Geld- und Sachleistungen für die häusliche Pflege, Poolen

von Pflegeleistungen, der Förderung neuer Wohnformen, der Ausweitung der Leistungen für Demenzzranke und der Stärkung niedrighschwelliger Hilfen sowie der Unterstützung des generationenübergreifenden, bürgerschaftlichen Engagements soll die wohngebietsbezogene Pflegeorganisation gestärkt und die Versorgung in der eigenen Häuslichkeit gesichert werden.

Gerade die Pflegestützpunkte mit integrierter Pflegeberatung, mit kontinuier-

licher, fachlich kompetenter Personalisierung und gesetzeskonformer Aufgabenwahrnehmung sind wichtige Instrumente zur Sicherstellung des zukünftig noch sehr viel mehr geforderten „Hilfemixes“ aus Selbst- und Fremdhilfe, aus Profi- und Laienpflege, aus Medizin, Pflege und Versorgung.

Der hilfebedürftige Mensch und seine Angehörigen sind in der Regel bei plötzlich auftretender Hilfebedürftigkeit völlig überfordert, aus der Vielzahl von gesetzlichen Ansprüchen und fachlichen Leistungen die richtige Hilfe zum richtigen Zeitpunkt ausfindig zu machen und passgenau zu organisieren. Hinzu kommt die stets belastende eigene Betroffenheit sowie die oft fehlende sachgerechte Einschätzung der eigenen Leistungsfähigkeit. Dabei muss es zukünftig sehr viel mehr um die Entdeckung und Aktivierung der eigenen Ressourcen gehen.

Deshalb ist nicht irgendeine Hilfe nötig, um die häusliche Pflegeversorgung zu sichern, sondern eine fachlich anspruchsvolle Beratung mit sozialarbeiterischer und pflegerischer Qualifikation, mit quartiersbezogener und regionspezifischer Kompetenz. Nur sie kann die hohen Ansprüche für die Organisation passgenauer Hilfen im Einzelfall erfüllen und die ständige Anpassung derselben bei häufig wechselnder individueller Leistungsfähigkeit und Bedarfsnotwendigkeit sicherstellen.

Umsetzung von gesetzlichen Normen – ein Trauerspiel

Trotz weitgehend eindeutiger gesetzlicher Vorgaben in den §§ 7a und 92c SGB XI

setzen die wenigsten Bundesländer die gesetzlichen Vorgaben konsequent um. Deshalb ist die Wirklichkeit der Pflegestützpunkte in Deutschland noch sehr unterschiedlich. Es gibt Pflegestützpunkte mit integrierter, andere mit sporadischer und wieder andere mit virtueller Beratung, mit ständigem oder ständig wechselndem Personal oder mit sehr großem Einzugsbereich, der keinen Quartiersbezug möglich macht. Es gibt Pflegestützpunkte mit wettbewerblicher aber auch wettbewerbsneutraler Ausgestaltung.

Daraus wird deutlich, es fehlen die konsequente Umsetzung der gesetzlichen Ansprüche, verbindliche Qualitätsstandards, aber auch eine professionelle Evaluation, damit „Spreu vom Weizen“ getrennt werden kann. Aktuell besteht die Gefahr, dass falsche Weichenstellungen in den Bundesländern eine gute, längst überfällige soziale Innovation in einer Gesellschaft des längeren Lebens konterkarieren. Die gesetzlichen Ziele werden nicht erreicht, weil die geschaffenen Strukturen die Erreichbarkeit derselben nicht möglich machen.

Dabei steht die Bewältigung einer historischen Herausforderung an:

Ein immer höherer Leistungsbedarf durch hochbetagte, mehrfach kranke und pflegebedürftige Menschen betrifft Kranken- und Pflegekassen sowie die Gebietskörperschaften und Länder als örtliche und überörtliche Sozialhilfeträger gleichermaßen. Die hierfür einsetzbaren Ressourcen sind begrenzt, ihre Vermehrung ebenfalls.

Die Betroffenen und ihre Angehörigen wollen eine sachgerechte Versorgung und – trotz ihrer Handicaps – eine möglichst hohe Lebensqualität erhalten. Steuer- und Beitragszahler haben den berechtigten Anspruch des effektiven und effizienten Mitteleinsatzes.

Mit der Etablierung des individuellen Rechtsanspruches auf Information und Aufklärung sowie integrierter Pflegeberatung und -begleitung in Pflegestützpunkten im SGB XI wurde ein zentrales Instrument zur Sicherung der häuslichen Versorgung, auch bei rückläufigen Selbsthilfepotenzialen und begrenzter finanzieller Leistungsfähigkeit des Einzelnen und der Solidargemeinschaft geschaffen.

Pflegestützpunkte mit umfassendem Beratungsauftrag gem. §§ 7a und 92c SGB XI können Zugangshürden bei der Realisierung bedarfsgerechter Medizin, Pflege und Alltagsversorgung beseitigen und dadurch die Teilhabe aller am sozialen und medizinischen Fortschritt sichern.

Da Pflegestützpunkte mit integrierter Pflegeberatung auf der jeweils vorhandenen örtlichen und regionalen Infrastruktur aufbauen bzw. sie einbeziehen sollen, führen sie Fachlichkeit und Erfahrungen aus unterschiedlichen Professionen, Institutionen und Traditionen zusammen. Sie bewirken damit eine Kompetenzbündelung mit nachhaltiger Gestaltungskraft im Einzelfall und führen zur Optimierung der Zusammenarbeit der Akteure in Medizin, Pflege und Alltagsversorgung vor Ort.

Vor dem Hintergrund der derzeit zu beobachtenden sehr unterschiedlichen Um-

setzungspraxis der §§ 7a und 92c SGB XI in den Bundesländern besteht der dringende Handlungsbedarf einer zwischen dem Bund und den Ländern abgestimmten, die gesetzlichen Vorgaben stringent einhaltenden Pflegestützpunkt-errichtungsstrategie.

Nur dadurch kann sichergestellt werden, dass der Wille des Gesetzgebers, der in den genannten §§ zum Ausdruck kommt, in möglichst allen Regionen unseres Landes Wirklichkeit wird und die pflegebedürftigen Menschen auch tatsächlich eine qualitätsgesicherte und situationsadäquate Beratung und Begleitung erhalten.

Es geht auch anders – Rheinland-Pfalz und Saarland zeigen den Weg

In Rheinland-Pfalz, ganz besonders aber im kleinen Saarland, wird die quartiersbezogene Hilfeorganisation mit integrierter Pflegeberatung unter Nutzung vorhandener Strukturen mit hohen qualitativen Standards umgesetzt. Aus Beratungs- und Koordinierungsstellen in kommunaler oder freier Trägerschaft werden von Kooperationsgemeinschaften aus Pflege- und Krankenkassen sowie Landkreisen und kreisfreien Städten getragene Pflegestützpunkte mit verantwortlicher Führung, ständiger und fachlich qualifizierter Personalisierung und partnerschaftlicher Finanzierung. Diese Pflegestützpunkte sind kosten- und leistungsträgerunabhängig und ermöglichen den Einbezug weiterer Partner.

Hier wird der „historische Kompromiss“ erprobt: Kranken- und Pflegekassen

einerseits sowie örtliche- und überörtliche Sozialhilfeträger andererseits, nehmen gemeinsam Verantwortung wahr und beenden das uralte Spiel des „Abschiebens mangels Zuständigkeit“.

In beiden Bundesländern werden seit Ende 2007 in Pilot-Pflegestützpunkten auch mögliche Strukturen und Arbeitsweisen von Pflegestützpunkten erprobt. Deshalb können bereits erste Erfahrungen resümiert und daraus Forderungen an die sachgerechte Ausgestaltung von Pflegestützpunkten abgeleitet werden.

Dem neuen Pflegeversicherungsrecht vorausseilend wurden in beiden Bundesländern Pflegestützpunkt-Kooperationsgemeinschaften mittels Kooperationsverträgen zwischen den Kostenträgern, d.h. den Kranken- und Pflegekassen, dem jeweiligen Bundesland und den betroffenen Landkreisen bzw. kreisfreien Städten errichtet. In beiden Bundesländern waren seit mehr als einem Jahrzehnt über Landesrecht Beratungs- und Koordinierungsstellen (BeKo) etabliert, mit denen die neue Pflegeberatungsinfrastruktur aufgebaut wurde. Auf Grund der besonderen Regelung in Rheinland-Pfalz sind dort auch Leistungsanbieter über die Trägergemeinschaften der BeKo-Stellen Vertragspartner. In den Kooperations-Verträgen sind in den genannten Bundesländern die Personalisierung, die Finanzierung, die Arbeitsschwerpunkte und die Arbeitsorganisation sowie die jeweilige Verantwortlichkeit geregelt.

In Rheinland-Pfalz und im Saarland wurde die ständige Personalisierung eines Pflegestützpunktes auf 1,5 Fachkräfte pro 30.000 Einwohner begrenzt. Die Beratungskräfte (Diplomsozialarbeiter, Pflegefachkräfte mit Zusatzqualifikation, Sozialversicherungsfachangestellte) sind kontinuierlich und ausschließlich im Pflegestützpunkt tätig und arbeitsrechtlich bei der Trägergemeinschaft der BeKo-Stelle, bei den Landkreisen bzw. kreisfreien Städten und bei den Pflege- und Krankenkassen bzw. ihren Verbänden angesiedelt. Die Pflege- und Krankenkassenverbände haben sich darauf verständigt, die Federführung in den genannten Kooperationsgemeinschaften und damit in den Pflegestützpunkten nach dem Marktanteil der Kassenarten im jeweiligen Bundesland aufzuteilen. Dort, wo die jeweilige Kassenart federführend tätig ist, bestimmt sie auch den Kassenanteil bei der Personalisierung, stellt die Errichtung der Pflegestützpunkte sicher und verantwortet den laufenden Betrieb.

Die Finanzierung des laufenden Betriebes erfolgt anteilig zwischen den jeweiligen Kostenträgern. Im Saarland teilen sich Kranken- und Pflegekassen sowie Land und Landkreis zu jeweils einem Drittel die laufenden Kosten. In Rheinland-Pfalz übernehmen Land und Kranken- bzw. Pflegekassen jeweils 50% der Personalkosten. Bei den Sachkosten beteiligen sich neben dem Land und den Kranken- bzw. Pflegekassen auch die Landkreise und die kreisfreien Städte sowie die Trägergemeinschaften der BeKo-Stellen.

Professionalität in der Pflegeberatung – Voraussetzung für ihre Wirksamkeit

Da in beiden Ländern in den Pflegestützpunkten integrierte Pflegeberatung angeboten wird, ist mit der dargestellten Regelung eine aufgabenadäquate Finanzierungsbeteiligung der jeweiligen Kosten- und Leistungsträger erreicht worden.

Die praktische Arbeit dieser Pilotstützpunkte belegt sowohl in quantitativer als auch in qualitativer Hinsicht die Bedarfsnotwendigkeit der professionellen Pflegebegleitung. Die dort um Hilfe nachsuchenden Menschen haben in der Regel umfassenden Beratungs- und Begleitungsbedarf. Kurzfristige Hilfen sind ebenso notwendig zu organisieren wie längerfristige Pflegearrangements sicherzustellen.

Ein Beratungsgespräch mit einem Hilfebedürftigen bzw. seinen Angehörigen zieht in der Regel eine Vielzahl von zu prüfenden, zu beantragenden, einzuleitenden und abzuwickelnden Maßnahmen nach sich. Ein Beratungs- und Hilfefprozess ist auch selten abgeschlossen. Zu dynamisch entwickelt sich der multimorbide Krankheits- und der fortgeschrittene Pflegeprozess. Die Hilfeempfänger sind überwiegend hochbetagt, ihre pflegenden Angehörigen, falls überhaupt noch vorhanden, bereits im fortgeschrittenen Alter. Immer wieder muss nachgesteuert werden, damit das Ziel des Erhalts der häuslichen Versorgung, der Vermeidung von stationärer Unterbringung und der Reduzierung von nichtbedarfsnotwendigen Krankenhausaufenthalten erreicht wird.

Die Erfahrungen in beiden Bundesländern belegen, dass das Leistungsentscheidungsrecht bei den jeweiligen Sozialversicherungs- und Sozialleistungsträgern nicht tangiert wird. Im Gegenteil – durch die fachkompetenten Vorschläge der Pflegeberater werden die Pflege- und Krankenkassen, aber auch andere Sozialleistungsträger noch besser in die Lage versetzt, ihre Kundenorientierung unter Beweis zu stellen.

Die Aufbauenerfahrung in beiden Bundesländern zeigt, dass die Annahme des Gesetzgebers, die Pflegekassen könnten die in ihren Geschäftsstellen tätigen Pflegeberater in die Pflegestützpunkte zur Beratung entsenden, in aller Regel nicht zu realisieren ist. Mit eigenen Geschäftsstellen, aber sehr unterschiedlichen personellen Ausstattungen und Verantwortlichkeiten sind höchstens die großen Versorgerkassen vor Ort präsent. Die zu beratenden Hilfesuchenden repräsentieren aber die bunte Vielfalt des gegliederten GKV-Systems.

Auch die Beratungsvielfalt und Intensität, die in diesen Pflegestützpunkten zu bewältigen ist, begründet die Notwendigkeit der kontinuierlichen und ausschließlich auf die beratende und begleitende Tätigkeit im Stützpunkt bezogene Personalisierung. Die Beratung und Begleitung von multimorbiden Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen belegt eindeutig, dass Pflegeberatung im Sinne der §§ 7 a und 92 c SGB XI keinesfalls nur SGB XI- bzw. SGB V-Beratung darstellt. In der Regel sind Mehrfachprobleme in leistungsrechtlicher, sozialer, organisatorischer und persönlicher Hinsicht

zu bewältigen. Das gesamte Sozialgesetzbuch wird herangezogen, um passgenaue Hilfen im Einzelfall sicherzustellen.

Die sachgerechte Vernetzung der Hilfeangebote vor Ort, und damit ein professionelles Care-Management, ist Voraussetzung für ein funktionierendes Case-Management. Auch wenn in beiden Bundesländern diesbezüglich noch vielfältiger Entwicklungsbedarf besteht, kann diese Erkenntnis bereits jetzt verallgemeinert werden.

Die Pflegestützpunkte mit kontinuierlicher, fachlich qualifizierter Beratung werden von den Hilfebedürftigen und ihren Angehörigen angenommen, und die Nachfrage steigt kontinuierlich. Interessant ist: es kommen nicht nur Menschen, die bereits hilfebedürftig sind, sondern auch solche, die sich um eine systematische Vorbereitung auf das Alter beispielsweise durch barrierefreies Wohnen vorbereiten.

Die Problemstellungen und Beratungsthemen in den Pflegestützpunkten sind vielfältig, die Kompetenz der Pflegeberater muss deshalb vielseitig sein und kontinuierlich weiter entwickelt werden. Die individuelle Begleitung der Hilfebedürftigen wird in der Regel von mindestens vier bis fünf Rechtsbereichen dominiert. Mindestens sechs bis sieben verschiedene Dienste sind nötig, um die unterschiedlichen Bedarfe in den Bereichen Pflege, Medizin und Versorgung sicherzustellen.

Wenn Pflegeberatung wirklich Hilfe und nicht nur Alibi sein soll, dann geht es da-

bei nicht um irgendeine Beratung, sondern um quartiersbezogene und regionalspezifische Kompetenz und auch um die Fähigkeit zur Aktivierung und zur Zusammenführung von Ressourcen.

Im „Hilfemix“ von Selbst- und Fremdhilfe, von Profi- und Laienpflege, von Medizin, Pflege und Versorgung liegt der Schlüssel zur Sicherstellung zukünftiger häuslicher Pflegeversorgung.

So wird aus der Pflegeberatung im Pflegestützpunkt eine nachhaltig wirkende soziale Innovation, die die Herausforderungen einer älter werdenden Gesellschaft annimmt.

Es wird auch deutlich: Professionelle Pflegeberatung kann vieles leisten. Nur die Herausforderungen der Gesellschaft des längeren Lebens sind noch vielfältiger. Die Sorge um die Sicherung der häuslichen Pflege-Versorgung ist mehr als die Umsetzung des SGB XI. Eine konzertierte Aktion vieler gesellschaftlicher Kräfte ist nötig!

Was noch zu tun wäre?! – Zehn Forderungen zur Neuorientierung der Politik in einer Gesellschaft des längeren Lebens

1. Aus **Bürgergemeinden** müssen **Sozialgemeinden** werden mit „hochbetagtenfreundlicher“ kommunaler Infrastruktur in den Bereichen Wohnen, Verkehr, wohnungsnaher Versorgung, Prävention usw. Ziel kommunaler Sozialpolitik muss die möglichst umfassende Sicherung selbstbestimmten, unabhängigen Lebens, trotz diverser

Handicaps, bei allen Bürgern sein. Besonders die jeweils vorhandenen Potenziale der Hilfebedürftigen müssen gestärkt und erhalten werden, ebenso die des sozialen Umfeldes. Deshalb müssen alle Hilfen situationsadäquat und ressourcenfördernd gestaltet werden.

2. Die **Sozialversicherungen** und die **Sozialleistungsträger** (Kranken- und Pflegekassen, Sozialhilfeträger u.a.) müssen die nötige soziale **Infra- und Leistungsstruktur als gemeinsame Aufgabe** und Herausforderung ansehen. Aus „fernen Bekannten“ müssen solidarische, sich gegenseitig unterstützende und ergänzende „Verwandte“ werden, und sie müssen sich vom Payer zum Player entwickeln. Offensive Gestalter sind gefragt. Die gesetzlichen Ausgestaltungen in den Sozialgesetzbüchern II, III, IV, V, VIII, IX, XI und XII müssen sehr viel stärker aufeinander bezogen und miteinander verzahnt werden. Dadurch sind auch verbindliche gesetzliche Regeln zur quartiersbezogenen Kooperation und Gestaltung aller Kosten- und Leistungsträger zu schaffen.
3. Die „falsche Programmierung“ von Gesundheits- und Pflegepolitik braucht eine Neuorientierung. Nur eine **Präventions- und Rehabilitationsoffensive** kann nachhaltig Pflegebedürftigkeit verhindern oder wenigstens hinaus schieben. Die Einlösung des Rechtsanspruches auf geriatrische Rehabilitation, gerade in mobiler und ambulanter Form, muss endlich Wirklichkeit werden. Vom präventiven Haus-

besuch bis zur Bewegungs-, Ernährungs- und Kontaktförderung in jeder Gemeinde sollte die Palette der vorsorgenden Hilfen reichen. In einem breit angelegten **Präventionsgesetz** müssen die Voraussetzungen zur gemeinsamen Finanzierung und zum verpflichtenden Angebot entsprechender Strukturen festgelegt werden.

4. **Pflege und Versorgung** müssen **kundenorientierter** werden. Kreative Leistungskombinationen sind gefragt. Tages-, Nacht-, Verhinderungs- und Kurzzeitpflege müssen sich gegenseitig ergänzen, abwechseln und verstärken. Die Anleitung, Schulung und Begleitung ehrenamtlicher Helferinnen und Helfer muss zum selbstverständlichen Bestandteil des professionellen Pflegealltags werden.

Die Pflegekassen müssen dazu in Stand gesetzt, und die Pflegeleistungsanbieter müssen angereizt werden, **mehr Flexibilität in der Leistungsgewährung** sicher zu stellen. Wir brauchen mehr Kombi-Lösungen aus Selbst- und Fremdhilfe, Profi- und Laienpflege, Medizin, Pflege und Versorgung. Sie müssen verstärkt individuell angepasst möglich werden. Dementsprechend sind auch die Hürden bei der sachgerechten Nutzung der „persönlichen Budgets“ zu minimieren. Unabhängige Hilfen zur Inanspruchnahme dieser Budgets sind nötig.

5. Pflege und Versorgung garantieren einen „Beschäftigungsboom“ – erst recht, wenn wir durch Varianten von

„Kombi-Löhnen“ im **öffentlich geförderten Arbeitsmarkt eine Alternative zur prekären und problembehafteten Beschäftigung** osteuropäischer Arbeitskräfte voran treiben. Dieses Tabu muss gebrochen werden. Die Sicherung der häuslichen Versorgung längerfristig zu betreuender Menschen durch eine kombinierte **Finanzierung** professioneller und nichtprofessioneller Hilfen für Hilfebedürftige **aus öffentlichen und privaten Haushalten** sind die bessere Alternative für Alle. Es lohnt sich, die Vorschläge aus dem Bereich der Diakonie, der evangelischen Kirche wie z.B. „Passiv für Aktiv“ oder die Initiativen aus der SPD zur „Ausgestaltung eines sozialen Arbeitsmarktes“ offensiv, gerade im Bereich der Sicherstellung der häuslichen Versorgung hilfebedürftiger Menschen, zu verwirklichen.

6. Auch **Pflege- und Erwerbstätigkeit** müssen sehr viel mehr **nebeneinander möglich** werden. Die **Arbeitgeberverantwortung** ist gefragt. Die zukünftige Arbeitsgesellschaft braucht alle Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer ebenso aber auch Menschen, die die Pflege und Versorgung hilfebedürftiger Angehöriger sichern. Deshalb sind pflege- und versorgungsgerechte Arbeitszeitregelungen ohne Nachteile für die Betroffenen dringend erforderlich. Pflege bei pflegebedürftigen Menschen muss auch neben der Berufstätigkeit ohne Gehalts- und Karriereeinbußen leistbar sein. Dazu sind verbindliche gesetzliche Vorgaben aber auch kreative Problemlösungen durch die Tarifpartner nötig.

7. **Demenz darf nicht zur Fortschrittsfalle werden.** Wenn diese, die Betroffenen und ihre Angehörigen enorm belastende Krankheit nicht zum Massenphänomen werden soll, brauchen wir schnellstens mehr, ursachen- und therapiebezogene, öffentlich verantwortete und finanzierte Forschung, ebenso professionelle Früherkennung und Vorsorge. Auch begleitende Hilfen für die Angehörigen demenzkranker Menschen sind unabdingbar.

Die **demensensible Region** muss in nächster Zukunft das **Ziel** sein. Die in Deutschland in Inseln erfolgreich erprobten Therapien, Präventionsangebote und Entlastungshilfen müssen zur flächendeckenden Selbstverständlichkeit werden. Dazu sind gesetzliche Verpflichtungen zu schaffen.

Der „**neue Pflegebedürftigkeitsbegriff**“ muss entsprechend den Vorschlägen der ehemals dafür eingerichteten Kommission schnellstens Wirklichkeit werden. Kürzungen in den unteren Leistungsbereichen darf es bei der Realisierung der zusätzlichen Ansprüche der Versorgung demenziell Erkrankter und ihrer Angehörigen nicht geben. Der finanzielle Mehrbedarf in der Pflegeversicherung, der durch die verstärkte Mitfinanzierung der Versorgung demenzkranker Menschen erwartet wird, ist durch Beitragssteigerungen bzw. durch einen Solidarausgleich zwischen privater und gesetzlicher Pflegeversicherung zu decken.

8. **Solidarität und Eigenverantwortung** müssen sich in der Pflege zukünftig noch mehr ergänzen. Eine Gewichtsverlagerung durch weniger Solidarität, z.B. durch die Privatisierung des Pflegerisikos, negiert die bereits jetzt bestehende hohe Selbstfinanzierung in der Pflege und führt zur „Mehr-Klassen-Pflege“. Zur Bewältigung der Herausforderungen in einer älter werdenden Gesellschaft mit steigender Pflege- und Hilfsbedürftigkeit brauchen wir nicht weniger sondern **mehr Solidarität**. Deshalb ist der „Geburtsfehler“ der Pflegeversicherung zu beseitigen und eine Zusammenführung der privaten und gesetzlichen Pflegeversicherung schnellstens herbeizuführen.

Auf Grund des geringeren Pflegerisikos der Menschen in der privaten Pflegeversicherung werden dort bei gleichen Leistungen und gleicher Finanzierungsstruktur Milliarden an Überschüssen angesammelt, während in der gesetzlichen Pflegeversicherung mit höherem Pflegerisiko der dort Versicherten mehr Geld, als derzeit zur Verfügung steht, gebraucht wird. Deshalb ist ein **Risikoausgleich zwischen privater und gesetzlicher Pflegeversicherung** dringend geboten.

9. Auch die **Medizin** muss sich den Herausforderungen der älter werdenden Gesellschaft stellen. **Geriatrische Kompetenz** muss **bei allen Gesundheits- und Pflegeberufen** Selbstverständlichkeit werden. Dazu sind die entsprechenden Aus-, Fort- und Weiterbildungsprogramme für alle Ge-

sundheits- und Pflegeberufe zu überarbeiten. Ebenso muss die medizinische und pflegerische Versorgung koordinierter, kooperativer, transparenter und qualitätsgesicherter werden. Auch deshalb brauchen wir eine **dauerhafte und hürdenfreie Finanzierung integrierter Versorgung** unter echter Einbeziehung von Pflegegedienstleistungen, ohne dass die Pflegebedürftigen danach noch mehr belastet werden.

10. Die Sicherung der häuslichen Versorgung für möglichst viele Menschen aus allen sozialen Schichten braucht breite Bündnisse, konzertierte Aktionen und langen Atem.

Auch das **pflege- und versorgungsbezogene bürgerschaftliche Engagement** kann wichtiger Player im örtlichen Pflegealltag sein. Seine Präsenz in jeder Gemeinde und in jedem Wohnquartier ermöglicht quartiersbezogene Initiativen (z.B. Hilfen auf Gegenseitigkeit, pflegebezogenes Ehrenamt), die Initiierung und Unterstützung von barrierefreiem, genossenschaftlich organisiertem Wohnen, die frühzeitige Vorbereitung auf das Alter durch Information, Bildung und Beratung sowie breite Kampagnen zum „Gesund älter werden“.