



Sozialpolitische Positionierung zur Kampagne 2010 „Selbstbestimmte Teilhabe von Menschen im Alter“

1. Zusammenfassung

- Selbstbestimmte Teilhabe gilt für alle Menschen und bedeutet, dass jeder Mensch das Recht hat, an den politischen, wirtschaftlichen, kulturellen und sozialen Prozessen einer Gesellschaft teilzunehmen und diese mitzugestalten und mitzubestimmen.
- Das Altersbild in unserer Gesellschaft darf nicht von den Problemen der sozialen Sicherungssysteme dominiert werden. Ältere Menschen sind auch in der letzten Lebensphase Experten für vielfältige Lebenssituationen, einschließlich besonders kritischer Lebensereignisse.
- Die Selbstbestimmung, Eigenverantwortung und das Selbsthilfef Potenzial ist zu fördern und durch geeignete Infrastruktur zu ermöglichen. So wird das bürgerschaftliche Engagement der älteren Menschen gefördert und hilft, den Zusammenhalt der Generationen zu unterstützen. Auch alte Menschen mit hohem Unterstützungs- und Pflegebedarf bleiben oder werden zu anerkannten Bürger(innen) ihres Gemeinwesens.
- Alte Menschen können bis zu ihrem Lebensende in ihren eigenen vier Wänden bleiben oder sich für andere Wohnformen – auch für ein Wohnen im Pflegeheim – entscheiden. Damit ein selbstbestimmtes und teilhabeunterstütztes Leben ermöglicht wird, sind die schon vorhandenen und erprobten Ideen und Modelle nachhaltig und flächendeckend umzusetzen.
- Für die Verwirklichung selbstbestimmter Teilhabe sind die Informationsmöglichkeiten und die Beratung für ältere Menschen nicht alltagsnah genug. Gemeinwesenorientierte und kultursensible Konzepte der Beratung sind vorhanden; sie müssen verwirklicht werden.

- Noch scheint Altersarmut ein Randphänomen unserer Gesellschaft zu sein. Bei genauerem Hinsehen werden Vereinsamung und Ausgrenzung erkennbar.
- So wie es bekanntlich verdeckte Armut in unserer Gesellschaft gibt, die nur bei ganz genauem Hinsehen zu erkennen ist, so gibt es Barrieren im Gesundheitswesen, die in einem reichen Industrieland leicht übersehen werden. Der Blick in die Wohnquartiere und Milieus, in denen ältere Menschen leben, deckt deren Lebenslagen, Probleme und Schwierigkeiten auf und öffnet die Zugangswege zu ihnen.
- Um die selbstbestimmte Teilhabe von unterstützungs- und pflegebedürftigen Menschen im Alter zu ermöglichen, brauchen sie eine gute Unterstützung und Pflege. Dafür werden Mitarbeiter(innen) im beruflichen sowie im nicht-beruflichen Hilfesystem gebraucht, die die dazu erforderlichen Kompetenzen haben. Das System der beruflichen Bildung muss auf die Einbeziehung des Gemeinwesens und die kulturelle Vielfalt vorbereiten.
- Damit sterbende Menschen bis zuletzt in ihrer gewohnten Umgebung bleiben können, müssen die vorhandenen gesetzlichen Möglichkeiten unverzüglich umgesetzt werden.
- Pflegende Angehörige übernehmen in unserer Gesellschaft den größten Anteil der erforderlichen Unterstützung und Pflege. Die dazu passende Mitsprache und Vertretung ihrer Interessen kann durch einen umfassenden Dialog verbessert werden.
- Die soziale und finanzielle Absicherung der Angehörigen, die unterstützungs- und pflegebedürftige sowie sterbende Menschen unterstützen, ist ein Gebot der Gerechtigkeit und Solidarität. Möglich wären eine Veränderung der Leistungssätze der Pflegeversicherung zugunsten der Geldleistungen und ein stärkerer Ausbau des persönlichen Budgets. Eine Alternative oder Ergänzung dazu ist eine steuerfinanzierte Förderung des zeitweisen Ausstiegs aus der Berufstätigkeit analog zu den Leistungen, die für Pflege- und Erziehungszeiten bei Kindern gelten.
- Bereits derzeit ist eine legale Beschäftigung von mittel- und osteuropäische Haushaltshilfe aus den Beitrittsländern der Europäischen Union zu den Bedingungen einer sozialversicherungspflichtigen Vollzeitbeschäftigung möglich. Familien sollten solche Haushaltshilfe ohne Angst vor Sanktion einstellen können. Ebenso sollte ihnen kein kompliziertes, kaum zu durchschauendes Antragsverfahren zugemutet werden.
- Ältere Menschen sind in der Mehrheit bereit, sich solidarisch für das Gemeinwesen zu engagieren und für das Zusammenwirken der Generationen einen solidarischen Beitrag zu leisten. Alle Ebenen des Staates und der Gesellschaft (Bund, Länder und kommunale Spitzenorganisationen, Kirchen, Wohlfahrtsverbände und Seniorenorganisationen) sind aufgerufen, sich für ein Leitbild des aktiven Alters und für eine stärkere Beteiligung älterer Frauen und Männer einzusetzen.
- Die demographische Entwicklung benötigt eine innovative Anpassung der finanziellen und strukturellen Rahmenbedingungen.

2. Ethische Grundlagen für eine selbstbestimmte Teilhabe aller Menschen einer Gesellschaft

Die selbstbestimmte Teilhabe des Menschen begründet sich aus seiner Würde als Mensch, denn der Mensch ist ein autonomes Wesen, das zur Selbstbestimmung fähig ist und durch Gott zur Freiheit und Verantwortung berufen wurde. Daneben ist er jedoch nicht nur ein vernunftbegabtes und autonomes Subjekt, sondern ein bedürftiges, verletzliches und sterbliches Wesen und ist auf Fürsorge angewiesen. Lange Zeit stand diese Seite des Menschen für den Sozialstaat und das berufliche Hilfesystem im Vordergrund. Die Prinzipien der Katholischen Soziallehre haben das Selbstbestimmungsrecht und die Förderung vorhandener Ressourcen betont.

Selbstbestimmte Teilhabe bedeutet, dass jeder Mensch das Recht hat, an den politischen, wirtschaftlichen, kulturellen und sozialen Prozessen einer Gesellschaft teilzunehmen und diese mitzugestalten und mitzubestimmen. Wie der Einzelne diese Teilhabe gestaltet, ist seiner autonomen Entscheidung überlassen in Wahrung der Rechte anderer und des Gemeinwohls.

Das Recht des Einzelnen auf selbstbestimmte Teilhabe steht in einem Wechselverhältnis mit der Pflicht der Gesellschaft, dem Einzelnen selbstbestimmte Teilhabe zu ermöglichen, d. h. Zugangs-, Mitbestimmungs- und Mitgestaltungsmöglichkeiten des Einzelnen in allen gesellschaftlichen Bereichen zu gewährleisten und zu fördern. Selbstbestimmte Teilhabe steht in einem engen Verhältnis zu Gerechtigkeit. Denn selbstbestimmte Teilhabe erfordert Gerechtigkeit, sie ist aber auch ein Resultat von gerechten Strukturen, Institutionen und Instrumenten der Gesellschaft. Sie formuliert damit auch eine Zielperspektive der Gesellschaft. Sie erfordert Beteiligungsgerechtigkeit im Sinne der Mitgestaltungsmöglichkeiten und –rechte aller, Verteilungsgerechtigkeit im Sinne einer gerechten Ressourcenverteilung, Befähigungsgerechtigkeit (Befähigung des Einzelnen zum solidarischen und selbstbestimmten Leben braucht bestimmte gesellschaftliche Voraussetzungen wie Gesundheitsversorgung, Bildung), Verfahrensgerechtigkeit (gerechte Verfahren z.B. in der Vertragsgestaltung, in der Sozialgesetzgebung) und Chancengerechtigkeit (z.B. Zugangschancen zum Arbeitsmarkt).

Die Leitidee der selbstbestimmten Teilhabe und Chancengleichheit aller Bürger ist in der politischen Diskussion über die Sozialpolitik hinaus als Handlung leitendes Prinzip anerkannt. Selbstbestimmung und Teilhabe sind zu Konzeptgrundlagen in der fachlichen und in der politischen Arbeit geworden.

Der Sozialstaat garantiert seinen Bürgern über die Rechtssicherheit, die territoriale Souveränität, die Sicherheit des Eigentums usw. hinaus auch die Für- und Vorsorge für einen großen Teil der Lebensrisiken. In Deutschland geht diese Garantie so weit, dass ein Rechtsanspruch besteht, auch dann ein „Leben in Würde“ führen zu können, wenn die Selbsthilfekräfte vollkommen versagen. Dieser Rechtsanspruch ist ein großer Fortschritt: Auf Hilfe angewiesene Bürger sind gleichberechtigt am Gesellschaftsvertrag beteiligt wie jeder andere Bürger. Sie sind nicht mehr Fürsorge- oder gar Almosenempfänger, sondern anspruchsberechtigte Bürger.

Nicht ein abstrakter Staat oder eine anonyme Behörde können abschließend verantwortlich sein für die Teilhabe und Chancengleichheit der Bürger, so wichtig Staat und funktionierende Institutionen für die Sicherung der Rechte der Bürger sind. Verantworten heißt im ursprünglichen Sprachgebrauch, dass sich ein Mensch gegenüber einer übergeordneten Instanz für eine Tat rechtfertigen muss. Er muss eine Antwort auf eine Frage „von oben“ geben: „Kain, wo ist dein Bruder Abel?“ Und er kann vorbeugend oder aus schlechtem Gewissen seine Verantwortung von sich weisen: „Bin ich der Hüter meines Bruders?“

Zur Verwirklichung selbstbestimmter Teilhabe ist also zivilgesellschaftliche Solidarität im sozialen Nahraum erforderlich. Menschen, die in ihrer Selbstbestimmung und Teilhabe eingeschränkt sind, sind Bürger, die rechtlich gegenüber dem Staat einen Anspruch haben, moralisch aber auch gegenüber jedem einzelnen Mitglied der sozialen Wertegemeinschaft.

Aus diesen Überlegungen lassen sich fünf Grundprinzipien ableiten:

- Der Schutz der Menschenwürde ist für alle Menschen mit Einschränkungen der Zugangsmöglichkeiten von herausragender Bedeutung. Angesichts der Diskussion über aktive Sterbehilfe ist z.B. die Würde von Menschen am Lebensende besonders gefährdet. Der Schutz der Menschenwürde erfordert den anwaltschaftlichen Einsatz für Solidarität mit den Personen sowie konkrete Angebote, die ein Leben in Würde fördern.

- Selbstbestimmte Teilhabe erfordert gerechte Rahmenbedingungen. Menschen, deren Teilhabe aufgrund ihrer physischen, psychischen oder sozialen Situation eingeschränkt ist, sind darauf angewiesen, dass sie gleiche Zugangschancen zu gesellschaftlichen Systemen haben (z.B. zum Gesundheitswesen). Sie brauchen die notwendigen materiellen Rahmenbedingungen, damit sie ihre Teilhabe selbstbestimmt wahrnehmen können. Ebenso benötigen sie die entsprechenden Wahlrechte und konkreten Wahlmöglichkeiten. Sie müssen die Möglichkeit haben, an der Gestaltung der Gesellschaft mitzuwirken. Differenzierte vorparlamentarische Meinungsbildung, Artikulations- Mitsprache- und Mitbestimmungsmöglichkeiten sind z.B. dafür erforderlich.
- Was Menschen benötigen, wird in ihrer konkreten Lebenswelt erkennbar. Selbstbestimmte Teilhabe ist auf Menschen und Strukturen im sozialen Nahraum angewiesen.
- Um Menschen bei der Verwirklichung ihrer selbstbestimmten Teilhabe zu unterstützen, müssen sie nicht nur gefragt werden, ob sie und welche Hilfe sie benötigen. Sie brauchen auch die Möglichkeit, eigene Kräfte und Fähigkeiten sowie die ihres sozialen Nahraums einzusetzen. Ressourcenorientierung heißt, dass alle Maßnahmen das Ziel haben, die Ressourcen der Menschen mit einem Unterstützungsbedarf, ihrer Angehörigen und der Menschen im sozialen Nahraum zu entdecken, die betroffenen Menschen zu motivieren, diese Ressourcen einzusetzen, sie zu unterstützen und zu fördern, damit sie diese Ressourcen einsetzen und möglichst erweitern können.
- Wenn Menschen mit Unterstützungsbedarf, Menschen, die in ihrer selbstbestimmten Teilhabe eingeschränkt sind, Bürger(innen) des Gemeinwesens bleiben oder werden, kann der andere Teil der Bürger(innen) sich vom Hilfebedarf dieser Menschen ansprechen lassen und eine Teilverantwortung mittragen. Dann müssen Dienste und Einrichtungen dafür offen sein, dass die Hilfe außerhalb der Logik des beruflichen Hilfesystems geschehen kann. Wenn diese (neue) Hilfeform unterstützt wird, können das berufliche und das nicht-berufliche Hilfesystem effizient zusammenwirken.

3. Selbstbestimmte Teilhabe und das Altersbild unserer Gesellschaft

Auch heute noch wird in der Öffentlichkeit mit dem Begriff „demographischer Wandel“ eine einseitige Debatte über die sozialen Sicherungssysteme geführt und damit unzulässig verkürzt. Das Bild des Alters ist dringend zu erneuern. Alt sein bedeutet schon länger nicht mehr in erster Linie unterstützungs- und pflegebedürftig zu sein. Ein grundlegendes Ziel einer Altenpolitik auch des Deutschen Caritasverbandes ist es, die positiven Möglichkeiten der älteren Generation in den Vordergrund zu stellen. Ältere Menschen sind auch in der letzten Lebensphase Experten für vielfältige Lebenssituationen, einschließlich besonders kritischer Lebensereignisse. Ihr Erfahrungsreichtum ist ein Schatz und kein demographisches Problem für unsere Gesellschaft.

Im Gegensatz zu den defizitorientierten Altersbildern, die es in unserer Gesellschaft noch immer gibt, stellen heute die offiziellen Beschreibungen der Lebenslagen älterer Menschen besonders ihre Potenziale in den Mittelpunkt. Ältere Menschen sind danach für die Gesellschaft mit ihrer steigenden Lebenserfahrung und ihrer Wissensvielfalt ein Gewinn. Für das Zusammenleben der Generationen in unserer Gesellschaft ist die Bereitschaft zum bürgerschaftlichen Engagement der älteren Menschen ein unverzichtbarer Faktor.

Für die Anerkennung und Nutzung solcher Potenziale sind milieugepasste Formen der Partizipation erforderlich, die das mögliche und vorhandene Engagement fördern. Viele Ältere wünschen sich, in Planungs- und Entscheidungsprozesse einbezogen zu werden. Das neue Altersbild muss also seine Entsprechung haben in Beteiligungsmodellen auf allen Ebenen der Gesell-

schaft. Die kulturelle Vielfalt der Sichtweisen auf das Alter der Menschen mit Migrationshintergrund ist dabei besonders zu berücksichtigen.

Die positive Veränderung der Altersbilder darf aber nicht verdecken, dass das Alter auch mit Autonomieverlust, Abnahme der Mobilität, Einschränkungen der Teilhabemöglichkeiten und Abhängigkeit von der Unterstützung anderer Menschen verbunden sein kann und dass die Wahrscheinlichkeit dieser Einschränkungen und Funktionsverluste ab dem 80. Lebensjahr stark zunimmt. Zur Lebenssituation älterer Menschen besonders in der so genannten vierten Lebensphase gehört auch die Pflegebedürftigkeit. Die neueste Pflegestatistik verzeichnet am 31.12. 2007 2,25 Millionen Leistungsempfänger der Pflegeversicherung (ambulant und stationär). Davon werden rund 1,54 Millionen Menschen ambulant und rund 0,71 Millionen Menschen stationär versorgt.

Besonders bemerkenswert ist noch immer, dass der größte „Pflege- und Unterstützungsdienst“ unserer Gesellschaft die Angehörigen der unterstützungs- und pflegebedürftigen Menschen sind. Alle Untersuchungen der vergangenen Jahre haben eine hohe Pflegebereitschaft der Angehörigen festgestellt. Damit schließt sich der Kreis zu den Potenzialen der älteren Generation. Denn es sind mehrheitlich die Menschen in der so genannten dritten Lebensphase, die diesen Dienst an ihren Angehörigen übernehmen.

4. Thesen

4.1 Die Gesellschaft und die Gemeinden sind nicht genügend darauf vorbereitet, die selbstbestimmte Teilhabe besonders der alten Menschen mit hohem Unterstützungs- oder Pflegebedarf als Bürger(inn)en ihres Gemeinwesens und nicht nur als Empfänger(innen) von Unterstützungs- und Pflegeleistungen zu fördern.

4.1.1 Situation

Mehr als 80 Prozent der Bevölkerung in Deutschland sagt, dass sie auch bei Pflegebedürftigkeit nicht in einem Pflegeheim wohnen, sondern möglichst von Angehörigen unterstützt und versorgt in der gewohnten Umgebung weiter leben möchten.

Die politische Gemeinde, die Menschen im Stadtteil, im Dorf oder in der Nachbarschaft, die Pfarrgemeinde sind nicht genügend darauf vorbereitet, die erforderliche Verantwortung füreinander zu übernehmen. Menschen als Bürger(in), als Nachbar(in), ja als Angehörige(r) zu sehen, die der Solidarität bedürfen, ist durch Individualisierung, Vereinzelung, Anonymität in Gefahr. Bekanntlich hat die andere Seite des Sozialstaats diese Entwicklung begünstigt: Die Bürger können seit langem einen großen Teil der sozialen Anforderungen des Alltags, der Nachbarschaft und selbst der pflegebedürftigen Verwandten von sich auf die staatlich organisierte Versorgung übertragen. Immer weniger erforderlich wurden für die Bewältigung bestimmter Lebensrisiken in unserer Gesellschaft Gemein Sinn, Nachbarschaftshilfe und die Notwendigkeit, sich im sozialen Nahraum, in der Familie, im Milieu anzupassen.

4.1.2 Bewertung

Auch Menschen mit Unterstützungs- und Pflegebedarf sind in erster Linie Bürger ihrer Gemeinde und Mitglieder ihrer Pfarrgemeinde. Darum sind die Kommunen vor Ort in der Verantwortung, sowohl die altersgerechte Infrastruktur bereitzustellen als auch das Wohnumfeld barrierefrei zu gestalten.

4.1.3 Lösungsvorschlag

Gemeindeorientierung als Verantwortungsprinzip ist auf den Optimismus angewiesen, dass der Trend zur Vereinzelung zum Teil umgekehrt werden kann. Die Caritas beteiligt sich vor Ort daran, dass die Unterstützung pflegebedürftiger Menschen aus dem Gemeinwesen wächst. Betroffene selbst, Angehörige und engagierte Bürger(innen) werden direkt in Initiativen einbezogen, ermutigt und befähigt. Die Caritas ist aufgefordert, Selbstinitiativen engagierter Bürger zu unterstützen. Ihre Selbstorganisation und ihr eigenständiges Handeln sind zu fördern und mit den formellen und professionellen Strukturen zu verknüpfen. Damit Wünsche und Bedürfnisse der betroffenen Menschen unmittelbar wahrgenommen und berücksichtigt werden, sind die Menschen und Gruppen im sozialen Nahraum auf die Zusammenarbeit mit anderen Strukturen und Menschen mit vielfältiger soziokultureller Herkunft zu sensibilisieren und vorzubereiten.

Die Kommunen sind aufgefordert, das Instrument der Bauleitplanung zu nutzen, um die erforderliche Siedlungsstruktur zu entwickeln. Politische Entscheidungen, die häufig nur unter kurzfristigen ökonomischen Aspekten getroffen werden und zur Ausdünnung des öffentlichen Nahverkehrs oder Konzentration des Einzelhandels auf der „grünen Wiese“ führen, sind rückgängig zu machen und zu vermeiden, sodass (wieder) in jedem Stadtteil oder Dorf die wichtigsten Dingen des täglichen Lebens auch für mobilitätseingeschränkte Menschen erreichbar sind.

Damit die Kommunen ihre Aufgaben auch für ihre Bürger(innen) in der dritten und vierten Lebensphase erfüllen können, sind die Steuereinnahmen diesen Anforderungen entsprechend zwischen Bund, Ländern und Kommunen angemessen zu verteilen.

Nicht nur die Pflegekonzeption oder die Pflegeplanung der ambulanten häuslichen Pflege, nach der die vorhandenen Fähigkeiten der pflegebedürftigen Menschen in den Alltag und in die Unterstützungs- und Pflegehandlung einbezogen werden, sind ressourcenorientiert zu gestalten. Die Ressourcen der unterstützungs- und pflegebedürftigen Menschen, der Angehörigen und des gesamten sozialen Nahraums werden von den Diensten und Einrichtungen der Caritas angefragt, gefördert und in die konkrete Leistungserbringung einbezogen.

Diese Form der Ressourcenorientierung verlangt Maßnahmen zur Befähigung. Die Selbstbestimmung, Eigenverantwortung und das Selbsthilfepotenzial ist bezogen auf das Individuum zu fördern und bezogen auf den Sozialraum durch geeignete Infrastruktur zu ermöglichen. Mit geeigneten Maßnahmen sind auch Menschen aus Milieus für das bürgerschaftliche Engagement zu gewinnen, die bisher wenig im Blick waren wie z.B. Menschen mit Migrationshintergrund. Die Förderung des Ressourcenpotentials und der Infrastruktur kostet Geld und ist vor allem ein Teil der kommunalen Daseinsfür- und vorsorge.

Die Caritas vor Ort kann Initiativen aus dem nicht-beruflichen Hilfesystem unterstützen. Ehrenamtlich, freiwillig Tätige werden dabei nicht nur einbezogen, sondern sind ein Teil des Unterstützungsarrangements. Die Mitarbeiter(innen) der Sozialstation arbeiten mit den unentgeltlich Tätigen und den Angehörigen auf gleicher Augenhöhe zusammen. Diese Zusammenarbeit wird so gestaltet, dass die Beteiligten aus dem nicht-beruflichen Hilfesystem eine spezielle respektierte Rolle übernehmen und nicht als „Hilfskraft“ für die beruflich Tätigen behandelt werden.

4.2 Alte Menschen mit hohem Unterstützungs- und Pflegebedarf können noch immer zu wenig selbstbestimmt wählen, wo und wie sie leben.

4.2.1 Situation

Berichte von Modellprogrammen und Antworten der Bundesregierung zu verschiedenen Anfragen im Bundestag stellen eine große Vielfalt für die Wohn- und Lebensgestaltung älterer Men-

schen vor: Bund-Länder-Programme und Selbsthilfeinitiativen fördern subsidiäre Unterstützungsformen durch Übernahme von Verantwortung für die Nachbarschaft. Seniorengenossenschaften bieten ein umfassendes Hilfsangebot für Hochaltrige und ermöglichen ein längeres Verbleiben in der eigenen Wohnung. Tauschsysteme, die auf Wechselseitigkeit basieren, unterstützen den Alltag. Sie schaffen die Möglichkeit, brachliegende individueller Ressourcen und Talente aufzudecken und zu nutzen. Mehrgenerationenhäuser sind als niedrigschwellige, offene und aktivierende Angebote als Teil des Quartiers geschaffen und gefördert worden.

Die Bundesregierung betont in mehreren Veröffentlichungen, dass sie innovativen Wohnkonzepten, insbesondere dem gemeinschaftlichen Wohnen, eine erhebliche Bedeutung zumisst. Sie unterstützt die Entwicklung von Wohnkonzepten, damit durch ein vielfältiges Angebot an unterschiedlichen Wohnformen den Menschen möglichst lange ein selbstbestimmtes Leben in ihrer Wohnung ermöglicht wird. In einer Antwort auf eine Große Anfrage (Drucksache 16/10155) vom August 2008 wird die Vielfalt der Möglichkeiten aufgezählt: Seniorenhäuser, die häufig in den „normalen“ Wohnungsbau integriert sind; Betreutes Wohnen/Service-Wohnen; Wohngemeinschaften für Pflegebedürftige; kultursensible Altenpflegeeinrichtungen, insbesondere für Menschen mit Migrationsbiografie; Angebote, in denen die Bewohnerinnen und Bewohner je nach Bedarf umfassende Serviceleistungen in Anspruch nehmen können, die bis hin zur Pflege in der eigenen Wohnung reichen; Wohnungsgenossenschaften, bei denen neben der Pflege nachbarschaftliche Unterstützung und im Bedarfsfall auch Verträge mit Betreuungsdienstleistern einen lebenslangen Verbleib in der Wohnung ermöglichen. Schließlich gibt es Förderprogramme und Leistungen der Pflegeversicherung, durch die vorhandener Wohnraum angepasst werden kann

Andere Berichte aus der Wirklichkeit des alltäglichen Lebens zeichnen ein Gegenbild zu diesen optimistischen Darstellungen und Prognosen: In ländlichen und so genannten strukturschwachen Regionen nimmt die Zahl der älteren alleinwohnenden Menschen überproportional zu. Die jüngere Generation ist seit Jahren aus solchen Gebieten auch wegen der hohen Arbeitslosigkeit weggezogen. Angehörige sind nur noch zu Besuch oder sind mit der – noch immer als überraschend erlebten - Pflegenotwendigkeit überfordert. Hinzu kommt besonders in solchen ländlichen Situationen der Konflikt, dass man seine pflegebedürftigen Verwandten „nicht ins Heim abschickt“, aber die erforderliche Unterstützung im gewohnten Wohnumfeld nicht leisten kann. Es bleibt für viele ältere Menschen - zumindest bei hoher Pflegebedürftigkeit – die „Einbahnstraße“ in ein Pflegeheim.

Nicht nur für ältere Menschen, aber besonders auf sie, wirkt sich in solchen Regionen auch die ungleiche Verteilung der Ärztedichte aus. Die damalige Bundesregierung stellt noch in der 15. Legislaturperiode fest, dass eine medizinische Grundversorgung für jedermann verfügbar und flächendeckend sowie wohnortnah gesichert sei. Im Gutachten 2009 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen „Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens“ wird jedoch festgestellt, dass zukünftig stärker als bisher auf die Struktur der ärztlichen Versorgung geachtet werden muss. Es zeichne sich insbesondere für die hausärztliche Versorgung ein – regional unterschiedlich ausgeprägter – Mangel in der Primär- bzw. Grundversorgung der Bevölkerung ab¹. Dort ist zu lesen, dass eine abschreckende Wirkung auf die Entscheidung des potenziellen Nachwuchses für eine Tätigkeit in der Primärversorgung die regelmäßigen Androhungen von Regressen, insbesondere im Arzneimittelbereich haben. Da Hausärzte aufgrund ihres Tätigkeitsspektrums für den größten Teil der ambulanten Arzneimittelverordnungen verantwortlich seien, führe das damit unmittelbar verbundene Risiko zu einem verbreiteten Gefühl von Unsicherheit.

¹ Bundestagsdrucksache 16/13770 vom 2. Juli 2009 (<http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/16/137/1613770.pdf>)

Nicht nur in besonderen Regionen, sondern flächendeckend kommt eine weitere Entwicklung hinzu: „Zu vermieten“ - diesen Schildern begegnen die Menschen immer öfter in den Innenstädten vor Schaufenstern leerstehender Geschäfte. Das Einzelhandelssterben reißt nicht nur sichtbare Lücken in die Geschäftsstraßen der Städte, sondern nimmt besonders älteren und mobilitätseingeschränkten Menschen ihre Einkaufs- und Kommunikationsmöglichkeiten. In Dörfern und Stadtteilen schließen Bäckerei, Metzgerei, Apotheken und Postfilialen eher still und leise.

Der Einzelhandel selbst und die kommunale Stadtplanung steuern in der Zwischenzeit um - zumindest nach dem, was in Veröffentlichungen zu lesen ist². Dennoch wird das Konzept aus den 1980er-Jahren noch immer praktiziert. Es entstehen auch neue Angebotsformen wie Bringservice und mobiler Einzelhandel. Dennoch sind die Bedingungen in Städten und Dörfern für eine Teilhabe am gesellschaftlichen Leben für ältere Menschen eingeschränkt worden. Wer es sich leisten kann, lässt sich den Bedarf für das tägliche Leben und die Medikamente in die Wohnung bringen und kann vielleicht sogar das Kommunikationsbedürfnis durch ein „Schwätzchen“ mit der Botin oder dem Boten befriedigen. Wer dafür kein Geld hat, wird umziehen müssen und hat in der Regel keine Wahlmöglichkeit, sondern muss das versorgungsstärkste Angebot annehmen, nämlich das Leben in einer stationären Einrichtung.

Ein enormes Potenzial zur Verbesserung der Wahlmöglichkeiten wird heute von unterschiedlichen Seiten, so auch von der Bundesregierung, in den technischen Möglichkeiten der Umgebungsanpassung gesehen. Unternehmen und Unternehmensverbände geben Umfragen in Auftrag, bei denen z.B. ermittelt wird, dass 58 Prozent der Deutschen über 65 Jahre Alarmsysteme wie Sturzsensoren, Herzfrequenz- oder Atemstillstandsmesser nutzen würden, wenn sie pflegebedürftig wären. Auf eine Erinnerungsfunktion für die Tabletteneinnahme würden 54 Prozent der über 65-Jährigen zugreifen. Immer noch 53 Prozent der Menschen über 65 Jahren können sich vorstellen, Tele-Monitoring-Systeme zur dauerhaften Überwachung der Körperfunktionen zu nutzen. Dass diese ständige Überwachung stark in die Privatsphäre eingreift, hat angeblich für die meisten keine Bedeutung. Es gibt Studien, nach denen gerade ältere Menschen diese Überwachung nicht als Problem, sondern als Hilfe wahrnehmen³.

4.2.2 Bewertung

Einige Seniorenorganisationen haben vor der Bundestagswahl die Parteien gefragt, welche konkreten Maßnahmen sie ergreifen werden, damit auch in ländlichen Gegenden die Versorgung mit Gütern und Dienstleistungen des täglichen Bedarfs (Lebensmittel, Medikamente, Postfilialen etc.) und die Mobilität sichergestellt sind. Nur wenige Antworten waren konkret und sind über die optimistische und wenig realistische Schilderung hinausgegangen, die hier in der Situationsbeschreibung erwähnt wird.

Verbraucherschutzorganisationen kommen zu dem Schluss, dass Angebote der Hilfe und Unterstützung zum Verbleib in den eigenen vier Wänden oder andere Angebote wie z.B. Betreutes Wohnen kaum miteinander zu vergleichen, in hohem Maße undurchsichtig und keinesfalls verbraucherschutzfreundlich sind. Nicht zuletzt setzt die benutzte Sprache durch ihre Orientierung an einem fachlichen Sprachcode mit einer bildungsorientierten, abstrakten Ausdrucksweise eine hohe Kenntnis über das System voraus. Kultursensible Informationsgestaltung und spezifische Informationskanäle bleiben häufig unberücksichtigt. Gerade ältere Menschen sind überfor-

² z.B. www.wfo.de/downloads/WFO-broschuere_Demographischer_Wandel_und_Einzelhandel.pdf; „Einkaufen auf der „grünen Wiese“ ist passé“ (http://www.sterzwinkel.de/meinung_mannheim.pdf); „Main-Taunus-Einkaufszentrum – Frankfurt will Ausbau stoppen“ (http://www.hr-online.de/website/rubriken/nachrichten/index.jsp?key=standard_document_28399626&rubrik=5930&seite=1)

³ <http://www.heise.de/newsticker/meldung/Ambient-Assisted-Living-IT-Technik-fuers-Alter-217113.html>

dert oder haben immer wieder überhöhte Erwartungen an verschiedene Angebote. Häufiges Beispiel ist, dass fälschlicherweise vorausgesetzt wird, dass Betreutes Wohnen automatisch Betreuung einschließt.

Die größte Schwierigkeit ist die Nachhaltigkeit der positiven Beispiele, der Modelle und der positiven Entwicklungen. Sobald die Modellförderung endet oder die Protagonisten ausfallen, fehlen die erforderlichen Ressourcen für die kontinuierliche Weiterarbeit. Sie hängen häufig am Tropf von Modellförderungen und/oder sind abhängig von engagierten, häufig auch charismatischen Einzelpersonen oder dem Informationsstand und Engagement einzelner Kommunalpolitiker. Noch immer ist es für den Bürgermeister oder Sozialdezernenten einfacher, einen Träger, einen Investor oder beides zu finden und ein Pflegeheim bauen zu lassen, als mit viel Geduld und Mühe für ein gemeindeintegriertes, teilhabeorientiertes, bürgerschaftlich getragenes Konzept zu werben oder eine „Graswurzel-Selbsthilfe“ zu befähigen, der mächtigen Konkurrenz etablierter Träger zu widerstehen und sie zu ermutigen und zu stützen sowie die Voraussetzungen dafür zu schaffen⁴.

Die technischen Möglichkeiten, die heute angepriesen werden, müssen in einen größeren Zusammenhang gestellt werden und dürfen nicht isoliert betrachtet werden.

4.2.3 Lösungsvorschlag

Die beste Lösung für die Verbesserung der Wahlmöglichkeiten für ein selbstbestimmtes, teilhabeunterstütztes Leben wäre die nachhaltige und flächendeckende Umsetzung der unzähligen schon vorhandenen und erprobten Ideen und Modelle. An manchen Stellen in der Caritas geschieht das auch. An einem Beispiel soll exemplarisch beschrieben werden, dass eine solche Entwicklung die methodischen Prinzipien der Teilhabeinitiative konkret umsetzt und somit die Wahlmöglichkeiten realistisch und nachhaltig verbessert:

Im Landkreis Schwandorf haben die Caritas-Sozialstationen auf drei Ebenen die dafür erforderlichen Voraussetzungen unter den heute möglichen Bedingungen geschaffen: Ein Fünftel der Bevölkerung wurde in allen 40 Pfarreien für einen Krankenpflegeverein gewonnen. Nicht eine ferne Behörde, sondern Menschen vor Ort, die man kennt, stehen für diesen Verein. Vorhandene (monetäre) Ressourcen werden genutzt. Auf der zweiten Ebene werden Bürger(innen) organisiert, die als Helfer(innen) für Aufwandentschädigungen tätig sind. Erst auf der dritten Ebene kommen die Profis ins Spiel und erbringen unter den Maßgaben der Pflegeversicherung die notwendigen Pflegeleistungen. Gemeindeorientierung, Ressourcenorientierung und das Zusammenwirken des beruflichen und nicht-beruflichen Hilfesystems sind in dieser Region vorbildlich in die Praxis umgesetzt. Weitere Beispiele aus dem Wirken der Caritas werden im Laufe der Teilhabeinitiative im Jahr 2010 und 2011 gesammelt und aufbereitet.

Trotz der möglichen ethischen Bedenken, sollte das Potenzial der technischen Möglichkeiten der Umgebungsanpassung viel stärker genutzt werden. Das „Ambient Assisted Living“ darf selbstverständlich nicht auf die elektronische Gesundheitskarte und auf die Fernüberwachung bestimmter Körperfunktionen begrenzt werden. Wie der englische Begriff „ambient“ vermitteln sollte, geht es um die gesamte Umgebung, einschließlich der sozialen. Ein nachdrückliches Beispiel lässt sich leider noch nicht in Deutschland, sondern in einer schottischen Kommune betrachten: In West Lothian County in Schottland bei Edinburgh liegt ein Landkreis in einer Industrieregion mit entsprechender gesundheitlicher Beeinträchtigung und Frühverrentung und frühem

⁴ Vgl. Nees, W.: Betreutes Wohnen daheim. In: Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit, 37 (2006) 32 – 40 oder Dörner, K.: Leben und sterben, wo ich hingehöre. Dritter Sozialraum und neues Hilfesystem. Neumünster 2007

Eintritt von Pflegebedürftigkeit. Statt Pflegeheime neu zu bauen, entschied sich der Kreis, die ambulanten Hilfen unterstützt durch Technik auszubauen. Die Wohnungen der unterstützungs- und pflegebedürftigen Menschen sind zwar auch technisch ausgestattet und ein hohes Maß an Überwachung ist möglich. Doch diese technischen Anpassungen werden verbunden mit Ressourcenorientierung und dem Zusammenwirken der beruflichen und nicht-beruflichen Hilfesystems. Nicht die Apparate übernehmen so die eigentliche Reaktion auf den aktuellen Unterstützungsbedarf, sondern die Menschen im sozialen Nahraum; aber immer nur dann, wenn – durch Hightech unterstützt - in einer zentralen Anlaufstelle die Notwendigkeit zum Eingreifen angezeigt wird. Die technische Ausstattung, verbunden mit der hohen Bereitschaft der Angehörigen und anderer Menschen im sozialen Nahraum aktiv zu werden, wenn konkrete Unterstützung erforderlich ist, erhöht die Selbstbestimmung und die Teilhabemöglichkeiten⁵.

Ein „altengerechtes“ Gemeinwesen wird so gleichzeitig ein Gemeinwesen, in dem Familien, Kinder, Menschen mit Behinderung und Menschen mit Migrationshintergrund als Bürger(innen) wahrgenommen werden, als Bürger(innen) mit dem Recht auf selbstbestimmte Teilhabe und mit der Pflicht, die vorhandenen Ressourcen einzubringen.

4.3 Für die Verwirklichung selbstbestimmter Teilhabe sind die Informationsmöglichkeiten und die Beratung für ältere Menschen nicht alltagsnah genug.

4.3.1 Situation

In jedem Lebensalter und in jeder Lebenslage brauchen Menschen zur Verwirklichung ihrer selbstbestimmten Teilhabe Informationen über die grundsätzlichen sozialen, kulturellen und materiellen Zugangsmöglichkeiten, über ihre Wahlmöglichkeiten, über Angebote, über ihre Rechte und Pflichten, über ihre Partizipationsmöglichkeiten.

Allein 10.100 Einträge sind im Internet zu finden, wenn man den Begriff „Seniorenberatung“ eingibt. Ein kaum zu überblickendes Spektrum ist zu finden: von der Finanzberatung für Senioren über Partnernvermittlung für Senioren bis zur Beratung bei Pflegebedürftigkeit. Kommerzielle Unternehmen, selbständige Therapeuten, frei-gemeinnützige Träger und Behörden bieten Beratung für ältere Menschen an. Auch für Menschen mit Migrationshintergrund gibt es ein erstaunliches Angebot⁶. Die Internet-Suche unter dem Begriff „Hilfe bei Pflegebedürftigkeit“ ergibt immer noch etwas mehr als 250 Treffer. Detaillierte und umfassende Auskunft ist auf den angebotenen Seiten zu finden. Einige Landessozial- und/oder -gesundheitsministerien verweisen ausführlich auf das Beratungsangebot, das mit Finanzmitteln der Pflegeversicherung und Fördermitteln aus Landeshaushalten unterhalten wird.

Noch erfolgreicher ist das Ergebnis der Internetsuche mit dem Begriff „Pflegestützpunkt“. Rund 15.800 Einträge sind zu finden. Nach dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfWG), das am 1. Juli 2008 in Kraft getreten ist, sollen Pflegestützpunkte flächendeckend folgende Aufgaben übernehmen: Auskunft und Beratung in sämtlichen pflegerischen Belangen, Koordinierung aller regionalen Versorgungs- und Unterstützungsangebote sowie die Vernetzung abgestimmter pflegerischer Versorgungs- und Betreuungsangebote. Ebenfalls in das Sozialgesetzbuch – Elftes Buch (SGB XI) aufgenommen wurde der Anspruch „auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch einen Pflegeberater oder eine Pflegeberaterin ...“ (§ 7a SGB XI).

⁵ Vgl. Seniorenwirtschaft in Europa 2005 - Europäische Konferenz, Bonn 17. – 18. Febr. 2005: Forum 1 Selbstbestimmte Lebensführung – Kelly, D.F.: Touching Peoples Lives Through Technology

⁶ Vgl. als Beispiel: www.migration-ahnen.de/index.php?id=60 oder www.gesundheitberlin.de/Handreichung.pdf

Die Angebote der Beratung für ältere, insbesondere für pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen sind also wie die Angebote für die Wohn- und Lebensgestaltung auf den ersten Blick äußerst zahlreich und vielfältig.

4.3.2 Bewertung

Schon in seiner Stellungnahme zum (PfWG) hat der Deutsche Caritasverband darauf hingewiesen, dass Pflegebegleiter(innen) als Mitarbeiter(innen) der Pflegeversicherung nicht gleichzeitig Sachwalter der pflegebedürftigen Menschen sein können. Das eigentliche Problem dieser Organisationsform ist der Zeitpunkt der Beratung: Erst wenn ein Antrag auf Leistungen aus der Pflegeversicherung gestellt wird, besteht Anspruch auf diese Beratung. Um den Verlust von Selbstbestimmung und Teilhabemöglichkeiten möglichst gering zu halten, müssen ältere Menschen zusammen mit ihren Angehörigen und mit anderen vertrauten Menschen vor Eintritt der Pflegebedürftigkeit beraten werden.

Neben dem späten Zeitpunkt der Beratung bleibt trotz der massenhaften Beratungsangebote und deren Vielfalt ein weiteres Problem: Ein bestimmtes Informationsniveau ist erforderlich, um an hilfreiche Informationen heranzukommen. Noch immer sind die Schwellen der derzeitigen Beratungsangebote für bestimmte Bevölkerungsgruppen zu hoch.

4.3.3 Lösungsvorschlag

Beratung für ältere Menschen sollte nach dem Prinzip der Gemeinwesenorientierung wohnortnah sein. Die Beratung muss unabhängig und gegenüber Leistungsträgern und Leistungserbringern neutral sein. Die älteren Menschen müssen den Berater/die Beraterin kennen. Sie/er muss Information und Beratung in wichtigen Lebensfragen anbieten, die auf die Menschen beim Älterwerden zukommen. Krisen und kritische Lebensereignisse sind selbstverständliche Themen für diese Beratung. Eine der wichtigsten Kompetenzen der Berater(innen) ist es, die selbstbestimmte Teilhabe der alten Menschen in ihrem Einzugsbereich zu erhalten und zu fördern. Es werden Ressourcen und Selbsthilfepotenzial ermittelt und Unterstützungsangebote einbezogen, die die Wahlmöglichkeiten der alten Menschen verbessern. Diese Ressourcenorientierung wird ergänzt durch das Zusammenwirken des beruflichen und nicht-beruflichen Hilfesystems, indem Angehörige, Menschen im sozialen Nahraum und ehrenamtlich Tätige einbezogen werden. Besonders ehemals pflegende Angehörige bringen häufig zumindest einen großen Teil der erforderlichen Kompetenzen für bestimmte Beratungsaufgaben mit.

Die Caritas schafft die Voraussetzungen für eine alltagsnahe und kultursensible Information und Beratung. Information werden abgestuft vermittelt, übersichtlich gestaltet und leicht verständlich mit Bildern gestützt aufbereitet. Der Bezug zu den Systemen der jeweiligen Nutzergruppe wird hergestellt. Information und Beratung sind an die Sprache der Nutzer orientiert und man bedient sich u.a. der Schlüsselpersonen der jeweiligen Adressatengruppe.

Die kommunalen Stellen und die Träger der Kranken- und Pflegeversicherung beziehen die Berater(innen) und alle beteiligten Menschen in ihre Planungen für alte und pflegebedürftige Menschen ein. Sie helfen mit, das Gemeinwesen auf seine Aufgabe vorzubereiten, die Wahlmöglichkeiten der älteren Menschen zu erweitern und sie als Bürger auch bei hohem Unterstützungs- oder Pflegebedarf ernst zu nehmen.

Vorhandene Beratungsstellen in einigen Bundesländern können ohne große Anpassungsleistungen dieses Konzept übernehmen (z.B. Beratungs- und Koordinierungsstellen - BeKo-Stelle in

Rheinland-Pfalz⁷). Die Finanzierung kann über Mittel der Pflegeversicherung, über die Sozialhilfe und über Landeszuschüsse gesichert werden.

Sehr nahe an diesen Vorschlägen sind die „Eckpunkte der Caritas-Seniorenberatung im Erzbistum Köln“⁸.

4.4 Mit zunehmendem Alter kann finanzielle Armut zur Ausgrenzung und Vernachlässigung führen, die von den aktuell bestehenden Unterstützungsangeboten nicht aufgefangen werden.

4.4.1 Situation

Finanzielle Armut in Verbindung mit einer abnehmenden Mobilität, Krankheiten mit kognitiven und körperlichen Einschränkungen führen zu Ausgrenzungen und hochgradigen Vernachlässigungssyndromen. Verstärkt werden Grenzsituationen im Alter durch Einschnitte in das soziale Netzwerk hochaltriger Menschen. Der Tod von Partner(innen), Geschwistern, Freunden(innen) und Nachbarn(innen) aus der gleichen Generation führen zu altersbedingten Verlusterfahrungen. Einschnitte in die sozialen Netzwerke beeinflussen die Lebensqualität hochaltriger Menschen negativ. Das Alter ist die Lebensphase mit den meisten Verlusterfahrungen.

Sich verändernde Familienstrukturen, insbesondere durch eine gestiegene Mobilität, grenzen die Möglichkeiten ein, auf familiäre Netzwerke im unmittelbaren Wohn- und Lebensfeld zurück zu greifen. Die Absenkung des Rentenniveaus und die Zuzahlungen für Gesundheitsleistungen haben zu einem deutlich niedrigeren Leistungsniveau bzw. zu hohen Aufwendungen zur Sicherung des täglichen Bedarfs der älteren Menschen geführt. Verwahrlosung und Vermüllung im Alter ist häufig Ausdruck der Folgen altersbedingter Krankheiten oder sozialer Isolation.

Erst langsam wird diesem Phänomen Beachtung geschenkt, da es als Einzelfälle auftritt und in Ermangelung einer zuständigen Behörde, wie z.B. die Jugendämter bei Vernachlässigung von Kindern, nicht öffentlich gemacht wird. Schon 1992 hat der Deutsche Caritasverband darauf aufmerksam gemacht, dass 2 Prozent der alten Menschen arm sind und man annehmen kann, dass noch einmal so viele verdeckt arm sind. Einen aktuelleren Einblick gibt die Studie „Armut und Gesundheit im Alter“ der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen (2007).

4.4.2 Bewertung

In der Betrachtung von Armut im Alter muss der Blick auf die finanziellen Möglichkeiten, die Wohnsituation, die Alltagskompetenzen sowie das familiäre und soziale Netzwerk gerichtet werden. Alte Menschen, die in Armut und/oder in sozialer Vernachlässigung leben, fallen zunehmend in ambulanten und stationären Diensten und Einrichtungen der Altenhilfe sowie des Gesundheitswesens auf. Finanzielle Armut schränkt Handlungsspielräume gravierend ein und schließt eine gleichberechtigte Teilhabe an den Aktivitäten und Lebensmöglichkeiten der Gesellschaft aus. Finanzielle Armut verringert Teilhabechancen, die durch Einschränkungen in der Mobilität und in kognitiven Bereichen noch verstärkt werden. Finanzielle Armut hat Unterversorgung in allen Lebensbereichen zur Folge. Eine unzureichende Wohnsituation (zu klein/zu groß, nicht barrierefrei, ohne Infrastruktur im Nahraum) schränkt die Möglichkeiten der selbstbestimmten Versorgung ein.

⁷ Vgl. <http://www.masfg.rlp.de/Familie/Familienpflegeratgeber/3.Ausgabe/Dokumente/DerPflegefallTrittEin.pdf>

⁸ Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln e.V.: Eckpunkte der Caritas-Seniorenberatung im Erzbistum Köln, Februar 2009

4.4.3 Lösungsvorschläge

Ziel muss es sein, das Thema weiter zu verfolgen und bekannt zu machen. Im Rahmen der sozialen Angebote in den Kommunen sind präventive Maßnahmen für benachteiligte Menschen im Alter zu entwickeln.

Im Zuge eines gezielt zu entwickelnden Präventionsansatzes sind Alltagskompetenzen im Hinblick auf das Alter zu erweitern, da neue Handlungsmuster gefragt sind, um den Alltag selbstständig bewältigen zu können. Abläufe sind neu zu organisieren. Alternative Handlungsmöglichkeiten sind zu entwickeln. Gleichzeitig wird es aber auch wichtig für die vielfältigen Verlusterfahrungen Bewältigungsstrategien anzubieten.

4.5 Besonders für Menschen mit altersbedingten Einschränkungen der Teilhabemöglichkeiten ist der Zugang zu Gesundheitsleistungen nicht ausreichend gewährleistet.

4.5.1 Situation

Gesundheitliche Risiken sind dort am größten, wo Gruppen in ihrer gesellschaftlichen Teilhabe eingeschränkt sind und sich dies mit Armut verbindet. Noch immer liegt in Deutschland die Lebenserwartung des unteren Fünftels der Bevölkerung (gemessen an Bildung und Einkommen) um sieben Jahre unter der des oberen Fünftels.

Der Zugang zu Gesundheitsleistungen und zu bestimmten Informationen ist eine zentrale Grundvoraussetzung, um gesellschaftliche Teilhabe zu verwirklichen. Gerade alte Menschen haben häufig Zugangsschwierigkeiten zu Gesundheitsleistungen, weil sie nicht über die nötige Mobilität, das notwendige Wissen und nicht über die erforderlichen finanziellen Mittel verfügen, um ihre Lebensverhältnisse an möglichst gesundheitsfördernde und –erhaltende Bedingungen anzupassen und ihre Leistungsansprüche im Gesundheitssystem geltend machen zu können.

4.5.2 Bewertung

Gesundheit gilt in unserer Gesellschaft als eines der höchsten Güter. Auch als Christen glauben wir, dass wir gegenüber unserem Schöpfer verpflichtet sind, dieses Gut möglichst zu erhalten und Lebensverhältnisse zu schaffen, die ein gesundes Leben aller Menschen ermöglichen. Darum arbeiten wir in der Caritas daran mit, für alle Menschen unabhängig von ihrer Lebenslage und ihrem Lebensraum die erforderlichen Bedingungen zu gestalten.

In den vom Europäischen Rat 2006 angenommenen Sozialschutzzielen verpflichten sich die Mitgliedstaaten u.a. dem Ziel einer „zugänglichen, hochwertigen und nachhaltigen Gesundheitsversorgung durch die Gewährleistung des Zugangs für alle zu angemessener Gesundheitsversorgung“ und statuieren, dass Ungleichheiten beim Zugang zu Pflege- und Gesundheitsleistungen abgebaut werden müssen. Der Zugang zu bedarfsnotwendigen Gesundheitsleistungen dürfe nicht an die Höhe des Einkommens gekoppelt sein. Der Schlüssel zur gesundheitlichen Chancengleichheit liege in der Befähigung der Menschen, am Erhalt der eigenen Gesundheit mitzuwirken und für die Gesundheit anderer Mitmenschen im Gemeinwesen einzutreten. Das Augenmerk ist auf die in der Gesellschaft am schlechtesten gestellten Menschen im Alter zu richten, mit hohen gesundheitlichen Risiken und eingeschränkten Zugangsmöglichkeiten zu Gesundheitsleistungen.

4.5.3 Lösungsvorschlag

So wie es bekanntlich verdeckte Armut in unserer Gesellschaft gibt, die nur bei ganz genauem Hinsehen zu erkennen ist, so gibt es Barrieren im Gesundheitswesen, die in einem reichen Industrieland leicht übersehen werden.

Der Blick in die Wohnquartiere und Milieus, in denen ältere Menschen leben, deckt deren Lebenslagen, Probleme und Schwierigkeiten auf und öffnet gleichsam Zugangswege zu ihnen. Aufsuchende Hilfen, die gesundheitliche Aufklärung und Beratung am „Gesundheitsstandort zu Hause“ bieten, sind auszubauen und in das System der Regelleistungen einzugliedern. Hierfür müssen nicht nur leistungsrechtliche Rahmenbedingungen zur Finanzierung für zugehende und integrierte Versorgungskonzepte der Gemeindepflege geschaffen werden, auch das Angebot der sozialen Dienste und Einrichtungen in Stadtteilen und Quartieren muss offen und kultursensibel sein für das Thema Gesundheit. Dolmetscherdienste, die jedoch nicht nur die sprachlichen Barrieren, sondern auch die kulturellen Unterschiede in der Beurteilung von Krankheit und Gesundheit überwinden helfen, sind ein erster Ansatz, den Aspekt des interkulturellen Zugangs zu Gesundheitsleistungen zu bearbeiten und besonders älteren Menschen mit Migrationshintergrund und ihren Angehörigen die Teilhabe zu ermöglichen. Benötigt wird darum auf die Dauer eine weit reichende Anpassung des Gesundheitswesens an die Vielfalt der kulturellen Gegebenheiten in unserer Gesellschaft mit immer mehr älteren Menschen, aber auch mit immer mehr Menschen mit unterschiedlichem kulturellem Hintergrund. Die Kultursensibilität als fachlich und gesetzlich anerkannter wie auch eingeforderter Qualitätsstandard für alle Einrichtungen des Gesundheits- und der Altenhilfesystems ist einzuführen. Interkulturelle Öffnung der Organisationen und Träger ist eine wesentliche Aufgabe der Leitung auf allen Ebenen. Die dazu erforderlichen partizipativen Strukturen für die Mitgestaltung der Mitarbeiter(innen), der betroffenen Menschen und der Mitglieder des nicht-beruflichen Hilfesystems sind zu entwickeln.

Dienstleistungen müssen aus der Sicht des Nutzers entwickelt werden, hierzu gehört auch der Zugang zu modernen Informations- und Kommunikationsmitteln. Ein wichtiger Zugang zu Gesundheitsleistungen wird der telefonischen Beratung und internetgestützten Beratungsangeboten beigemessen. Vorhandene spezialisierte Beratungsstrukturen und offene Angebote der Altenhilfe vor Ort sind raumbezogen und interkulturell auszurichten und miteinander zu vernetzen. Dies erfordert Kooperationsbereitschaft zwischen den Anbietern im Quartier. Die Krankenhäuser, die sich mit kleineren lokal arbeitenden Einrichtungen vernetzen sollten, könnten bei der Bildung von quartiersbezogenen Versorgungsnetzen eine besondere Rolle übernehmen.

Ressourcenorientierung bedeutet, die Kompetenz der Menschen zu entdecken und zu nutzen. Soziale gesundheitliche Ressourcen sind in Familien, Nachbarschaft und im Gemeinwesen zu erschließen und unterschiedlichen kulturellen Voraussetzungen anzupassen. Passende Instrumente hierfür liefert das Cure Management, das in Feldern der Sozialen Arbeit und der Pflege weiterentwickelt wird. Arbeitsfelder der sozialen Gesundheitsarbeit sind auszubauen. Das Quartiersmanagement als Verfahren der Stadtentwicklung wird als innovative, integrative und aktivierende Strategie zur Förderung und Steuerung einer gesunden Quartiersentwicklung genutzt.

Selbsthilfepotenziale und Selbstverantwortung lassen sich am besten in einer verlässlichen und vertrauensvollen Umwelt schaffen. Gefordert wird Subsidiarität im Sinne der Förderung von Rahmenbedingungen, die eine selbstbestimmte gesunde Lebensführung ermöglichen, dort wo der Mensch zu Hause ist. Persönliche Assistenzdienste als selbstorganisierte Unterstützungsformen für ältere Menschen sind zu begrüßen, da durch die Selbstorganisation der praktischen Hilfen zur Alltagsbewältigung, die selbstbestimmte Teilhabe gestärkt wird. Solidaritätsbereitschaft ist mit Hilfe eines kommunalen Gesundheitsmonitorings zu fördern. Gesundheit und Risiken in einer älter werdenden Kommune und deren vielfältige Betrachtungs- und Interpretationsweisen aus unterschiedlichen kulturellen Hintergründen müssen stärker Gegenstand der öffent-

lichen Diskussion und kommunalen Planung sein. Die Kompetenzen der Kommunen für die Wahrnehmung der gesundheitlichen Daseinsfürsorge aller Bürger müssen hierfür gestärkt werden, nicht nur gesetzlich, sondern auch in ihrer Finanzkraft. Die Bereitschaft der Bevölkerung zu Solidarität und Selbstverantwortung bedarf einer infrastrukturellen Verankerung. Den Kommunen kommt bei der Etablierung einer kommunalen Engagementlandschaft eine zentrale Rolle zu.

Zusammenwirken des beruflichen und nicht-beruflichen Hilfesystems bedeutet, die vorherrschende Versorgungslogik zu revidieren. Präventive „Eigenleistungen“ werden belohnt, Eigeninitiative und gegenseitige Hilfe werden gestärkt, neue Hilfemix-Modelle realisiert und bürgerschaftliches Engagement gestärkt. Höhere Eigenverantwortlichkeit und Mitwirken an der Gesundheit der Betroffenen selbst, der Familienmitglieder und der Nachbarschaft schließt mit ein, dass zum bisherigen beruflichen Hilfesystem nicht-berufliche Akteure hinzu kommen.

Der Lernort Gemeinwesen mit seiner kulturellen Vielfalt, die die Menschen aus unterschiedlichen Nationen und Kulturen mitgebracht haben, ist in die berufliche Bildung der Fachkräfte aufzunehmen. Freiwilligenarbeit und Selbsthilfe sind in kommunale Gesundheitsnetzwerke einzubeziehen. Bestehende Selbsthilfegruppen sind für Menschen im Alter mit Zugangsschwierigkeiten (Armut, Behinderung, Migrationshintergrund, Suchterfahrung usw.) zu öffnen.

4.6 Um die selbstbestimmte Teilhabe der Menschen im Alter zu ermöglichen, ist eine gute Unterstützung und Pflege erforderlich. Durch fehlende adäquate Rahmenbedingungen können die beruflich Pflegenden die dazu nötigen Leistungen einer bedarfsgerechten und teilhabeorientierten Unterstützung und Pflege nicht erbringen.

4.6.1 Situation

Es ist absehbar, dass in Zukunft deutlich mehr Mitarbeitende in der Pflege gebraucht werden als heute, um unterstützungs- und pflegebedürftigen alten Menschen eine qualitativ gute und sachgerechte Pflege zukommen zu lassen.

Alte Menschen haben über direkte Hilfeleistungen und körperliche Pflege hinaus auch einen Bedarf nach Ansprache und persönlicher Zuwendung. Doch Anspruch und Wirklichkeit klaffen auseinander: Die zeitlichen und finanziellen Vorgaben der Pflege- und Krankenkassen lassen für diesen wichtigen Teil der Arbeit von Pflegenden immer weniger Raum. Das Arbeitsfeld der Pflege ist bestimmt durch eine stärkere Arbeitsverdichtung, körperliche und seelische Belastungen, ungünstige Arbeitszeiten (Wechselschichten, Wochenenddienste), Überstunden und geringe Aufstiegsmöglichkeiten. Auch der bürokratische Aufwand in der Pflege nimmt gegenüber der direkten Pflege am Menschen zu. Das alles führt dazu, dass die Zufriedenheit mit dem Beruf abnimmt.

Es gibt außerdem in unserer Gesellschaft eine Tendenz, Alter, Krankheit und Tod und alles, was auf ihn hindeutet und mit ihm zusammenhängt, auszublenden. Nur in Form von Schreckensmeldungen dringt ab und zu aus dem Alltag der Pflege von alten Menschen etwas an die Öffentlichkeit. Leider verstärken auch die offiziellen Veröffentlichungen dieses negative Bild. Dadurch steht Pflege heute unter einem Generalverdacht und die engagierte professionelle und gute Arbeit, die dort tagtäglich geleistet wird, wird nicht entsprechend gewürdigt. Die Attraktivität des Pflegeberufs nimmt nicht zuletzt wegen zu niedriger Bezahlung und fortgesetzt negativer Berichterstattung über Pflegeskandale in den Medien immer mehr ab.

51 Prozent der Altenpfleger(innen) glauben nicht, dass sie ihre Tätigkeit bis zum Rentenalter ausüben können⁹. Bereits heute klagen viele Pflegeeinrichtungen über zunehmende Schwierigkeiten, gut ausgebildetes Personal für die Mitarbeit, aber auch interessierte Menschen für die Ausbildung in Pflegeberufen zu gewinnen. Durch die demographische Entwicklung, die auch bedeutet, dass immer weniger junge Menschen auf dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen, liegt der Pflegeberuf in Konkurrenz mit deutlich attraktiveren und besser bezahlten Berufen. Es ist absehbar, dass es nicht mehr genügend pflegerisch ausgebildete Menschen geben wird, die dem künftig steigenden Bedarf an Pflegekräften entsprechen.

4.6.2 Bewertung

Mehr Menschlichkeit und Selbstbestimmung für alte Menschen braucht mehr Menschen, die sich in Pflege und Unterstützung älterer Menschen engagieren. Gute Pflege durch qualifizierte Fachkräfte braucht gute Arbeitsbedingungen. Um die zunehmenden Anforderungen zu meistern, müssen die finanziellen und strukturellen Rahmenbedingungen für die beruflich Pflegenden so gestaltet sein, dass eine qualitativ gute Pflege und Betreuung von alten und hilfebedürftigen Menschen sichergestellt ist.

Der Pflegeberuf braucht zudem gesellschaftliche Anerkennung und einen auskömmlichen Lohn, um attraktiv für junge Menschen zu sein. Ein auskömmlicher Lohn bestimmt sich nicht zuletzt durch eine ausreichende Vergütung für die pflegerischen Leistungen.

Die Absenkung der Zugangsvoraussetzungen für die Ausbildung in der Alten- und Krankenpflege allein wird nicht dazu führen, dass sich mehr junge Menschen für diesen Beruf entscheiden. Zudem steht sie im Gegensatz zu den geforderten Kompetenzen, die für dieses Berufsfeld heute und vor allem zukünftig notwendig sind.

Eine wesentliche Voraussetzung für gute berufliche organisierte Unterstützung und Pflege ist die Kompetenz für eine kultursensible Arbeit. Wie das Gemeinwesen als Lernort in die Curricula der Ausbildung aufzunehmen ist, müssen Vielfalt und die kulturell unterschiedlichen Sichtweisen auf Alter und Unterstützungsbedarf sowie auf die Formen und Organisation der Hilfen als Anforderungen bei der beruflichen Bildung wahrgenommen werden.

4.6.3 Lösungsvorschläge

Um die pflegerische Versorgung für alte und pflegebedürftige Menschen auf qualitativ hohem Niveau zu sichern, muss dafür gesorgt werden, dass genügend ausgebildete Pflegefachkräfte in ausreichender Anzahl zur Verfügung stehen. Grundlage dafür wäre eine fundierte Pflegebericht-erstattung.

Die Leistungsentgelte der Kranken- und Pflegeversicherung sowie der Kommunen legen den finanziellen Rahmen für die Qualität der Pflege von alten Menschen fest. Damit sich die Arbeitsbedingungen in der Pflege verbessern, ist neben manchen anderen Maßnahmen eine ausreichende Vergütung erforderlich. Der Lohn für Pflegekräfte ist an tariflichen Bestimmungen und arbeitsvertraglichen Richtlinien zu orientieren. Hierzu gehört auch ein ausreichend flexibles und differenziertes System der Tariffindung. Für eine adäquate Personalausstattung in den Einrichtungen und Diensten, in denen alte Menschen gepflegt werden, tragen damit die Kranken- und Pflegekassen und Kommunen einen großen Teil der Verantwortung.

⁹ Sonderauswertung des DGB-Index „Gute Arbeit“ im Auftrag der vereinten Dienstleistungsgewerkschaft ver.di 2009

Die Arbeits- und Rahmenbedingungen für die Pflegeberufe müssen verbessert werden. Durch die Zunahme von multimorbiden und geronto-psychiatrisch erkrankten hochaltrigen Menschen ist in Pflegeeinrichtungen ein erhöhter Personaleinsatz mit Fachkompetenzen in medizinischer und geronto-psychiatrischer Pflege notwendig. Grundlage für die Berechnung des erhöhten Personalbedarfs muss eine Pflegebedarfsbemessung sein, die einen Zusammenhang zwischen dem pflegerischen Aufwand bei der Pflege und Betreuung von hilfe- und pflegebedürftigen Menschen und der Personalausstattung herstellt. Die Personalanhaltszahlen, die das Verhältnis von Pflegefachkräften zu pflegebedürftigen Menschen in der stationären Pflege bestimmen, müssen an die erhöhten Anforderungen angepasst werden.

Im Hinblick auf die zu meisternden Aufgaben muss auch die eigenständige Handlungsfähigkeit des Berufsfeldes verbessert werden. Wie in anderen europäischen Ländern bereits üblich, muss der Profession der Pflege ein autonomer Status verliehen werden, der die Schaffung von Vorbehaltstätigkeiten für Pflegeberufe beinhaltet. Dazu müssen Modellprojekte nach § 63 Abs. 3b und 3 c SGB V auf den Weg gebracht werden und die pflegerische Kompetenz in die relevanten Steuerungsprozesse unseres Gesundheitssystems einbezogen werden. Konkret bedeutet dies, dass im gemeinsamen Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen auch die Profession der Pflege und der Leistungserbringer in der Pflege eine verstärkte und direkte Mitwirkungsmöglichkeit bekommen.

Durch eine Reform der Pflegeausbildungen muss der Pflegeberuf sich stärker an einer Ausdifferenzierung nach Kompetenzprofilen orientieren und damit auf europäischer Ebene vergleichbarer werden. Das Konzept der gemeinsamen Ausbildung aller Pflegeberufe sollte möglichst bald umgesetzt werden und nicht in Modellprogrammen und bildungspolitischen Auseinandersetzungen stecken bleiben. So wird das Ergebnis beruflicher Bildung attraktiver und erhält den Anschluss an die europäischen Entwicklungen.

Das Ausbildungssystem muss ebenfalls darauf eingehen, dass die Tätigkeitsfelder der Sozialen Arbeit und des Gesundheitssystems in Zukunft auf eine Mischung aus verschiedenartig qualifizierten Arbeitskräften und Helfer(innen) aus dem nicht-beruflichen Hilfesystem angewiesen sind (Personalmix) und deshalb Mitarbeiter(innen) aller Qualifikationsstufen brauchen. Dazu müssen modular und aufeinander aufbauende Bildungspläne geschaffen werden. Diese müssen dann von der nichtakademischen bis zur akademischen Ausbildung ineinandergreifen. Für diese Zusammenarbeit ist ein Professionsverständnis erforderlich, das den professionellen Pflegefachkräften vermehrt Steuerungsfunktionen und den Assistenten sowie den nicht-beruflichen Helfern vermehrt Ausführungsfunktionen zuordnet. Den Pflegefachkräften käme somit eine Planungs-, Überwachungs-, Koordinierungs- und Schnittstellenfunktion zu.

Die Qualifizierung von Pflegekräften sollte die Förderung der selbstbestimmten Teilhabe, die in der Ressourcenorientierung der Pflege bereits jetzt ihren Ansatz hat, noch stärker berücksichtigen. Dazu muss auch die Förderung der Beratungskompetenz von Pflegekräften stärker im Rahmen der Ausbildung verankert werden. Die Beratungskompetenz muss neben der Stärkung der psychosozialen Kompetenz auch die Kompetenz zur Beratung zu sozialrechtlichen Grundlagen einschließlich Patientenverfügung, Betreuungsverfügung und Vorsorgevollmacht umfassen. In gleicher Weise hat die Befähigung zur kultursensiblen Arbeit auf allen Niveaustufen der beruflichen Bildung einen wichtigen Platz einzunehmen.

Unter dem Blickwinkel einer selbstbestimmten Teilhabe entscheiden nicht allein die Pflegewissenschaft und die Fachkraft, was gute Pflege ist. Im Umgang mit unterstützungs- und pflegebedürftigen Menschen muss darüber in einem dialogischen Beziehungsprozess Einverständnis erzielt werden. Biographische und soziokulturelle Aspekte sind gleichwertig zu berücksichtigen. Berufliche Bildung in Trägerschaft der Caritas vermittelt die Kompetenzen, die Selbstreflexion und Reflexion des Machtverhältnisses ermöglichen, das in jedem helfenden Beruf enthalten ist.

Bausteine für die Entwicklung einer dialogisch partizipativ angelegten und kultursensiblen Pflege sind u.a. interkulturelle Kompetenz, Aufbau und Weiterentwicklung interkultureller Teams, Hospitationen in andere Institutionen und Ländern, geregelte Zusammenarbeit mit Diensten und Organisationen, deren Aufgabenspektrum besonders die gesellschaftliche Vielfalt (z.B. Migrationsdienste, Migrantenorganisationen) einschließt.

Von den Dienstgebern wird angesichts des schon jetzt spürbaren demographischen Wandels mehr Investitionen in Personalmarketing, Personalentwicklung und die Qualifizierung von Führungskräften erwartet. Daneben muss eine Personalpolitik und Personalentwicklung betrieben werden, die es auch älteren Pflegekräften ermöglicht den Beruf bis zur Berentung durchzuführen. Um jüngere Arbeitnehmer im Beruf zu halten, braucht es Arbeitszeitmodelle, die eine bessere Verknüpfung von Beruf und Familie ermöglichen. Personalpolitik, Bildungs-, Qualifizierungsmaßnahmen sind unter diesen Gesichtspunkten zu gestalten.

4.7 Sterbende Menschen wollen bis zuletzt in ihrer gewohnten Umgebung bleiben.

4.7.1 Situation

Sterbende Menschen erhalten nur eingeschränkt Hilfe, Pflege und Begleitung von ihren Bezugspersonen. Das hängt mit Faktoren wie der demographische Entwicklung, der Auflösung der traditionellen Familienstrukturen, der mobilen Gesellschaft und vor allem mit der Berufstätigkeit der Bezugspersonen zusammen. Oft möchten nämlich Bezugspersonen in den letzten Wochen ihre(n) Angehörige(n) pflegen und begleiten. Da sie aus finanziellen Gründen ihren Beruf jedoch weiter ausüben müssen, ist die Betreuung des sterbenden Menschen kaum vereinbar mit ihrer Berufstätigkeit. Auch fühlen sich viele Angehörige in dieser Doppelfunktion völlig überfordert. Als Konsequenz wird der sterbende Mensch ins Krankenhaus eingewiesen oder kommt ins Pflegeheim, obwohl er lieber zu Hause in seiner vertrauten Umgebung geblieben wäre.

Stirbt ein Mensch, gibt es die Möglichkeit, ehrenamtliche Hospizhelfer(innen) zur psychosozialen Begleitung anzufragen. Es gibt zwar keinen Anspruch des Versicherten auf eine solche Unterstützung, aber die bundesweit ca. 1500 ambulanten Hospizdienste mit ihren ehrenamtlichen Helfer(inne)n übernehmen diese Begleitungen, wenn sie Kapazitäten zur Verfügung haben (s.a. Förderungsmöglichkeit der ambulanten Hospizdienste nach § 39a Abs. 2).

Mit Einführung des gesetzlichen Anspruchs auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) zum 01.04.2007 sollen schwerstkranken und sterbende Menschen bis zu ihrem Tod in ihrer vertrauten häuslichen Umgebung leben und dabei ihre Lebensqualität und Selbstbestimmung so gut wie möglich behalten können. Speziell qualifizierte Ärztinnen und Ärzte kümmern sich zusammen mit ebenfalls speziell qualifizierten Pflegekräften in sogenannten SAPV- oder Palliative-Care-Teams, die auch mit ambulanten Hospizdiensten und Seelsorge zusammen arbeiten, um die sterbenden Menschen und ergänzen so die Arbeit von Vertragsärzten und ambulanten Pflegediensten.

4.7.2 Bewertung

Die SAPV trägt neben den bereits vorhandenen ambulanten Pflegedienstleistungen dazu bei, dass sterbende Menschen zu Hause in ihrer gewohnten Umgebung bleiben können. Allerdings sind seit Bestehen des Leistungsanspruchs auf SAPV seit dem 01.04.2007 bundesweit erst 60 Verträge zur Leistungserbringung abgeschlossen worden. Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege hat Musterverträge entwickelt, die helfen sollen, dass Verträge vor Ort abgeschlossen werden können. Problematisch ist, dass nach § 132d Abs. SGB V die Kranken-

kassen „mit geeigneten Einrichtungen und Personen, soweit dies für eine bedarfsgerechte Versorgung nötig ist, Verträge abschließen“ können. Teure Überweisungen ins Pflegeheim, Krankenhaus oder ins stationäre Hospiz können durch den neuen Leistungsanspruch auf SAPV vermieden werden, wenngleich es immer möglich bleiben muss, dass auch in diesen Einrichtungen Rahmenbedingungen erfüllt werden, dass dort ein Mensch würdig und in Begleitung – also an der Gemeinschaft teilhabend - sterben kann. Es bleibt auch ein Auftrag an diese Institutionen, dafür Sorge zu tragen.

Auch das Engagement vieler ehrenamtlicher Hospizhelferinnen und Hospizhelfer trägt dazu bei, dass sterbende Menschen in ihrer gewohnten Umgebung bleiben können.

Mit der Einführung einer Pflegezeit für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer würde ein Entlassungsangebot für Angehörige geschaffen werden.

4.7.3 Lösungsvorschlag

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) soll jährlich und erstmals ab 31. Dezember 2009 dem Bundesgesundheitsministerium einen Bericht über die Leistungsentwicklung im Bereich der SAPV vorlegen. Dieser ist abzuwarten und dann ist bei der Politik auf die Tatsache hinzuweisen, dass trotz der Bereitschaft von ambulanten Pflegediensten und Ärzten, diese Versorgung aufzubauen und zu übernehmen, von den Krankenkassen nach über zweieinhalb Jahren noch immer kaum Verträge mit SAPV-Teams abgeschlossen habe und so kaum Vertragsabschlüsse vorliegen, die dem Wunsch der sterbenden Menschen entsprechen, zu Hause sterben zu können.

Ein Recht auf Vertragsabschluss nach dem Modell der Konzessionierung zu § 132 d SGB V statt der Bedarfsplanung durch die Krankenkasse, würde diesem Problem Abhilfe verschaffen.

Eine gesetzliche Verankerung einer begrenzten Pflegezeit und somit einer vorübergehenden Freistellung für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer (Reform der Pflegeversicherung) ohne Lohnfortzahlung, aber Lohnersatzleistung, damit die Pflegezeit nicht nur für besser Verdienende in Frage kommt, Aufrechterhaltung des Versicherungsschutzes (Kranken-, Pflege-, Arbeitslosen-, Renten- und Unfallversicherung), mit vollem Kündigungsschutz und Anspruch auf Rückkehr zur alten Arbeitszeit, würde dem Wunsch der sterbenden Menschen und deren Bezugspersonen entsprechen und (teure) Überweisungen in ein Pflegeheim vermeiden.

Es wird ein Pflegezeitgesetz (analog zu Bundeselterngeld- und -zeitgesetz) vorgeschlagen. Ziel eines solchen Gesetzes soll es grundsätzlich sein, Pflege und Erwerbstätigkeit besser miteinander vereinbaren zu können. Dazu soll es gesetzlich folgende Möglichkeiten geben:

Erstens der befristete Ausstieg aus dem Erwerbsleben für bis zu einem Jahr, mit Rückkehrrecht zum bisherigen Arbeitgeber. Zweitens die auf die Dauer der Pflege und Betreuung befristete Möglichkeit, den Beschäftigungsumfang zu reduzieren.

Dabei soll der Ausstieg auf ein Jahr begrenzt werden. Dies ist folgendermaßen zu begründen: Ein Ausstieg mit Rückkehrgarantie über ein Jahr hinaus führt, da die Dauer der Pflege nicht abzusehen ist, zu problematischen Arbeitsverhältnissen für den Beschäftigten, der in einem zeitlich befristeten (ggf. mehrfach verlängerten) Arbeitsverhältnis den aus Gründen der Pflege beurlaubten Mitarbeitenden vertritt. Auch könnte eine längere gesetzliche Verpflichtung zur Freistellung zu einem zusätzlichen Hemmnis gegenüber der Neueinstellung älterer Arbeitsloser, insbesondere älterer arbeitsloser Frauen führen. Zudem soll trotz der Förderung ressourcenorientierter Unterstützungsarrangements nicht die grundsätzliche Rückverlagerung aller Unterstützungs- und Pflegeleistungen in die alleinige Verantwortung der Familien angestrebt werden. Die Freistellung bis zu einem Jahr reicht aus, um Hilfearrangements zu gestalten. Negative Folgen, welche ein zu langer Ausstieg aus dem Berufsleben nach sich zieht, können hingegen vermieden werden.

Bei der Reduzierung des Beschäftigungsumfangs muss sicherlich diese Möglichkeit an bestehende Teilzeitbeschäftigungsfristen angepasst werden.

4.8 Pflegende Angehörige übernehmen in unserer Gesellschaft den größten Anteil der Unterstützung und Pflege, haben aber kaum die Möglichkeit zur Mitsprache und Vertretung ihrer Interessen.

4.8.1 Situation

Von den über zwei Millionen Pflegebedürftigen in Deutschland wurden Ende 2007 68 Prozent zu Hause und 32 Prozent in Heimen versorgt¹⁰. Rund eine Million dieser Menschen nimmt keinen Pflegedienst in Anspruch, das heißt, fast jeder zweite Pflegebedürftige wird in der Regel allein von nahestehenden Angehörigen gepflegt. Hinzu kommen schätzungsweise etwa drei Millionen unterstützungsbedürftige Menschen, die gegenwärtig in Privathaushalten versorgt werden, ohne Leistungen aus der Pflegeversicherung zu beziehen.¹¹ Das signalisiert nicht nur eine hohe Unterstützungs- und Pflegebereitschaft der Angehörigen, es entspricht auch dem Wunsch der überwiegenden Zahl älterer Menschen, möglichst lange in den eigenen vier Wänden zu wohnen.

Auch nach einem Umzug in ein Heim helfen Verwandte ihren pflegebedürftigen Angehörigen weiterhin in einem hohen Ausmaß. Mehr als jede(r) dritte Heimbewohner(in) erhält von eigenen Verwandten wöchentlich Pflege- und Hilfeleistungen¹².

Verfolgt man die Statistiken früherer Jahre, so ist keine Trendwende zu erkennen: Pflegende Angehörige tragen nach wie vor den weitaus größten Anteil zur Sicherung der Versorgung und Unterstützung ihrer Verwandten bei. Die Pflegenden sind häufig selbst schon in einem fortgeschrittenen Alter. Oft sind es Ehefrauen und Töchter, die diese Aufgabe übernehmen. Angesichts der demographischen Entwicklung und veränderter Lebensformen ist zu erwarten, dass Hilfe noch mehr als dies bisher schon der Fall ist, auch von anderen vertrauten Personen geleistet werden wird. Der Begriff "Pflegende Angehörige" steht daher in diesem Kontext für Familie, Verwandte, Freunde, Nachbarn und andere Bezugspersonen, die nicht-beruflich Hilfe leisten oder pflegen - unabhängig davon, wo sie helfen.

4.8.2 Bewertung

Pflegende Angehörige leisten für den Einzelnen und für die gesamte Gesellschaft einen unschätzbaren Solidardienst. Mit dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz wird die Einbeziehung von Selbsthilfegruppen und ehrenamtlichen Personen und Organisationen gefördert. Ihre Mitsprache und Interessenvertretung sind jedoch nicht vorgesehen. Es müssen Rahmenbedingungen geschaffen werden, die ihnen Gelegenheit zur Teilnahme und Mitwirkung ermöglichen. Eine Gruppe pflegender Angehöriger wurde bislang fast gar nicht beachtet. Es sind Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren, die nach einer Studie von Metzging¹³ vielfältige Hilfen im Umgang mit einer chronischen Erkrankung eines Angehörigen leisten. Aus Angst vor Trennung der Familie ist die Hilfe und Pflege durch Kinder häufig tabuisiert.

10 Statistisches Bundesamt: Pflegestatistik 2007, Wiesbaden 2008, S.4

11 Schneekloth, U., Wahl, H.W. (Hrsg): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuGIII). Integrierter Abschlussbericht, München 2005, S.61

12 Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV) – Befunde und Empfehlungen. Zusammenfassung. Berlin 2008, S. 4

13 Metzging, S.: Kinder und Jugendliche als pflegende Angehörige. Erleben und Gestalten familialer Pflege. Bern 2007

4.8.3 Lösungsvorschläge

Kommunen sind aufgefordert, die Mitwirkung aller Bürger(innen) in Pflegedialogforen (z.B. in einem Pflegestützpunkt), die Solidarität und gemeinsame Verantwortung für hilfs- und pflegebedürftige Menschen in ihrem Gemeinwesen zu fördern sowie den gemeinsamen Pflegedialog im Sozialraum zu unterstützen.

Es kann sich eine Bürgerplattform entwickeln, in der viele verschiedene Gruppierungen im Gemeinwesen zusammen kommen und gemeinsam wichtige Themen bearbeiten. Vorhandene Strukturen (Einrichtungen, Dienste vor Ort, Kirchengemeinde, politische Gemeinde u.a.) werden vernetzt.

Aus dem Solidaritätsprinzip heraus sieht sich die Caritas vor Ort verpflichtet, die pflegenden Angehörigen und die ehrenamtlich Tätigen zur Mitsprache und Partizipation zu befähigen und zu ermutigen. Es werden niedrighschwellige Betreuungsleistungen für Menschen mit erhöhtem allgemeinen Unterstützungsbedarf und auch pflegebedürftige Menschen in die Dienstleistung der Caritasdienste aufgenommen, damit pflegende Angehörige den nötigen Freiraum zur Mitwirkung erhalten. In das SGB XI soll neben der Förderung von Selbsthilfe und Ehrenamtsbeteiligung zur Unterstützung, allgemeine Betreuung und Entlastung auch die aktive Einbeziehung und Mitwirkung pflegender Angehöriger und deren Interessenvertretung aufgenommen werden.

Hauptberufliche Pflegekräfte, ehrenamtlich Engagierte, Nachbarn und andere Mitbürger(innen) kommen mit pflegenden Angehörige in ihrem sozialen Nahraum in einen Dialog. Das bedeutet für die beruflich tätigen Mitarbeiter(innen) in den Diensten und Einrichtungen, dass sie auch die Hilfe außerhalb der Logik des beruflichen Systems berücksichtigen und in ihre Arbeit einbeziehen. Unterstützungs- und Pflegeverantwortung werden so auf mehrere Schultern verteilt. Im Geben und Nehmen werden Solidarität und Teilhabe direkt erfahrbar. Auf diese Weise kann sich eine "Kultur des Helfens und Helfen-Lassens" entwickeln, die von unterschiedlichen Akteuren in Land und Kommune gefördert wird.

An der Weiterentwicklung pflegerischer Versorgungsstrukturen vor Ort ist das berufliche und nicht-berufliche Hilfesystem zu beteiligen. Um entsprechende Rahmenbedingungen dafür zu schaffen, wird der gemeinsame Dialog und die aktive Mitwirkung pflegender Angehöriger im SGB XI verankert. Damit wird der dort beschriebenen gemeinsamen Verantwortung für die pflegerische Versorgung Nachdruck verliehen.

Für die Gruppe der Kinder und Jugendlichen, die Unterstützungs- und Pflegeleistungen übernehmen, muss sich ein gesellschaftliches Bewusstsein entwickeln. Insbesondere Vertreter(innen) der Gesundheitsberufe wie Pflegende und Mediziner, aber auch Lehrer(innen) müssen neben Vertreter(inne)n der Jugendhilfe für dieses Thema sensibilisiert werden. Es müssen familienorientierte Unterstützungsangebote für pflegende Kinder und Jugendliche und ihre Eltern entwickelt werden. Damit die Not betroffener Familien nicht länger verborgen bleibt, brauchen sie Ansprechpartner(innen), denen sie vertrauen und von denen die Hilfen koordiniert werden. Diese Funktion sollte eine Person übernehmen, die im Gemeinwesen verortet ist, durch ihre Präsenz im Gemeinwesen und durch ihre Kompetenz Anerkennung erlangt, ohne Aufwand erreichbar ist und den Familien frühzeitig zur Seite steht. Die frühere „Gemeindegeschwester“ oder die „Familiengesundheitsschwester“ sind Beispiele für die praktische Umsetzung dieser Idee.

Auch die Pflegeberatung der Pflegekassen nach § 7 a SGB XI und in Pflegestützpunkten nach § 92 c SGB XI sowie durch ambulante Pflegedienste und Beratungsstellen nach § 37 Abs. 3 und § 45 SGB XI müssen für diese Problemlagen sensibilisiert werden.

4.9 Die soziale und finanzielle Absicherung der Angehörigen, die für unterstützungs- und pflegebedürftige sowie sterbende Menschen Verantwortung übernehmen, ist ungenügend. Eine Übernahme von Pflegeaufgaben durch Bezugspersonen scheitert oft an der Unvereinbarkeit von Pflege und beruflicher Erwerbstätigkeit.

4.9.1 Situation

Pflegende Angehörige sind im häuslichen Umfeld die ersten und nächsten Ansprechpersonen und halten die Verbindung zum sozialen Umfeld aufrecht. Zur Absicherung der familiär erbrachten Hilfe nutzt die große Mehrheit der Haushalte monatliche Geldleistungen im Rahmen der Pflegeversicherung. Solange kein ein Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung besteht, werden die Unterstützungsleistungen der Angehörigen, die häufig weit vor der Feststellung der Pflegebedürftigkeit erforderlich sind, nicht honoriert.

Wenn pflegende Angehörige gleichzeitig im Beruf stehen, wissen sie oft nicht, wie sie aktuelle Notlagen und Betreuungsengpässe überbrücken können. Sie stehen dann vor der Frage, wie sie die Hilfeleistungen, zusätzliche Haushaltsführung, Betreuung rund um die Uhr etc. organisieren sollen. Manche wollen oder können nicht auf eine eigene Berufstätigkeit verzichten, würden aber ihren Beschäftigungsumfang verringern. Andere haben für die Pflege ihren Beruf aufgegeben und finden danach nicht mehr ins Erwerbsleben zurück. Einbußen beim Einkommen oder der Rente stellen oft eine unzumutbare Härte dar.

4.9.2 Bewertung

Ihre Mitmenschlichkeit und die Kompetenzen der pflegenden Angehörigen wirken sich positiv auf die Lebensqualität und Zufriedenheit der unterstützungs- und pflegebedürftigen Menschen aus. Durch ihren Einsatz nehmen sie Einfluss auf deren Gesundheit und Wohlempfinden und schaffen die Voraussetzung dafür, dass ältere Menschen so lange wie möglich zu Hause wohnen können.

Ohne sie wären die Kapazitäten der Pflegedienste und -einrichtungen schnell erschöpft und die finanziellen Sicherungssysteme vollends überfordert. In der Gesellschaft erfahren sie dafür selten Dankbarkeit und Wertschätzung und oft mangelt es an angemessener finanzieller Anerkennung.

Der Wert der erbrachten Leistungen ist nur schwer in Euro und Cent auszudrücken. Ein finanzieller oder geldwerter Ausgleich würde allerdings die Situation vieler pflegender Angehöriger deutlich verbessern.

Mit der Erhöhung einiger Leistungen nach dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz ist ein erster Schritt in diese Richtung getan. Das gleiche gilt für den gesetzlichen Anspruch auf Pflegezeit und die kurzzeitige Freistellung von der Arbeit. Beide Maßnahmen sind ein wichtiges Signal zur besseren Vereinbarkeit von Pflege und Beruf. Allerdings ist eine finanzielle Unterstützung (z.B. Lohn-/ersatzleistung) für diese Zeit nicht vorgesehen, so dass für nicht wenige Erwerbstätige eine Auszeit für die Pflege wahrscheinlich aus Kostengründen gar nicht in Frage kommt.

Der Eintritt der Pflegebedürftigkeit ist nicht planbar. Daher ist neben der finanziellen Unterstützung der passende und flexible Zuschnitt auf die individuellen Bedürfnisse eine wichtige Voraussetzung dafür, dass Angehörige Pflege und Beruf besser vereinbaren können. Das setzt voraus, dass Arbeitgeber Verständnis für die Angehörigenpflege zeigen und sich für gegenseitige Solidarität am Arbeitsplatz einsetzen.

Um die Ressourcen der Angehörigen zu erhalten und ihre Pflegebereitschaft zu stärken, müssen weitere konkrete Anreize geschaffen werden. Die Übernahme von Pflegeverantwortung darf nicht zu Armut und Abhängigkeit von Sozialhilfe führen.

4.9.3 Lösungsvorschlag

Pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörige sind Bürger ihrer Gemeinde. Von den Kommunen ist darum zu erwarten, dass sie – wie für die lokale Wirtschaftsförderung - auch Verantwortung für die Lebenslagen der pflegenden Angehörigen übernehmen. Lokale Unterstützungs- und Hilfenetze für pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen sind zu schaffen und zu koordinieren. Tages- und Nachtgruppen, Pflege- und Nachbarschaftsnetze sind zu initiieren und zu bewilligen. Zuschüsse hierfür sind analog zu den Betreuungsleistungen für unter 3-jährige Kinder zu gestalten. Kommunen sollten bei der Ansiedlung von Firmen auch darauf achten, dass eine bessere Vereinbarkeit von Pflege und Erwerbstätigkeit für pflegende Angehörige möglich wird. Sie wirken bei ortsansässigen Firmen und Einrichtungen und innerhalb ihrer eigenen Verwaltung auf eine gute Vernetzung und Zusammenarbeit der örtlichen Dienstgeber hin. Beispielsweise könnten Firmen und andere Institutionen analog zur Kinderbetreuung Vereinbarungen mit Tages- oder Kurzzeitpflegeeinrichtungen über Belegplätze treffen, die den Beschäftigten bei einem plötzlich eintretenden Pflegeengpass zur Verfügung stehen.

Wirtschaftsförderung bevorzugt Arbeitgeber, die die Kompetenzen ihrer pflegenden Mitarbeiter(innen) schätzen, die Arbeitsplatzgarantien bieten und flexible Arbeitszeiten ergänzen. Als familienfreundlich gelten nicht nur Arbeitsplätze, die Mütter und Väter die Erziehung ihrer Kinder ermöglichen, sondern auch Angehörigen die Unterstützung und Pflege ihrer Verwandten zugehen. Solche Unternehmen tragen dazu bei, dass die Leistungen pflegender Angehöriger am Arbeitsplatz und im Gemeinwesen kommuniziert und gewürdigt werden.

Analog zur Erziehung von Kindern sollten Familienleistungen wie die Pflege von Angehörigen in der Gesetzlichen Rentenversicherung stärker als bisher berücksichtigt werden.

Um die Unterstützungs- und Pflegeleistungen der Angehörigen grundsätzlich besser zu honorieren, sind zwei Modell möglich:

(1) Damit Pflege, Familie und Beruf besser in Einklang gebracht werden können und eine Freistellung von der Arbeit nicht nur für diejenigen attraktiv ist, die sich dies finanziell leisten können, sollten für eine bestimmte Zeit Unterstützungsleistungen gewährt werden, z.B. bei einer kurzfristigen Freistellung eine finanzielle Absicherung ähnlich dem Krankengeld bei Erkrankung des Kindes und für die Dauer der Pflege (wobei sicherlich ein zeitliche Höchstgrenze eingezogen werden müsste) eine bedarfsgeprüfte steuerfinanzierte Unterstützungsleistung.

(2) Das zweite Modell geht davon aus, dass ein Teil der Ersparnis von Versicherungsleistungen¹⁴ anteilig in geldwerten Leistungen an die Angehörigen gegeben wird. Dazu ist eine grundlegend neue Verteilung der Leistungssätze erforderlich. Das Pflegegeld (ab 2010 225, 430, 685 Euro, nach den drei Pflegestufen abgestuft) müsste deutlich erhöht werden. Diese Forderung ist nur erfüllbar, wenn die Höhe der Leistungssätze stärker vom Ort der Leistungserbringung losgelöst wird. Eine ähnliche Wirkung könnte die flächendeckende Gewährung eines persönlichen

¹⁴ Gemeint sind die direkte Ersparnis durch den Einsatz der Angehörigen und die indirekte durch die Stabilisierung oder sogar Verringerung der Pflegebedürftigkeit sowie durch Synergieeffekte aus der guten Zusammenarbeit von Angehörigen, ehrenamtlich Tätigen und beruflich tätigen Fachkräften.

Budgets haben, wie es in einem dreijährigen Modellversuch an mehreren Standorten erprobt wurde.

Für welches Modell der Deutsche Caritasverband eintritt und ob eine Kombination möglich ist, muss noch intensiv diskutiert werden.

Abgesehen von diesen Überlegungen sind die Leistungen der Pflegeversicherung gerechter zu verteilen. Damit auch Personen mit einem hohen Unterstützungs- und Hilfebedarf, aber vergleichsweise geringem Pflegebedarf und ihre Angehörigen davon profitieren können, sollen die Vorschläge des Beirats zur Überprüfung der Pflegebedürftigkeit umgesetzt und im Gesetz entsprechend verankert werden.

Damit die Hilfe zu den Menschen kommt und nicht umgekehrt, sind flexible Angebote vorzuhalten, die sich an der Nachfrage orientieren. Dazu wird das Pflegegeld wahlweise als Pflegebudget gezahlt, das an die Höhe der Sachleistungsbeträge ambulanter Pflegedienste angepasst wird.

Im Zusammenspiel von nicht-beruflichem und beruflichem Hilfesystem werden Angehörige personell und finanziell entlastet. Ihr Wunsch nach bezahlbarer Pflege lässt sich eher realisieren. Sie nehmen direkt Einfluss auf die Angebotsentwicklung, die flexibler auf die individuellen Bedürfnisse der Pflegehaushalte zugeschnitten werden kann. Es entstehen neue und innovative Pflegearrangements, von denen alle Beteiligten profitieren.

4.10 Damit unterstützungs- und pflegebedürftiger Menschen im eigenen Haushalt bleiben können, sind differenzierte Unterstützungsarrangements erforderlich. Dazu gehört auch die Beschäftigung von Haushaltshilfen aus Ost- und Mitteleuropa.

4.10.1 Situation

Aufgrund von Expertenschätzungen kann derzeit davon ausgegangen werden, dass rund 100.000 Frauen aus Mittel- und Osteuropa in Haushalten mit pflegebedürftigen Menschen arbeiten. Eine erste umfassende empirische Studie, die sowohl die Situation der Familien als auch die Einschätzung der ambulanten Pflegedienste zu diesem Thema deutlich macht, wurde in Auftrag des Deutschen Caritasverbandes 2008 vom Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. in Köln (dip) durchgeführt. Die Familien wurden nach ihrem Bedarf und ihren Erfahrungen befragt. Bei den Pflegediensten galt das Interesse der Fragestellung, inwieweit sie mittel- und osteuropäische Haushaltshilfen als Konkurrenz betrachten, ob sie Synergie-Potenziale durch eine Verschränkung der jeweiligen Hilfeformen sehen und wie sie sich auf die zukünftige Arbeitnehmerfreizügigkeit innerhalb der EU vorbereiten.

Die Studie zeigt, dass der weitaus größte Bedarf im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung bzw. in der Unterstützung bei haushaltsnahen Dienstleistungen liegt. Dazu gehören beispielsweise Hilfen bei der Zubereitung von Mahlzeiten oder beim Einkaufen. Hinzu kommt der Unterstützungsbedarf im Bereich der alltäglichen Verrichtungen. Fast 60 Prozent der befragten Familien nutzen zusätzlich die Angebote eines ambulanten Pflegedienstes. „Essen auf Rädern“, Tagespflege, Kurzzeitpflege oder die Unterstützung durch Nachbarn oder ehrenamtliche Personen werden in weitaus geringerem Maße angenommen.

Mehr als die Hälfte der befragten Familien arbeiten mit ambulanten Pflegediensten zusammen. Allerdings überlegt jede siebte Familie, diesen Dienst zukünftig nicht mehr zu nutzen, sei es aus finanziellen Gründen oder weil Leistungen als doppelt erbracht angesehen werden. Demgegenüber steht jedoch auch eine hohe Zufriedenheit der Familien mit den Leistungen der Dienste.

Die Studie zeigt, dass ambulante Dienste aus der Versorgung pflegebedürftiger Menschen nicht wegzudenken sind und die Familien hier keine Konkurrenzsituation sehen.

4.10.2 Bewertung

Die öffentliche Diskussion über den hohen und wachsenden Bedarf an Unterstützung und Pflege zu Hause und über bestimmte Beschäftigungsverhältnisse wird im Vergleich zu ihrer angenommenen Verbreitung immer noch sehr verhalten geführt. Die öffentlichen Debatten beschränken sich häufig auf die gewerberechtlichen Fragen und den Beitrag zur so genannten Schattenwirtschaft. Es gibt Schätzungen, nach denen von den rund 100.000 Frauen aus Ost- und Mitteleuropa in den Haushalten unterstützungs- und pflegebedürftiger Menschen nur etwa 2000 legal beschäftigt sind.

Es sollte nicht akzeptiert werden, dass die überwiegende Mehrheit dieser Frauen nicht legal beschäftigt ist. Dies macht sie für mögliche Verletzungen ihrer Rechte verwundbar und verhindert eine soziale Absicherung. Die fehlende Altersabsicherung wird häufig zu Altersarmut führen. Außerdem verzerrt die illegale Beschäftigung den Wettbewerb mit legalen Betreuungsalternativen. Dringend notwendig ist es somit, die entsprechenden Arbeitsverhältnisse zu legalisieren.

4.10.3 Lösungsvorschlag

Familien sollten eine mittel- und osteuropäische Haushaltshilfe ohne Angst vor Sanktion einstellen können. Ebenso sollte ihnen kein kompliziertes, kaum zu durchschauendes Antragsverfahren zugemutet werden.

Die überwiegende Mehrheit der Frauen, die heute ohne legale Absicherung in Haushalten mit pflegebedürftigen Personen die häusliche Unterstützung sicherstellen, kommt aus den neuen Beitrittsländern der Europäischen Union. Forderungen nach restriktiven Regelungen und nach Kontrollen gegen illegale Beschäftigung in Privathaushalten werden illegale Beschäftigung nicht nennenswert eindämmen, solange nicht legale Alternativen zur Deckung des Bedarfs leichter genutzt werden können. Der Deutsche Caritasverband empfiehlt, die Zugangsbedingungen für Haushaltshilfen zu erleichtern. Bereits derzeit ist eine legale Beschäftigung aus den Beitrittsländern der Europäischen Union zu den Bedingungen einer sozialversicherungspflichtigen Vollzeitbeschäftigung möglich. Dabei können seit einiger Zeit auch zwei Haushaltshilfen sich im Intervall abwechseln, wie dies auch in nicht legalen Arbeitsverhältnissen häufig geschieht. Allerdings ist das Regelwerk kompliziert. Der Deutsche Caritasverband regt an, bei der Zulassung von Haushaltshilfen aus den Beitrittsländern für Haushalte mit pflegebedürftigen Personen auf die Vorrangprüfung durch die Arbeitsämter zu verzichten. Auch sind die verfügbaren Informationen ungenügend, teilweise fällt es selbst den zuständigen Behörden schwer, die richtigen Auskünfte zu geben. Die Angehörigen von pflegebedürftigen Personen müssen bei den notwendigen Formalitäten besser unterstützt werden.

Die Familien tragen als Arbeitgeber eine besondere Verantwortung, die arbeitsrechtlichen Bedingungen einzuhalten. Damit die Haushaltshilfen jedoch nicht allein vom Wohlwollen der Familien mit pflegebedürftigen Menschen abhängen, sollen sie von Pflegekassen, Arbeitsagentur und/ oder den Kommunen umfassend in ihrer Landessprache über ihre Rechte informiert werden.

Zur Sicherung der Pflegequalität ist eine Zusammenarbeit mit professionellen Diensten notwendig. Wenn es gelingt, dieses Beschäftigungsfeld legal zu gestalten, so ergeben sich neue Möglichkeiten der Zusammenarbeit zwischen den ambulanten Pflegediensten und den Haushaltshilfen bei der Unterstützung und Anleitung, wie in der genannten Studie erkennbar war.

Es muss künftig noch besser gelingen, durch verstärkte Kooperationen zwischen niedrigschwelligen Angeboten, professionellen Pflegediensten und/oder mittel- und osteuropäischen Haushaltshilfen dazu beizutragen, eine hohe Lebensqualität in den eigenen vier Wänden und die Entlastung der Angehörigen sicherzustellen.

4.11 Ältere Menschen sind immer mehr daran interessiert, das Gemeinwesen mitzugestalten und Verantwortung zu übernehmen. Das Gemeinwesen ist auf die dafür erforderliche Mitsprache und Mitbeteiligung noch nicht genügend vorbereitet.

4.11.1 Situation

Selbstverantwortung und Mitverantwortung werden in einer Gesellschaft des langen Lebens an Bedeutung gewinnen. Viele ältere Menschen stellen sich dieser Verantwortung. Die Bereitschaft, sich auch nach dem Ausscheiden aus dem Berufsleben zu engagieren, ist groß. Der defizitgeprägten Einstellung, wonach das Alter vorrangig als Belastung empfunden wird, steht das bereits von vielen Menschen verwirklichte Modell eines aktiven und engagierten Alters entgegen.

Es entwickeln sich neue Formen des Engagements, die neue Verantwortungsrollen erforderlich machen. Viele Ältere wünschen sich, mitreden zu können. Sie wollen vor allem in ihrem sozialen Umfeld in Planungs- und Entscheidungsprozesse einbezogen werden. Rahmenbedingungen und Beteiligungsstrukturen, die dieser großen Engagementbereitschaft Rechnung tragen, sind allerdings erst vereinzelt zu finden. Zugangsbarrieren, die die Teilhabe älterer Menschen einschränken, sind auch in der fehlenden Information über Beteiligungsmöglichkeiten zu suchen. Darüber hinaus sind starre Altersgrenzen, z.B. im politischen und gesellschaftlichen Bereich kontraproduktiv für ein aktives Altern.

Die Potenziale der Älteren sind für die Gesellschaft ein Gewinn, denn mit dem Altern steigen Lebenserfahrung und Vielfalt des Wissens. Wir können es uns immer weniger leisten, dieses Wissen und die Kompetenzen älterer Menschen brach liegen zu lassen.

4.11.2 Bewertung

Erste Berücksichtigung findet das neue Rollenverständnis der älteren Generation in Programmen, die den Wunsch nach mehr Teilhabe und Mitsprache aufgreifen, z.B. als Ausbildungspaten oder *senior*Trainer(innen), als Pflegebegleiter(in) oder in der Initiative „Alter schafft Neues - Auf dem Weg zur Beteiligungsgesellschaft“. Entscheidungsträger tun sich aber noch sehr schwer damit, das Leitbild des „aktiven Alters“ umzusetzen. Eine Politik der Ermöglichung und Unterstützung zivilgesellschaftlichen, bürgerschaftlichen Engagements erfordert den kontinuierlichen Dialog mit den zivilgesellschaftlichen Akteuren. Häufig mangelt es jedoch an einer Engagement fördernden Infrastruktur und an entsprechenden Beteiligungsmöglichkeiten, z.B. im kommunalen Verantwortungsbereich.

Viele ältere Menschen engagieren sich im sozialen Bereich. Begrüßenswert ist daher die entscheidende Neuerung im SGB XI, mit der Anreize zur Förderung des bürgerschaftlichen Engagements in der Pflege geschaffen wurden. Damit hat die Bundesregierung ihrer Position Nachdruck verliehen, mit der sie für den Pflegebereich gemischte Hilfeleistungen familiärer, eh-

renamtlicher und professioneller Pflege befürwortet und sich für eine Öffnung der Institutionen und Verbände ausspricht¹⁵.

Einrichtungen und Dienste sind häufig nicht ausreichend auf eine Öffnung und Zusammenarbeit mit den Mitgliedern des nicht-beruflichen Hilfesystems vorbereitet. Häufig fehlt ein entsprechendes Konzept zur Angehörigenarbeit oder ein Qualifizierungsangebot für freiwillige Helferinnen und Helfer¹⁶.

4.11.3 Lösungsvorschläge

Aufgefordert sind alle Ebenen des Staates und der Gesellschaft (Bund, Länder und kommunale Spitzenorganisationen, Kirchen, Wohlfahrtsverbände und Seniorenorganisationen) sich für ein Leitbild des aktiven Alters und für eine stärkere Beteiligung älterer Frauen und Männer einzusetzen. Ein aktives und solidarisches Zusammenleben und –wirken der Generationen sollte als Grundvoraussetzung gelten, um ein demokratisches Staatswesen und eine kulturell vielfältige Gesellschaft auf die kommenden und teilweise schon vorhandenen Herausforderungen einzustimmen.

Die staatliche Förderung von Engagementformen muss den Prinzipien der Partizipation und Subsidiarität verpflichtet sein und die Eigenständigkeit der zivilgesellschaftlichen Akteure respektieren und fördern. Dabei ist auch darauf zu achten, dass das Prinzip der Freiwilligkeit gewahrt bleibt und niemand benachteiligt wird, der sich nicht engagiert.

Beteiligungsmöglichkeiten sind zu fördern und Zugangschancen für alle auszubauen, z.B. auch für ältere Menschen mit Behinderung oder Migrant(inn)en. Kommunen schaffen dazu die nötigen Rahmenbedingungen, wie z.B. Beteiligungsforen im Gemeinwesen, in Politik und Verwaltung. Sie verankern die aktive Mitwirkung in ihrer Gemeindeordnung und beziehen dabei alle Generationen und besonders die älteren Menschen gezielt mit ein. Auf diese Weise fördern sie die Solidarität und stärken die Eigenverantwortung ihrer Bürgerinnen und Bürger.

Informations- und Kontaktstellen für engagierte und engagementbereite ältere Menschen müssen ausgebaut und neue Ressourcen erschlossen werden. Die soziale Ungleichverteilung des Engagements, z.B. nach Geschlecht, Bildung, Einkommen oder Herkunft muss abgebaut werden, z.B. durch entsprechende Begleitung und Qualifizierungsmaßnahmen. Starre Altersgrenzen, die die Ausübung von Tätigkeiten und Ämtern unnötig behindern, sollten gelockert oder ganz aufgehoben werden.

Für die Förderung bürgerschaftlicher Strukturen und Netzwerke müssen Zugänge geschaffen, bürokratische Hürden abgebaut sowie unbürokratische Fördermöglichkeiten geschaffen werden, z.B. mit Hilfe eines flexiblen „Ehrenamtsbudgets“ an Stelle einer unflexiblen Bindung der finanziellen Förderung an eine (kommunale) Ko-Finanzierung.

Es müssen soziale Voraussetzungen geschaffen werden, damit zivilgesellschaftliches Engagement im Alter auch leistbar ist. Dazu sollte geprüft werden, ob ehrenamtliche Tätigkeiten unter bestimmten Voraussetzungen (z.B. soziale Tätigkeiten über einen längeren Zeitraum hinweg, Bedarfsprüfung) in der Gesetzlichen Rentenversicherung berücksichtigt werden können.

15 Vgl. BMFSFJ (Hrsg.): Stellungnahme der Bundesregierung zum Fünften Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Berlin 2006, S. 19

16 Vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV) – Befunde und Empfehlungen. Zusammenfassung, Berlin 2008, S. 4

Darüber hinaus sind Anreize erforderlich, mit denen das Engagement gewürdigt wird. Innovative Modelle wie Zeitspenden oder Bonussysteme sollten weiter entwickelt werden und mit einer verbindlichen Rückerwartungsleistung des eingesetzten Engagements, z.B. bei eigener Hilfs- und Pflegebedürftigkeit verbunden sein.

Die Caritas unterstützt die Zusammenarbeit beruflich organisierter und nicht-beruflicher Hilfen und befähigt sie zum gemeinsamen Dialog. Das gleich gilt für das dringend erforderliche Zusammenwirken der Generationen.

4.12 Finanzielle und strukturelle Rahmenbedingungen für ein selbstbestimmtes Leben im Alter sind nicht ausreichend auf die demographische Entwicklung vorbereitet.

4.12.1 Situation

Die demographische Entwicklung hin zu einer älter werdenden Gesellschaft stellt alle Systeme der sozialen Sicherung vor große Herausforderungen. Es ist davon auszugehen, dass in Deutschland der Anteil der älteren Bevölkerung im Verhältnis zur jungen weiter steigen wird.

Zurzeit erfolgt die Finanzierung der Versicherungsleistungen primär durch Beiträge der Beschäftigten und Arbeitgeber, die sich grundsätzlich aus dem Arbeitsentgelt berechnen. Die Zahlung geringerer Löhne, die anhaltende Arbeitslosigkeit, die Zunahme atypischer Beschäftigung sowie unstetige Erwerbsbiographien führen zu einem Einnahmeverlust in den Kassen der Sozialversicherer.

Schon heute steigen in der gesetzlichen Krankenversicherung die Ausgaben stärker als die Einnahmen und dies, obwohl die Beiträge bei der Krankenversicherung auch auf Renten erhoben werden und auch Steuermittel an die Krankenkassen fließen. Dass die Differenz zwischen Einnahmen und Ausgaben nicht noch größer ist, liegt an zahlreichen Kostendämpfungsgesetzen, die in den letzten Jahren eingeführt wurden. Die Erwartung ist, dass die Ausgaben der GKV in den kommenden Jahren wegen des demographischen Effekts noch stärker steigen werden. Auch der medizinisch-technische Fortschritt spielt eine Rolle, obwohl seine Auswirkungen (kostensteigernd oder –senkend) umstritten sind.

Da die Leistungshöhe in der sozialen Pflegeversicherung gesetzlich festgelegt ist, stellt sich die Problematik der zunehmenden Kostenlast nicht in der Art und Weise wie in der Krankenversicherung. Die Kosten der Pflegebedürftigkeit werden demnächst noch mehr zu Lasten der pflegebedürftigen Menschen oder der Sozialhilfeträger gehen.

Besonders der längere Rentenbezug durch die erhöhte Lebenserwartung stellt die gesetzliche Rentenversicherung vor große Schwierigkeiten. Der demographische Wandel wird darüber hinaus dazu führen, dass weniger Beitragszahler für die Renten einer wachsenden Zahl von Leistungsempfängern aufkommen müssen. Ein reines Umlageverfahren ohne ergänzende Systeme der Alterssicherung wird in Zukunft nicht mehr möglich sein. Mit der Entscheidung, schrittweise das Rentenalter auf 67 Jahre anzuheben, hat die Bundesregierung einen wesentlichen Schritt zur Stabilisierung der umlagefinanzierten Alterssicherung eingeführt, der aber dringend mit dem Abbau der hohen Altersdiskriminierung auf dem deutschen Arbeitsmarkt verbunden werden muss. Es ist zu befürchten, dass in Zukunft eine wachsende Zahl von Rentner nicht mehr von ihrer gesetzlichen Rente leben können. Dies ist zum einen Folge der Ausweitung prekärer Arbeitsverhältnisse und unterbrochener Berufsbiographien: Wer gar nicht oder nur zu geringsten Löhnen arbeitet, erwirbt kaum Rentenansparungen. Altersarmut ist dann vorprogrammiert. Hinzu kommt, dass Kindererziehung und Erwerbstätigkeit nicht den gleichen Einfluss auf die in-

dividuelle Rentenhöhe haben, obwohl beides gleichwertige Voraussetzungen eines funktionierenden Umlageverfahrens sind.

4.12.2 Bewertung

In der gesetzlichen Krankenversicherung stehen weitere Reformen an. Die Auseinanderentwicklung der Einnahmen und Ausgaben sowie strukturelle Probleme in den einzelnen Sektoren der gesetzlichen Krankenversicherung machen dies notwendig. Eine effizientere Organisation des Gesundheitswesens kann dazu beitragen, Kosten zu senken. Dies wird aber vermutlich nicht ausreichen, um denselben Standard an Leistungen zu erhalten. Dafür wäre eine Einnahmesteigerung der GKV notwendig.

Es ist zu befürchten, dass die Pflegeversicherung in Zukunft ihrer Aufgabe nicht mehr gerecht werden und sie ihre Bedeutung verlieren wird. Wenn der Schutzzumfang nicht an die steigenden Ausgaben angepasst wird, werden immer mehr Menschen auf den Bezug von Sozialhilfe angewiesen sein. Auch ist durch die beschriebene Zunahme der Leistungsempfänger die Finanzierbarkeit eines reinen Umlageverfahrens nicht gewährleistet.

Nach Ansicht des Deutschen Caritasverbandes ist die Anhebung des Regelrenteneintrittsalters grundsätzlich richtig, um auf die erhöhte Lebenserwartung und den damit verbundenen längeren Leistungsbezug zu reagieren. Allerdings muss gleichzeitig die Altdiskriminierung am Arbeitsmarkt abgebaut werden, um den Menschen, die dazu in der Lage sind, die Möglichkeit zu geben, bis zur Vollendung des 67. Lebensjahres erwerbstätig zu sein. Andernfalls handelt es sich bei der Rente mit 67 um eine faktische Rentenkürzung.

4.12.3 Lösungsvorschläge

Zur Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung fordert der Deutsche Caritasverband eine angemessene Beteiligung aller nach ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit. Die Einkommenssolidarität muss erhalten bleiben. Diese kann durch einkommensabhängige Beiträge und durch mehr Steuerfinanzierung geschehen. Bei einer einkommensabhängigen Finanzierung über Beiträge müssen alle Einkunftsarten berücksichtigt werden. Bei jeder anderen Form der Finanzierung muss die soziale Symmetrie über Regeln dauerhaft gesichert werden. Eine Neuordnung soll keine Umverteilung von unten nach oben bewirken. Darüber hinaus muss die Risikolidarität gewährleistet sein: So darf eine Versicherungsprämie nicht nach Krankheitsbild oder genetischer Disposition differenzieren.

Aus Sicht des Deutschen Caritasverbandes ist die Finanzierung der Pflegeversicherung grundlegend zu reformieren, damit sie auch in Zukunft ihrer Aufgabe gerecht werden kann und nicht weite Teile der Bevölkerung auf den ergänzenden Bezug von Sozialhilfeleistungen angewiesen sein werden. Zunächst sollte dem demographischen Wandel durch die Bildung eines kollektiven Kapitalstocks bis zum Jahr 2050 begegnet werden. Dies müsste schnellstmöglich umgesetzt werden, da es wegen der doppelten Belastung der Beitragszahler eines langsamen Eintritts in die Kapitaldeckung bedarf. Auch ist ein Risikowahrscheinlichkeitsausgleich zwischen sozialer und privater Pflegeversicherung einzuführen und gesamtgesellschaftliche Aufgaben sind durch Steuermittel zu finanzieren. Daneben ist nach Ansicht des Deutschen Caritasverbandes das Persönliche Budget auch in der Pflegeversicherung die geeignete Leistungsform, mit der die selbstbestimmte Teilhabe unterstützt wird.

Die gesetzliche Rentenversicherung muss in Zukunft stärker auf unetstetige Erwerbsbiographien und Niedrigeinkommen ausgerichtet sein. In einem ersten Schritt müssen stärkere Anreize für Niedrigeinkommensbezieher gesetzt werden, eine „Riesterrente“ abzuschließen. Dies könnte dadurch erreicht werden, dass Grundsicherungsempfänger im Alter einen Teil ihrer „Riesterren-

te“ behalten dürfen. Neben der umlagenfinanzierten Rente sollte auch für schlechter abgesicherte Teile der Bevölkerung ein Rentenkonto auf Kapitaldeckungsbasis eingeführt werden. Im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung muss der Beitrag von Familien mit Kindern stärker berücksichtigt werden. Es muss eine gleichwertige Behandlung von geleisteter Kindererziehung und Rentenbeiträgen bei der Rentenversicherung gewährleistet sein, z.B. durch eine Aufstockung der staatlichen Kinderzulage auf die „Riesterrente“. Damit ein erhöhtes Renteneintrittsalter nicht zu einer faktischen Rentenkürzung führt, ist nach Überzeugung des Deutschen Caritasverbandes der Abbau der Altendiskriminierung auf dem Arbeitsmarkt voranzutreiben.

Deutscher Caritasverband e.V.

Vorstand

05.03.2010

Prälat Dr. Peter Neher
Präsident

Prof. Dr. Georg Cremer
Generalsekretär
Vorstand Sozial- und Fachpolitik

Kontakt:

Dr. Franz Fink, Leiter Referat Altenhilfe, Behindertenhilfe und Gesundheitsförderung
Tel. 0761 200 366, E-Mail: franz.fink@caritas.de