

Pflege 2030: Chancen und Herausforderungen!
Modellprogramm zur Verbesserung der Versorgung
Pflegebedürftiger des Bundesministeriums für Gesundheit

Dokumentation der gemeinsamen Fachtagung am 1. Juli 2009 in Berlin

Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Friedrichstraße 108, 10117 Berlin

Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V. (*iso*), Trillerweg 68,
66117 Saarbrücken

Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA), An der Pauluskirche 3, 50677 Köln

Saarbrücken 2009

© by Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft (*iso*), Saarbrücken 2009
Trillerweg 68, 66117 Saarbrücken, Tel.: 0681-95424-0/Fax: 0681-95424-27
E-Mail: kontakt@iso-institut.de; Internet: www.iso-institut.de

Veröffentlichung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

Redaktion: 
Manfred Geiger 0681-95424-26
Carola Schweizer 0681-95424-21
Maria Zörkler 0681-95424-18

ISBN 978-3-935084-28-4

Inhalt

I. Begrüßung	7
<i>Marion Caspers-Merk, Parlamentarische Staatssekretärin, Bundesministerium für Gesundheit</i>	
II. Vorträge	10
1. <i>Dr. Manfred Geiger, iso-Institut, Saarbrücken</i>	10
Schwerpunkte des Modellprogramms – Herausforderungen, Visionen und innovative Entwicklungslinien	
Themenschwerpunkt: Bürgerschaftliches Engagement – Beitrag und Chancen der Kommunen	
2. <i>Prof. Dr. Baldo Blinkert, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg</i>	34
Solidarität und bürgerschaftliches Engagement	
3. <i>Iren Steiner, BELA-Fachkoordination, Bissingen</i>	61
BETA-/BELA-Modelle: Mehr Lebensqualität durch Bürgerengagement	
4. <i>Ruth Schlichting, Landkreis Marburg-Biedenkopf</i>	82
Marburger-Modell: Rolle der Kommunen im Rahmen einer sozialraumorientierten Pflege	
5. <i>Ursula Woltering, Stadt Ahlen</i>	91
Ahleener-Modell: Solidarität in vernetzten Strukturen	
6. <i>Ulla Schmidt, Bundesministerin für Gesundheit</i>	104
Die Pflege in der Zukunft – Chancen und Herausforderungen	

Themenschwerpunkt: Pflegestützpunkte – zu mehr Effektivität in der Versorgung

7.	<i>Malu Dreyer, Ministerin, Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen des Landes Rheinland-Pfalz</i> Innovative Implementierungsstrategien am Beispiel von Rheinland-Pfalz	109
8.	<i>Dr. Jürgen Gohde, Kuratorium Deutsche Altershilfe</i> Die Pflegestützpunkte – quantitative Ergebnisse aus dem Modellprogramm	116
9.	<i>Manfred Adryan, AOK Bremen/Bremerhaven; Bernd Haar, hkk Bremen; Agnes Wichert, Land Bremen</i> Die Pflegestützpunkte in der Praxis: das Beispiel Bremen	126
III.	Podiumsdiskussion: Weitere Entwicklungsmöglichkeiten von Pflegestützpunkten	146
	Anhang (Teilnehmer/innenliste)	169

I. Begrüßung

*Marion Caspers-Merk, Parlamentarische Staatssekretärin,
Bundesministerium für Gesundheit*

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Frau Vanis, lieber Herr Gohde,

auch im Namen der Bundesministerin Frau Ulla Schmidt darf ich Sie sehr herzlich zu diesem Fachkongress begrüßen. Die Bundesministerin ist heute Vormittag im Kabinett und wird im Pflegefachausschuss zum Thema "Pfle-gebedürftigkeitsbegriff" referieren. Deswegen wird sie erst heute Nachmittag zu Ihnen sprechen können.

In meiner Begrüßung möchte ich Sie darauf hinweisen, dass in der neuen Ausgabe der Zeitschrift Test der Stiftung Warentest zum ersten Mal Pflegedienste getestet worden sind und zwar hinsichtlich ihrer pflegerischen Quali-tät und hinsichtlich ihrer Beratungskompetenz. Das Testergebnis ist interes-sant: Nur zwei von 21 getesteten ambulanten Pflegediensten erhalten bei der Beratungskompetenz die Note "gut". Nur zwei von 21! Obwohl die fachli-che Qualität der Pflege durchweg als gut bis sehr gut eingestuft wurde. Was zeigt uns das? Wir können mittlerweile zwar eine gute pflegerische Qualität in der ambulanten Versorgung aufweisen, aber die Beratungskompetenz der ambulanten Dienste ist nicht ausreichend. Wenn also eine gute Begründung für die Einführung der Pflegestützpunkte gefordert wäre, dann wären es diese Testergebnisse.

Die Ergebnisse zeigen, dass nicht jeder ambulante Dienst über die notwen-digen Infrastrukturkenntnisse verfügt. Die Tester bemängelten vor allem, dass zum Beispiel die Verhinderungspflege nicht angesprochen wurde oder es keine Informationen darüber gegeben hat, dass z.B. der behindertenge-rechte Umbau der Wohnung finanziell unterstützt wird. Auch die kommunalen Seniorenangebote oder die Angebote von Ehrenamtlichen und von Selbsthilfegruppen sind im Beratungsgespräch in der Regel nicht erwähnt worden.

In der Beratungssituation wird häufig über den Kopf des Pflegebedürftigen hinweg diskutiert, es werden nur die Angehörigen angesprochen. Der Pfl-egebedürftige bleibt im Beratungsgespräch außen vor, ein Zustand, der von den Testern zu Recht kritisiert wurde.

Mit den Pflegestützpunkten gehen wir in doppelter Hinsicht einen neuen Weg. Es ist wichtig, die gesamten Infrastrukturkenntnisse unter einem Dach zu konzentrieren und eine Beratungssituation zu schaffen, in der die „Chemie“ stimmt, so dass gemeinsam ein Pflegekonzept erarbeitet werden kann, das dann zum Wohle des Pflegebedürftigen und der pflegenden Angehörigen umgesetzt wird.

Bei der Einführung der Pflegestützpunkte gab es anfangs politische Differenzen. Am Ende stand aber der Kompromiss, dass die Bundesländer entscheiden sollen, ob, und wenn ja, wie sie die Pflegestützpunkte aufbauen. Mittlerweile haben wir bundesweit über 500 Pflegestützpunkte in der konkreten Planung bzw. Realisierung. In Rheinland-Pfalz ist bereits mit der flächendeckenden Umsetzung begonnen worden. Mit wenigen Ausnahmen befinden sich praktisch alle Länder in der Umsetzungsphase. Unser Ziel ist der Aufbau von 800 bis 900 Pflegestützpunkten. Ich bin davon überzeugt, dass das, was wir mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz angestoßen haben, auf einem sehr guten Weg ist.

Die Fachtagung heute gliedert sich in zwei Teile: Heute Nachmittag wird es schwerpunktmäßig um die Pflegestützpunkte gehen; heute Vormittag um die Frage, wie wird bzw. wie soll die pflegerische Versorgung in 20 Jahren, also im Jahr 2030, aussehen. Und es wird Bilanz gezogen. Seit 1991 hat das Ministerium in etwa 600 Modellprojekte investiert, die die Versorgung Pflegebedürftiger verbessert haben. In diesem Zeitraum sind viele Innovationen initiiert worden, so dass wir heute ein Stückweit zurückschauen und uns fragen können: Was ist aus den Modellprojekten geworden, was haben wir daraus gelernt und was ist umgesetzt worden?

Wir müssen aber auch in die Zukunft schauen. Es sind viele Modelle entwickelt worden, die sich um Menschen mit Demenz kümmern. Im Fokus stehen auch hier Themen wie die Einbindung des bürgerschaftlichen Engagements, die Einbeziehung der Kommunen und die Frage nach der Nachhaltigkeit der Modellprojekte. Bei der Durchführung von Modellprojekten sind zwei Überlegungen entscheidend, nämlich erstens, ob es sich bei dem Modellansatz wirklich um eine neue Idee, um eine Innovation handelt. Und zweitens, ob der Modellansatz nachhaltig wirkt. Wir erleben immer wieder, dass wir drei Jahre lang fördern und wenn die Förderung ausläuft, die Projekte keinen Bestand haben und ihr Überleben nur über erneute Fördermittel gesichert werden könnte. Wenn etwas wirklich gut ist, dann muss es in die

Regelversorgung übernommen und flächendeckend umgesetzt werden; es muss selbsttragend und es muss nachhaltig sein. Ich finde es sehr spannend, dass wir heute Vormittag über diese beiden Aspekte der pflegerischen Versorgung diskutieren werden, über die Innovation, über die Nachhaltigkeit und auch über die flächendeckende Umsetzung von den Modellprojekten.

Ich darf abschließend um Nachsicht bitten, ich muss nachher gehen, weil heute im Bundestagsausschuss Familie die Neudefinition des Begriffes der Pflegebedürftigkeit diskutiert wird. Der Fachbeirat zur Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs hat eine fachlich gute Arbeit vorgelegt. Im Beirat haben die Länder, die anderen Ministerien, die Wohlfahrtsverbände, Pflegefachkräfte und der Deutsche Pflegerat mitgewirkt. Sowohl der erste als auch der zweite Bericht des Beirats sind im Konsens erarbeitet worden.

Wenn wir die Zukunft im Blick haben, so haben wir mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz einen wichtigen Schritt in die richtige Richtung getan und mit der Neudefinition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs wollen wir eine Diskussion anstoßen, die die nächsten Jahre bestimmen wird.

Vielen Dank, dass Sie hier sind und sich für das Thema interessieren. Ich wünsche der Fachtagung eine inhaltlich gute und nachhaltige Diskussion, viele gute Gespräche. Und ich freue mich, wenn unsere Fachabteilung, die hier zahlreich vertreten ist, dann auch neue Ideen für die weiteren Umsetzungsschritte erhält.

Schönen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

II. Vorträge¹

1. *Dr. Manfred Geiger, iso-Institut, Saarbrücken*

Schwerpunkte des Modellprogramms – Herausforderungen, Visionen und innovative Entwicklungslinien

Meine Damen und Herren,

ich möchte mit meinem Beitrag das Themenfeld unserer Fachtagung aufspannen. Zunächst sollen Sie einen Eindruck vom *BMG-Modellprogramm* „Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger“ gewinnen. Dann wird verständlicher, welche der dort im Keim schon angelegten Entwicklungslinien bei den anstehenden Reformen aufzugreifen und gegebenenfalls neu zu akzentuieren sind. „Innovativ“ sind diese Entwicklungslinien, wenn sie über eine bloße Erweiterung und Ausdifferenzierung des schon üblichen Angebots hinaus zusätzliche Wege und Ressourcen erschließen, die helfen, mit den Herausforderungen, die sich in der Pflege stellen, besser fertig zu werden.

Was sind die grundlegenden *Herausforderungen*, die hier in den nächsten Jahren – bei unserer Tagung haben wir das Jahr 2030 ins Auge gefasst – auf uns zukommen? Worauf sollen die Reformbemühungen hinauslaufen? Um einer Antwort auf diese Frage näher zu kommen, braucht man eine empirisch fundierte Analyse der Ausgangslage, eine realistische Einschätzung der schon jetzt erkennbaren Entwicklung und man braucht eine *Vision*, eine zumindest ungefähre Vorstellung, worauf es bei einem künftigen Pflegesystem ankommt.

Eine Charakteristik des BMG-Modellprogramms und der anstehenden Herausforderungen, eine Konkretisierung der Perspektive, an der man sich bei einer Weiterentwicklung der künftigen Pflegeinfrastruktur orientieren könnte – damit sind die wesentlichen Gliederungspunkte meines Vortrags benannt.

¹ Die Texte von Dr. Manfred Geiger, Prof. Dr. Baldo Blinkert und Iren Steiner sind ausführlicher ausgearbeitete Versionen ihrer Vorträge.

Das BMG-Modellprogramm

Das BMG-Modellprogramm verstand sich von Anfang an als Wegbereiter und Katalysator einer neu auszurichtenden Pflegeinfrastruktur, mit der sich die in der Pflegeversicherung angesprochenen Maximen praktisch konkretisieren. Sie kennen die hier propagierten Prinzipien: „ambulant vor stationär“, „Prävention und Reha vor und während der Pflege“ und, nicht zu vergessen, die grundlegende Einsicht, dass sich Pflege immer auch als eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe begreifen muss, die demnach solidarisch zu organisieren ist.

Mit der Pflegeversicherung wurde ein für viele Anbieter interessantes Nachfragepotential freigesetzt. Die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen können im Rahmen ihrer nun durch Versicherungsleistungen erweiterten Möglichkeiten wählen und so ihrerseits Anreize für einen kundenorientierten Ausbau der Angebote schaffen. So gewinnt eine in vielerlei Hinsicht erwünschte Marktdynamik an Fahrt, die den Ausbau der Pflegeinfrastruktur vorantreibt. Allerdings war sehr schnell absehbar, dass sich eine Reihe von innovativen Elementen, auf die es gerade bei einer systematischen auf Ambulantisierung, Rehabilitation und Kooperation ausgerichteten Strukturentwicklung des Hilfesystems ankommt, nicht so ohne weiteres durchsetzt. Es bedarf zumindest in der Pionierphase offenbar noch einer besonderen Förderung: finanziell und mitunter auch konzeptionell bzw. hinsichtlich einer Klärung von praxisrelevanten Umsetzungsfragen. Hier setzte das Modellprogramm des Bundesgesundheitsministeriums an. Es wurde vom *iso*-Institut und vom Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) begleitet. Dazu gehörte eine Dokumentation und Evaluation von Modellerfahrungen, aber auch Politikberatung und hin und wieder eine unmittelbare Unterstützung der Konzeptentwicklung vor Ort. Nicht zuletzt ist in diesem Zusammenhang auf die vielen, gemeinsam mit dem Bundesgesundheitsministerium veranstalteten Fachtagungen zu verweisen, bei denen Ergebnisse und weiterführende Überlegungen vorgestellt und diskutiert wurden.

Innovativen Versorgungsangeboten zum Durchbruch verhelfen

Das thematisch breit angelegte Modellprogramm ließ viel Spielraum für Initiativanträge aus der Praxis. Schließlich wurden über 600 Einzelvorhaben gefördert. Es galt, Lücken im Hilfesystem aufzuspüren und zu schließen, neue Versorgungsbausteine zu entwickeln und regional in sich stimmige

Versorgungskontexte zu formieren. Man wollte Maßstäbe für Qualitätsstandards setzen und zugleich anhand von Good-Practice-Beispielen anschaulich machen, wie eine praktische Umsetzung von anspruchsvollen Konzepten gelingen kann. In diesem Zusammenhang war auch zu klären, was nach wie vor einer weitergehenden Verbreitung und Marktfähigkeit von entsprechenden Angeboten entgegensteht und was zu tun ist, um auch andere Anbieter zu bewegen, modellhaft entwickelte Innovationen zu übernehmen.

Die experimentelle Erprobung und Propagierung von spektakulären Vorzeigeprojekten spielte zwar durchaus eine Rolle, im Vordergrund stand jedoch das Bestreben, den bereits als wegweisend erkannten Angebotstypen zum Durchbruch zu verhelfen. Die Weiterentwicklung der Pflegeinfrastruktur sollte sich *insgesamt* in eine andere Richtung bewegen: hin zu einer stärkeren Ambulantisierung und rehabilitativen Ausrichtung, hin zu einer vielseitigeren Verankerung der Pflege in lebensweltlichen Kontexten, in der Gemeinde, in den Köpfen der Menschen, die zum Hilfefeld von Pflegebedürftigen gehören und/oder als Anbieter, *soweit sie* als politisch-administrative Entscheidungsträger gefordert sind.²

Förderstrategie

In realistischer Einschätzung der Ausgangslage konzentrierte sich die erste Förderphase zunächst einmal auf das Angebotspektrum im Zwischenfeld von ambulanter und stationärer Versorgung. So waren viele der damals ins Modellprogramm aufgenommenen Projekte Kurzzeit- und Tagespflegen, mit

² Mit Ambulantisierung ist eine noch weitergehende Verlagerung von stationären Angeboten hin zur Unterstützung von häuslicher Pflege und Betreuung gemeint. Der Begriff charakterisiert eine Tendenz. Gänzlich auf stationäre Einrichtungen verzichten kann man vermutlich aber auch in einem ambulantisierendem Hilfesystem nicht. Allerdings werden sich Heime, gerade wenn es gelingt, Pflegebedürftige länger zu Hause zu versorgen, noch häufiger als schon bislang auf besonders schwer zu Pflegenden bzw. zu Betreuenden einstellen müssen, beispielsweise auf Demenzkranke und Sterbende. Zudem ist mit einem wachsenden Kreis von Personen zu rechnen, für die, weil sie ohne Bindung und Einbindung dastehen, eine ambulante Versorgung keine hinreichenden Anknüpfungspunkte findet, weshalb auch aus diesem Grund eine stationäre Unterbringung erforderlich sein kann.

Umso wichtiger ist es – auch das gehört zum Ambulantisierungskonzept – innerhalb der Heime den stationären Charakter so weit wie möglich aufzulockern, ein wohnähnliches Ambiente zu schaffen und eine Öffnung der Heime hin zur Gemeinde zu forcieren. Dann mögen sich auch mehr alltagsnahe Austauschbeziehungen und Kontakte ergeben. Das kann beispielsweise durch eine intensivere Kooperation mit Vereinen und anderen Kulturveranstaltern, mit ehrenamtlichen Mitarbeiter/innen und einer Nutzung von ambulanten Versorgungsinstanzen (Ärzte, Apotheken, Therapeuten) zum Ausdruck kommen. Eine möglichst weitgehende Einbindung ins Gemeindeleben soll nicht zuletzt durch kleinere, sozialräumlich zentral gelegene Einrichtungen bzw. Außenwohngruppen erleichtert werden.

denen unterschiedliche Anbindungsformen und Angebotspaletten beziehungsweise jeweils unterschiedliche Überleitungs-, Tagesstrukturierungs- und Rehakonzepte erprobt wurden. Gut in das Förderkonzept passten in dieser Zeit auch relativ kleine, wohnortnah platzierte Altenhilfezentren, die neben stationären auch teilstationäre bzw. ambulante Angebote bereit halten, sowie Stellen, die sich in besonderer Weise um Beratungs-, Koordinierungs- und Überleitungsaufgaben kümmern. Mit derartigen Versorgungsbausteinen, so die Überlegung, könnte sich die damals noch stark ausgeprägte Abgrenzung von ambulanten und stationären Bereichen auflockern. Das Repertoire von teilstationären Angeboten, die letztlich auch der Stabilisierung von häuslichen Versorgungssituationen dienen, erweitert sich. Das Hilfesystem würde durchlässiger und flexibler nutzbar. Es könnte sich nuancierter auf die speziellere Bedarfslage im einzelnen Fall einstellen.

Später, nachdem mit der ersten Modellphase grundlegende Bausteine einer stärker ambulant ausgerichteten Pflegeinfrastruktur im Prinzip etabliert schienen, lag der Förderschwerpunkt bei der qualitativen Weiterentwicklung und Ausdifferenzierung der Angebotsstruktur. Im Vordergrund standen nun:

- zielgruppenorientierte Spezifizierungen von Konzeptionen und Räumlichkeiten; etwa mit Blick auf Demenzkranke, Schlaganfallpatienten, Schwerst- und Mehrfachbehinderte, MS-Patienten, pflegebedürftige Kinder und Jugendliche, Sterbende, Migranten;
- die Konkretisierung von therapeutisch-rehabilitativen Angeboten;
- die Anregung von bürgerschaftlichem Engagement und seine Verzahnung mit formell und professionell organisierten Hilfekontexten;
- die Erweiterung des Spektrums von Wohnformen für Pflegebedürftige. Das betraf sowohl die Einrichtung von unmittelbar im Quartier angesiedelten Wohngruppen für Demenzkranke wie auch die Schaffung von kleinen überschaubaren Wohneinheiten in Heimen. Davon versprach man sich eine wohnlichere Atmosphäre und bessere Voraussetzungen für eine personennahe Bezugspflege. Zugleich sollten sich mehr Spielräume für eine anregende Alltagsgestaltung und wechselseitige Hilfebeziehungen entwickeln können. In diesem Zusammenhang bekam auch die Mitwirkung von Angehörigen und ehrenamtlich Engagierten einen größeren Stellenwert.

Darüber hinaus wurden Angebote, Verfahren und Instrumente erprobt, die sich mit einzelnen Aspekten der Versorgungsqualität bzw. noch weitergehend spezialisierten Einrichtungen befassen. Zu nennen sind hier beispielsweise

- die Entwicklung und Erprobung von Konzepten der Sturzprophylaxe und von Kontinenztraining;
- Beratungsstellen, die sich auf Wohnraumanpassungen spezialisiert haben;
- telematische Hilfen, die den Abruf von Hilfeleistungen und die Überwachung von Vitalfunktionen erleichtern;
- Therapiegärten, die den Bewegungs- und Erlebnisraum von Heimbewohnern steigern;
- gerontopsychiatrische Zentren bzw. auf einen entsprechenden Personenkreis spezialisierte Verbundprojekte, die sich zugleich als Stützpunkte und Impulsgeber für den weiteren Ausbau einer für diese Krankheitsbilder wichtigen Versorgung verstehen;
- Konsiliar- und Liaisondienste, mit deren Hilfe es auch im Akutkrankenhaus gelingen kann, sich besser auf Patienten mit einer gerontopsychiatrischen Begleitsymptomatik einzustellen;
- die Anwendung von Dementia Care Mapping (DCM)³;
- Projekte, die sich in speziellerer Weise um Beratung und Vernetzung, die Organisation von Überleitung und Hilfeketten, die Fallsteuerung und die Kooperation auf institutioneller Ebene/auf Trägerebene bemühen;
- Beschwerdestellen, die im individuellen Fall in Anspruch genommen werden können, sich aber auf der Basis dieser Erfahrungen auch in grundsätzlicher Hinsicht um die Qualitätssicherung und Strukturentwicklung des Pflegesystems kümmern.

³ Dementia Care Mapping ist ein Assessmentinstrument, mit dem das Verhalten, die Interaktionsbeziehungen und der Aktionsraum von gerontopsychiatrisch Erkrankten und Mitarbeiter/innen im sozialen Raum von Einrichtungen systematisch beobachtet und erfasst werden kann. Dann, so die Überlegung, sind neue Erkenntnisse über die Befindlichkeit und den Hilfebedarf der Bewohner/innen zu erwarten, woraus sich wiederum Anhaltspunkte für die Gestaltung des Alltags in den Einrichtungen sowie die dazu erforderliche Veränderung von personellen und räumlichen Rahmenbedingungen ergeben.

Bilanz

Insgesamt betrachtet lassen die empirisch fassbaren Veränderungen in der Strukturentwicklung des Pflegesystems durchaus den Schluss zu, dass sich mit dem Modellprogramm die Pflegeinfrastruktur in Richtung der angestrebten Zielsetzung bewegt hat; wenngleich diese Entwicklung sicherlich nicht allein auf die Impulse der Modellvorhaben zurückzuführen ist.

Heute gehören Tages- und Kurzzeitpflegen oder auch relativ kleine, auf Wohnqualität und teilstationäre Angebote eingestellte Heime, die sich zur Gemeinde hin öffnen und sich als Teil einer vielgliedrigen Hilfekette verstehen, vielerorts wie selbstverständlich zur regionalen Angebotsstruktur. Das Spektrum von Wohn- und Lebensformen für Pflegebedürftige hat sich beträchtlich erweitert, im stationären wie im ambulanten Bereich. Stärker präventiv und rehabilitativ orientierte Ansätze haben an Konturen gewonnen. Schnittstellenprobleme sind klarer erkannt. Die Notwendigkeit einer systematischen Kooperation wird deutlicher gesehen, wenngleich sie in der Praxis nach wie vor nicht einfach zu realisieren ist. Noch bleibt also einiges zu tun, um die mit Hilfe des Modellprogramms vorangetriebene Konzept- und Strukturentwicklung des Pflegesystems zu verallgemeinern und abzusichern. Dank der in vielfältiger Weise aufbereiteten Modellerfahrungen weiß man nun aber besser einzuschätzen, was nach wie vor einer noch breiteren Etablierung derartiger Angebote im Wege steht und wo weitergehende Reformüberlegungen und Umsetzungsschritte ansetzen müssen.⁴

Wie schon erwähnt, haben sich viele Erkenntnisse und Erfahrungen aus den Modellprojekten in einschlägigen Veröffentlichungen und Fachdiskussionen niedergeschlagen. Sie sind in die Beratung politisch-administrativer Instanzen eingeflossen und sie haben mancherlei Anregungen für die jeweils anstehenden Feinjustierungen und Novellierungen zur Pflege- und Gesundheitsreform geliefert.

⁴ Vgl. dazu die Veröffentlichungen, die zu verschiedenen Themenbereichen des BMG-Modellprojektes vom *iso*-Institut erstellt wurden (http://www.iso-institut.de/forschung/fs5/projekt_5_1.html).

Herausforderungen und die Vision einer sozialökologischen Perspektive

Bei der Weiterentwicklung der Pflegeinfrastruktur wird sicherlich die vom BMG-Modellprogramm angestoßene Ambulantisierung und rehabilitative Ausrichtung des Hilfesystems, der Transfer von qualitativ neuen Versorgungsbausteinen, die sukzessive Ausdifferenzierung von Hilfeangeboten und, damit einhergehend, die fall- und institutionenbezogene Verzahnung, die Stützung von informellen Hilfestrukturen auch künftig eine wichtige Rolle spielen. Aber, und darin besteht die grundlegende Herausforderung, eine bloße Weiterentwicklung der mittlerweile bereits angelegten Reformansätze genügt nicht. Denn trotz all dieser Bemühungen bleibt zu konstatieren, dass sich die Relation von ambulanter und stationärer Versorgung immer mehr zu Gunsten Letzterer verschoben hat. So war in den zehn Jahren zwischen 1996 und 2005 ein Rückgang von 77 auf 66 Prozent zu verzeichnen (vgl. BGW-Pflegereport 2007: 20 und Rothgang, H. u.a. 2008: 7)⁵. Will man diesen Trend stoppen oder gar umkehren, bedarf es offenbar neuer Ansätze, mit denen sich über das bisherige Repertoire hinaus zusätzliche Ressourcen erschließen. Denn die Kräfte, die schon bislang dazu geführt haben, dass sich trotz des mit vielen Anstrengungen vorangetriebenen Ausbaus von ambulanten Angeboten keine Trendwende einstellte, werden künftig wohl noch mehr an Gewicht gewinnen. Das hängt nicht zuletzt mit der demographischen Entwicklung und dem fortschreitenden Trend zur Individualisierung von Lebensweisen zusammen.

2030: Die Pflegeproblematik spitzt sich zu

Mit einer wachsenden Zahl von Älteren und Betagten nimmt nun einmal die Anzahl der Pflegebedürftigen und Demenzkranken zu; und vor allem mit Letzteren auch die Zahl der Menschen, die in besonderer Weise auf zeit- aufwändige Betreuung angewiesen sind. Damit ist selbst dann zu rechnen, wenn man davon ausgeht, dass die mit einer steigenden Lebenserwartung hinzugewonnen Jahre zum großen Teil gesunde Jahre sind. Zugleich wird der Anteil der Jüngeren, die mit ihren Versicherungsbeiträgen, Steuern und anderen Finanzierungsformen bzw. durch unmittelbar selbst erbrachte Hilfe-

⁵ Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (Hg) (2007): BGW-Pflegereport 2007: Sieht die Pflege bald alt aus? Hamburg.
Rothgang, H.; Borchert, L.; Müller, R.; Unger, R. (2008): GEK-Pflegereport 2008. Schwäbisch Gmünd.

leistungen eine wachsende Zahl von Pflegebedürftigen auffangen könnten, sinken. Mit der demographischen Entwicklung absehbar ist auch, dass die Pflegebedürftigen der kommenden Jahre im Durchschnitt betrachtet weniger Kinder haben bzw. häufiger überhaupt keine. Steigen wird weiterhin der Anteil der Ledigen, Getrenntlebenden und Geschiedenen unter den Pflegebedürftigen. Auch das führt dazu, dass es künftig weniger häufig Angehörige gibt, die, wie bislang vielfach üblich, die Hauptlast einer ambulanten Versorgung tragen. Derartige Verschiebungen in der Bevölkerungsstruktur sind ein Ausdruck und mit eine Folge von gesellschaftsweiten Individualisierungsprozessen, die sich ihrerseits auf eine noch weitergehende Auflockerung von normativen Bindungen und den Wandel von Familienstrukturen, auf das Streben nach Selbstverwirklichung und beruflicher Betätigung, auf die wachsenden Mobilitätserfordernisse und -bedürfnisse auswirken.

All das führt dazu, dass bislang (noch) typische Pflegearrangements, bei denen vor allem *eine* Person und zwar meist die Tochter, die Schwiegertochter, die Partnerin oder der Partner, gegebenenfalls mit Unterstützung eines ambulanten Dienstes, die Hauptlast der Pflege und Betreuungsarbeit trägt, weiter zurückgehen werden. Das trifft den Nerv der Ambulantisierungsstrategie. Denn auch professionelle Angebote greifen, so wie sie bislang angelegt sind, oft nur, wenn zugleich eine Hauptpflegeperson im Hintergrund ist. Das gilt insbesondere wenn neben der somatischen Pflege eine zeitaufwändige Betreuung bzw. zeitlich nur schwer kalkulierbare Akuthilfen notwendig sind. Derartige Aufgaben sind, wenn sie von regulär bezahlten Kräften übernommen werden, mit hohen Kosten verbunden. Eine versicherungs- bzw. sozialleistungsrechtlich geregelte Finanzierung von entsprechenden Versorgungsansprüchen aber scheint nur bedingt möglich. Schon jetzt ist absehbar, dass mit der demographischen Entwicklung einer weiter wachsenden Anzahl von Anspruchsberechtigten immer weniger Beitrags- bzw. Steuerzahler gegenüber stehen. Damit spitzt sich die Refinanzierungsproblematik noch mehr zu. Es sei denn, es gelingt, in dieser Hinsicht neue Quellen zu erschließen.

Sich auf eine wachsende Vielfalt von häuslichen Pflegearrangements einstellen

Natürlich wird man bestrebt sein, wo immer sich Ansatzpunkte bieten, auch weiterhin häusliche Konstellationen, bei denen primär eine Person die Hauptlast der Pflege und Betreuung trägt, zu unterstützen und zu entlasten.

Das Potential aber, aus dem sich ein solcher Personenkreis rekrutieren könnte, wird, wie erläutert, kleiner (vgl. dazu den Beitrag von Baldo Blinkert in diesem Band, S. 34ff.). Schon deswegen wird man sich nach neuen Ressourcen umsehen müssen. Unter dem Druck der Verhältnisse zeichnet sich ohnehin eine wachsende Vielfalt von häuslichen Pflegearrangements ab. Denn wer weder eine Heimunterbringung ins Auge fasst, noch bereit oder in der Lage ist, den Löwenanteil einer häuslichen Pflege zu tragen, muss sich notgedrungen etwas einfallen lassen. An diesen aus der Not und in lebensweltlichen Kontexten sich entwickelnden Varianten von Pflegekonstellationen ist anzuknüpfen. Sie gilt es, will man das zurückgehende Potential von pflegenden Angehörigen ausgleichen, stark zu machen. Auf sie wird man sich künftig viel differenzierter und systematischer einstellen müssen. Das wiederum erfordert, wie noch zu zeigen ist, andere Konzepte und Praxen, andere Orientierungen und Akzentuierungen.

Gedacht ist beispielsweise an Pflegearrangements, bei denen vor allem die zeitaufwändige Präsenz und Betreuung auf mehrere Schultern verlagert wird; bei denen neben den Angehörigen und professionellen Diensten auch Freunde, Bekannte, Nachbarn und ehrenamtlich Engagierte einbezogen sind. Mithin wird man es künftig häufiger mit Pflegearrangements zu tun haben, die relativ komplex sind. Denn unter den Voraussetzungen, die mit der demographisch-gesellschaftlichen Entwicklung absehbar sind, werden häusliche Pflegearrangements vielfach wohl nur noch zustande kommen, wenn den hier engagierten Angehörigen auch noch Spielraum für andere Interessen und Aufgaben wie z.B. für eine berufliche Tätigkeit verbleibt. Umso mehr wird man bei einer Pflege und Betreuung im häuslichen Rahmen auf weitere Helfer/innen und Hilfeinstanzen angewiesen sein: auf professionelle Kräfte, in zunehmendem Maße aber auch auf ehrenamtlich Tätige und informelle Hilfekontexte im Wohnumfeld.

Eine größere Rolle wird künftig auch „die Pflege aus der Ferne“ spielen. Gemeint ist, dass sich Angehörige, die weiter weg wohnen, um ein Pflegearrangement kümmern, dieses aber, gegebenenfalls mit Hilfe eines vor Ort eingesetzten Fallmanagements, von ihrem entfernt liegenden Wohnsitz aus regeln.

Schließlich sind in zunehmendem Maße Hilfekonstellationen zu erwarten, die sich im Kontext von neuen Wohnformen ergeben könnten, mit denen sich ältere Menschen einen Lebenszusammenhang schaffen, in dem sie

sich vielleicht auch im Pflegefall besser aufgehoben fühlen. Noch wird von Mitwirkenden derartiger Initiativen zwar immer wieder betont, dass die Hoffnung, auch im Falle einer Pflegebedürftigkeit besser versorgt zu sein, nicht ein primäres Motiv ist, im Alter mit neuen Wohn- und Lebensformen zu experimentieren. Hintergründig mag dieser Gedanke aber durchaus im Spiel sein.

Mehr und systematischer organisierte Austauschgelegenheiten könnten sich auch mit so genannten „Anspar- oder Gutscheinmodellen“ ergeben. Hierbei wird es in einer institutionell unterstützten Form ermöglicht, dass ehrenamtliches Engagement im Gegenzug durch ebenfalls ehrenamtlich erbrachte Leistungen von anderen entgolten werden kann. So können sich sozial engagierte Bürger in ihrer aktiven Zeit gewissermaßen Leistungsansprüche „ansparen“, die dann später, etwa wenn sie als ältere und pflegebedürftige Menschen selbst einen größeren Unterstützungsbedarf haben, durch ehrenamtlich erbrachte Hilfeleistungen von anderen kompensiert werden. Auf diese Weise können die dann Engagierten ihrerseits Gutscheine für vergleichbare Hilfeleistungen erwerben.

Begünstigt werden derart institutionell und damit relativ verbindlich geregelte Austauschbeziehungen beispielsweise mit den als Siedlungskonzeption angelegten „Mehrgenerationenprojekten“. Auch mit ihnen versucht man lebensweltlich nahe liegende Unterstützungsleistungen auf eine verlässlichere Basis zu stellen. Ältere springen beispielsweise bei jungen Familien in der Kinderbetreuung ein, dafür helfen Jüngere den Älteren bei Besorgungen und kleineren Reparaturen oder gegebenenfalls auch später – in zeitlich versetzter Perspektive und auf der Basis von nun gewachsenen Bindungen – im Falle einer Pflegebedürftigkeit. Dazu böte die Teilhabe an Anspar- bzw. Gutscheinmodellen eine zusätzliche Absicherung von entsprechenden Ansprüchen und Austauschbeziehungen.

Wir brauchen eine sozialökologisch ausgerichtete Pflegeinfrastruktur und -kultur

Mit diesen beispielhaft skizzierten Komponenten, die bei den künftig zu erwartenden bzw. zu entwickelnden Pflegearrangements eine größere Rolle spielen, kommt es also vor allem auf eine Erweiterung des Spektrums von lebensweltlichen Einbindungen, Teilhabemöglichkeiten und die Induzierung von Austauschbeziehungen an. Mithin wird man, wenn man Pflegearrange-

ments, die sich auch jenseits des bislang dominierenden Typs – „eine Hauptpflegeperson, die punktuell von professionellen Diensten unterstützt wird“ – anregen und optimieren will, viel systematischer als bislang die Ressourcen des sozialen Raumes nutzen und fördern müssen. Das gilt erst recht, wenn neben der Reaktion auf bereits eingetretene Pflegebedürftigkeit präventiv wirksame Auffangmöglichkeiten begünstigt und ausgebaut werden sollen.

Wir brauchen, so lässt sich diese Vision auf den Punkt bringen, eine stärker sozialökologisch ausgerichtete Pflegeinfrastruktur und -kultur! Pflegeentwicklungspolitik darf sich nicht nur auf eine Ausdifferenzierung von Maßnahmen und Angeboten von einschlägigen Hilfeeinrichtungen konzentrieren. Sie muss sich mehr noch als bislang als Teil einer Politik des sozialen Raumes verstehen, mit der Selbsthilfemöglichkeiten und informelle Hilfestrukturen im Rahmen sozialer Alltäglichkeit erkannt, genutzt, gezielt angebahnt, institutionell gestützt und mit dem formell-professionell organisierten Hilfesystem verzahnt werden.

Ich will nicht von einem neuen Paradigma reden; eher von einer deutlicheren Akzentuierung und konsequenteren Umsetzung sozialökologischer Ansätze. Es geht um eine Weiterentwicklung und Ergänzung, bei der man sich auf eine medizinisch-somatisch bereits gut entwickelte und weiter sich kontinuierlich verbessernde Pflege stützen kann. Im Übrigen sind eine Reihe der hier wichtigen Aspekte programmatisch durchaus schon auf dem Schirm und zum Teil schon ansatzweise erprobt. Noch aber ist vieles nicht umgesetzt. Das grundlegende Repertoire von sozialökologischen Ansätzen, das in jüngster Zeit auch in theoretisch-konzeptioneller Hinsicht weiterentwickelt wurde, ist mit Blick auf die Pflege noch lange nicht ausgeschöpft.

Die Chancen, dass die sozialökologische Perspektive an Konturen gewinnt, sind günstig. Denn die hier wichtigen Komponenten in der Wahrnehmung von Bedarfslagen, autonomer Selbsthilfe und Teilhabemöglichkeiten werden mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff ohnehin ins Zentrum der fachlichen und politischen Aufmerksamkeit rücken; und mit ihnen die Nutzung und Förderung der Ressourcen des sozialen Raumes.

Essentials einer sozialökologisch ausgerichteten Pflegeinfrastruktur

Was sind die Essentials einer solchen Perspektive? Hier sind zwei grundlegende, wechselseitig sich ergänzende Aspekte hervorzuheben: Einerseits die räumlich-technischen Möglichkeiten einer für Pflegebedürftige und Pflegenden optimierten Wohnraum- und Wohnumfeldgestaltung und andererseits die „soziale Architektur“. Mit Letzterer rückt die Formierung und Kultivierung von Austauschbeziehungen in den Blickpunkt: Im persönlichen Bekanntenkreis der Pflegebedürftigen, in der lokalen Gemeinschaft eines Wohnquartiers, aber auch hinsichtlich der Frage, wie in einer individualisierten Gesellschaft übergreifende und damit notwendigerweise abstrakte, von unmittelbar personenbezogenen Bindungen losgelöste Solidarität zu organisieren ist; etwa im Rahmen einer Versicherungsgemeinschaft. Wenn es gelingt, diese beiden Dimensionen einer sozialökologisch orientierten Pflegeinfrastruktur-entwicklung – die räumlich-technischen Möglichkeiten *und* die soziale Architektur von Austauschbeziehungen – systematisch zu entwickeln, könnte, so die Überlegung, auch ein größerer Teil der zeitaufwändigen Betreuung bereits im Vorfeld professionell organisierter Hilfe aufgefangen werden.

Wohnraumanpassung und „intelligente Haustechnik“

Im Einzelfall sind Wohnraumanpassungen vielfach nur reaktiv vorzunehmen; eben um Schwellen, schmale Türen, enge Flure und alles, was die Bewegungsfreiheit von Menschen, die beispielsweise auf den Rollstuhl angewiesen sind, beeinträchtigt, im Nachhinein zu beseitigen. Hier wird man sich allerdings, weil Veränderungen im Bestand oft sehr aufwändig sind, vielfach auf „barrierearme“ Lösungen beschränken müssen. Besser wäre es natürlich, wenn von vornherein barrierefrei gebaut wird und diese Maßgabe strukturell verankert ist. Das wird zwar nicht überall, aber in einem größeren Ausmaß als bislang möglich sein; vor allem wenn sich Wohnungsbau- und Siedlungsgesellschaften dieses Anliegen zu eigen machen und es gelingt, auch private Bauherren von der Sinnhaftigkeit dieses Aufwands zu überzeugen bzw. entsprechende Anreize zu setzen. Zumindest sind so genannte „Insellösungen“ anzustreben. Gemeint ist die prinzipielle Verfügbarkeit von einzelnen barrierefreien Wohnungen unmittelbar im Quartier, die dann bedarfsweise in Anspruch genommen werden können. Dann wäre zwar ein Wohnungswechsel, aber keine „Verpflanzung“ in eine völlig neue Umgebung notwendig, was wiederum der Aufrechterhaltung von eingespielten Gewohnheiten und Beziehungskonstellationen entgegenkommt.

Mit der Nutzung von neuen Informationstechnologien („intelligente Haustechnik“) ergeben sich zusätzliche Möglichkeiten einer kommunikativen Einbindung von Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen. Damit erweitern sich die prinzipiellen Spielräume für eine autonome Alltagsgestaltung und Teilhabe an der Gemeinschaft. Es erschließen sich aber auch neue Formen der Betreuung und medizinischen Versorgung. Beispiele für „intelligente Haustechnik“ sind die telematischen Möglichkeiten von bildtelefonischen Kontakten und eines Monitorings von Pflegebedürftigen, die Übermittlung von Körpersignalen, Befindlichkeiten und Vitalparametern sowie der Einsatz von Ortungshandys, die in und außerhalb der Wohnung genaue Standortinformationen vermitteln, so dass im Bedarfsfall umso schneller und gezielter Hilfe organisiert werden kann. Weitere Möglichkeiten ergeben sich mit der elektronischen Ermittlung und Berechnung von Durchschnittswerten zu typischen Aktivitäten und Bewegungen im Tagesablauf. Auf dieser Basis sind dann sehr schnell auffällige Abweichungen zu erkennen, auf die Angehörige oder andere Personen, mit denen diese Daten zurückgekoppelt werden, reagieren können.

Die Technik wird allerdings – es ist schon angeklungen - nur dann von praktischem Nutzen sein, wenn sie in ein umfassenderes Dienstleistungskonzept eingebunden ist; wenn zugleich Ansprechpartner zur Verfügung stehen, die den Technikeinsatz anleiten und begleiten; wenn sicher gestellt ist, dass im Bedarfsfall prinzipiell informierte Bezugspersonen – Ärzte, ambulante Dienste oder auch Sicherheitsdienste – schnell reagieren und Hilfe organisieren können. Es geht bei derartigen Innovationen um unmittelbare Mensch-Technik-Beziehungen, es geht aber auch um eine möglichst „organische“ Einbindung von Technikelementen in das gesamte, für die Pflegebedürftigen relevante Interdependenzgefüge. Mithin kommt es auf eine Verschränkung von sozialen und technischen Netzwerken an. Die Technik mag menschliche Kontakte und damit vielleicht auch persönliche Zuwendung erleichtern, ein Surrogat für die Beziehung von Mensch zu Mensch ist sie nicht.

Innovativ und „intelligent“ sind die Technologien also vor allem dann, wenn sie möglichst viel von der Logik des sozialen Systems, in das Hilfebedürftige eingebunden sind bzw. einzubinden wären, in die technische Logik aufnehmen bzw. sich in reflektierter Weise darauf beziehen. Umso wichtiger ist es, typische Verwendungskontexte von potentiellen „Pflegearrangements“ möglichst schon im Prozess der Technikentwicklung zu berücksichtigen und eine bereits entwickelte Technik im Kontext realitätsnaher Pflegearrangements zu

überprüfen. Das gilt selbstredend auch für die Klärung ethischer Fragen, die von Anfang an mitzureflectieren sind, wenn ein datenrechtlich bedenklicher Missbrauch ausgeschlossen werden soll bzw. zunächst einmal datenrechtliche Grundlagen zu schaffen sind.

Die Sondierung und Entwicklung der „sozialen Architektur“ von Pflegearrangements

Im Kontext einer sozialökologischen Perspektive sind die räumlich-technischen Möglichkeiten Medium und Teil von häuslichen Pflegearrangements, die ihrerseits, wie geschildert, als sozial konstituierte Interdependenzgefüge zu verstehen sind. Damit rücken die pflegerrelevanten Beziehungskonstellationen, Austauschbeziehungen und Selbsthilfepotentiale in den Blickpunkt; die im unmittelbar häuslichen Rahmen aber auch die im sozialen Umfeld eines Wohnquartiers. Ihren Realitätsgehalt, ihre Dynamik und ihr Entwicklungspotential gilt es zu erkennen und einzuschätzen. Das ist der Stoff, aus dem die auch für eine medizinische und pflegerische Versorgung wichtigen Arrangements ihre Handlungsmöglichkeiten, ihre Energien, ihr soziales Kapital, ihre Ressourcen beziehen. Daran ist anzuknüpfen, wenn tragfähige Pflegearrangements gezielt angebahnt, gestützt und entwickelt werden sollen – fallbezogen aber auch mit Blick auf eine übergreifende Kontextsteuerung, die für bessere Voraussetzungen und Rahmenbedingungen sorgt.

Zu dieser Sondierung gehört eine Erkundung der Befindlichkeiten, der Selbst- und Problemsicht von Pflegedürftigen und ihrer Angehörigen, ihrer Beziehungsnetzwerke und der Art, wie sie sich mit ihrem Schicksal auseinandersetzen. Hierbei mögen auch die jeweiligen Alltagsgewohnheiten und Lebenserfahrungen, mithin biographische Aspekte eine prägende Rolle spielen. Aus all dem ergeben sich wichtige Anhaltspunkte für die Einschätzung des Selbsthilfepotentials und der Ressourcen im sozialen Nahraum, die dann umso gezielter im Hinblick auf ihre Stimmigkeit und Tragfähigkeit zu überprüfen und zu erschließen wären. Derartige Einblicke und Einschätzungen gewinnen meist erst im Zuge eines ausführlicheren Beratungsprozesses an Konturen. Diesem kommt angesichts der Komplexität und Unübersichtlichkeit des Hilfesystems ohnehin zunehmende Bedeutung zu. Darauf hat man nicht zuletzt mit einer gesetzlichen Verankerung des Anspruchs auf Pflegeberatung reagiert; ein Anspruch, dem man insbesondere im Rahmen

der neuen Pflegestützpunkt-Konzeption gerecht werden will (siehe dazu die entsprechenden Beiträge in dieser Tagungsdokumentation, S. 109-168).

Die hier anstehende Beratung kann sich in vielen Fällen nicht nur in der Weitergabe von Information erschöpfen. Sie wird sich, schon wegen des wachsenden Bedarfs an Unterstützung bei der Bewältigung emotional nahe gehender Betroffenheiten und bei entsprechend schwierigen Entscheidungssituationen in zunehmendem Maße wohl auch als personennahe Begleitung und mitunter als Empowerment und Konfliktmanagement verstehen müssen. Bei solchen Prozessen werden sich die Berater/innen ohnehin tiefer in die räumlichen Verhältnisse und sozialen Beziehungskonstellationen der Ratsuchenden hineinversetzen müssen. Umso eher können sie ein Gespür entwickeln, wo es Ansatzpunkte für Selbsthilfemöglichkeiten gibt, welche Hilfe und Helferkonstellation sich im konkreten Fall als tragfähig erweisen könnten, wie diese in möglichst dosierter aber gut abgestimmter Weise mit weiteren Hilfekontexten, mit professioneller Hilfe bzw. mit Versicherungs- und Sozialleistungen zu ergänzen und zu verzahnen wären. Damit wird zugleich deutlich, wie wichtig es ist, dass Hilfeangebote flexibel und bedarfsweise auch kleinteilig in Anspruch genommen werden können, dass sie niedrigschwellig erreichbar sind und auch so genannte „weiche“ Betreuungsleistungen bereithalten. Umso gezielter können Hilfeangebote an lebensweltlich und vorgängig bereits konstituierte Kontexte anknüpfen, diese ergänzen und in ihrer originären Handlungslogik zur Geltung bringen.

Die in Beratungsprozessen gewonnenen Informationen und Eindrücke bieten, wenn sie entsprechend dokumentiert und in typisierender Weise aufbereitet werden, zugleich mancherlei Hinweise auf Versorgungslücken, woraus sich wiederum Ansatzpunkte für die Weiterentwicklung von Hilfeangeboten bzw. für Gelegenheitsstrukturen ergeben, die Selbsthilfe und Austauschbeziehungen begünstigen.

Die Kunst, komplexe Pflegearrangements zu komponieren und zu „pflegen“

Wie schon angedeutet, werden sich unter dem Druck der Verhältnisse ohnehin neue Problemlösungen und damit auch bislang noch wenig übliche Pflegearrangements formieren. Sie gilt es, wenn sie tragfähig scheinen, zu stabilisieren und funktionsfähig zu halten. Andererseits wird es vielfach darauf ankommen, erst einmal derartige Hilfekonstellationen zustande zu bringen. Für ihre Induzierung, Entwicklung und Steuerung bedarf es mitunter

eines Fallmanagements oder gar einer detailliert geregelten Einsatzplanung im engeren Sinn; insbesondere wenn relativ komplexe Pflegearrangements mit einer größeren Zahl von Akteuren erforderlich sind. Mit ihnen kommen unterschiedliche Handlungsperspektiven, Ansprüche, Interessen und Gratifikationserwartungen ins Spiel, die letztlich „unter einen Hut zu bringen“ und auszubalancieren sind: Die von primären Bezugspersonen, die von professionellen Helfer/innen, die von ehrenamtlich Engagierten, die von erwerbsförmig in der Pflege tätigen Laien.

Noch komplexer wird es, wenn man bedenkt, dass auch innerhalb dieser verschiedenen Akteursgruppen höchst unterschiedliche Handlungsperspektiven, Erwartungen und Motive wirksam werden. Die Angehörigen eines Pflegebedürftigen stehen zum Beispiel nicht selten in einem konflikthaften Spannungsverhältnis zueinander; etwa weil sie unterschiedliche Auffassungen haben, was in ihrem Fall eine gute bzw. angemessene Pflege ausmacht und/oder weil eine als „ungerecht“ empfundene Verteilung von Engagementpflichten zwischen den Familienmitgliedern die Gemüter erregt; weil der Einsatz von besonders Engagierten von den anderen nicht die erwartete Anerkennung und Würdigung erfährt. Auch bei den ehrenamtlich in Pflegehaushalten Engagierten ist mit einem breiten Spektrum von Persönlichkeiten und Handlungsperspektiven zu rechnen. Hier fallen nicht nur die unterschiedlichen Fähigkeiten und Verfügbarkeiten ins Gewicht, sondern auch unterschiedliche Motive und Gratifikationserwartungen. Mal steht eine altruistische Grundhaltung bzw. ein in traditionellen Werten begründetes Pflichtbewusstsein im Vordergrund, mal wird ehrenamtliches Engagement vor allem als Herausforderung geschätzt, die eigene Persönlichkeit zu erproben und weiter zu entwickeln. Für andere wiederum ist die Chance, beruflich wichtige Erfahrungen zu sammeln und so seine Aussicht auf einen Job zu verbessern, ein ausschlaggebender Grund, sich auf freiwilliger Basis zu engagieren. Mal ist das Bedürfnis nach symbolischer Anerkennung Anreiz genug, mal lockt und motiviert eine geringe, aber im konkreten Fall dennoch lukrativ erscheinende Aufwandsentschädigung. Die Übergänge zwischen unentgeltlicher und erwerbsähnlicher Arbeit sind durchaus fließend. Auch unter denjenigen, die eindeutig als Erwerbstätige in der häuslichen Pflege arbeiten, wächst die Heterogenität; nicht nur weil hier fachlich unterschiedliche Professionen zu Gange sind, sondern auch weil sich das Spektrum von Formen der Entlohnung und beruflichen Verankerung erweitert. So werden wir es in zunehmendem Maße mit einer Art Grauzone zu tun haben, die sich

zwischen legaler Berufstätigkeit, halblegaler Saisonarbeit mit Touristenvismus und allseits geduldeter Schwarzarbeit bewegt.

Wie auch immer, mit der prinzipiell erwünschten Vielfalt von häuslichen Pflegearrangements wird sich eine viel größere Variationsbreite von Engagementformen und Hilfekonstellationen herausbilden. Diese sind einerseits zu unterstützen, andererseits bedürfen sie mitunter aber auch einer kritischen Begleitung und professionellen Steuerung. Mit ihnen kommen neue Ressourcen, aber auch neue Probleme und Fragen ins Spiel. Hier sind pragmatische Lösungen gefordert, sicherlich aber auch Überlegungen grundsätzlicher Art. Das tangiert die Qualitätssicherung und Verbrauchersouveränität. Das betrifft arbeits- und sozialrechtliche Fragen, die über den Horizont von eingespielten Zuständigkeiten und den Bereich der Pflege hinausführen.

Die Kultivierung des sozialen Raumes im Wohnquartier

Schließlich wird man bei einem stärker sozialökologisch akzentuierten Versorgungsverständnis einen Blick für die Ressourcen des sozialen Raumes im weiteren Umfeld entwickeln müssen. Denn auch im Wohnquartier können sich stützende Austauschbeziehungen ergeben, die häusliche Pflegearrangements direkt oder indirekt ergänzen bzw. Angehörige entlasten. So wird z.B. manches leichter,

- wenn es eine für die tägliche Versorgung und Mobilität gute, mithin auch zeitsparende Infrastruktur gibt;
- wenn pflegende Angehörige über den familiären Kontext hinaus Kontakte haben und Aktivitäten nachgehen, die sie als Ausgleich für die häusliche Beanspruchung empfinden;
- wenn sich über den häuslichen Rahmen hinaus Gesprächsgelegenheiten ergeben, bei denen Pflegebedürftige und pflegende Angehörige in emotional nahe gehenden Fragen Zuspruch und Rückhalt finden und sich so auch auf diese Weise Entlastung verschaffen können;
- wenn das Wohngebiet neben institutionellen Angeboten auch hinsichtlich des allgemeinen Verständnisses der Menschen, die hier leben, besser auf alte und pflegebedürftige Menschen eingestellt und eingestimmt ist.

In diesem Sinn ergänzende Austauschbeziehungen ergeben sich beispielsweise

- im Kontext von Nachbarschaftsbeziehungen, Vereinsaktivitäten und Kommunikationsgelegenheiten;
- mit den verschiedenen Gelegenheiten zu ehrenamtlichem Engagement, die sich, wie z.B. Besuchsdienste, Gesprächskreise und andere Formen der Betreuung und Alltagsbegleitung auf alte und pflegebedürftige Menschen bzw. Angehörige beziehen;
- mit einer besonderen Sensibilisierung von Personen, die, wie Apotheker, Friseure, Fußpflegedienste, Postboten, Polizisten oder auch ortsbekannte Persönlichkeiten immer wieder mal beiläufig mit alten und hilfebedürftigen Menschen zu tun haben. Derart informell verästelte Netzwerke können dafür sorgen, dass sich zum Beispiel auch Demenzkranke besser im öffentlichen Raum bewegen können; eben weil es mehr Menschen gibt, die prinzipiell auf sie und eine mögliche Verhaltensproblematik eingestellt sind; Menschen, die ihnen situativ helfen können und insgesamt zum Ausdruck bringen, dass die Begleiterscheinungen von Demenz und altersbedingten Beeinträchtigungen anderer Art in unserer Gesellschaft nun einmal zum Alltag gehören und daher zu akzeptieren sind („Irren ist menschlich“);
- mit gemeinschaftlich organisierten Wohnprojekten, durch die sich über den traditionellen familiären Rahmen hinaus Lebenszusammenhänge entwickeln, in denen die Betroffenen vielleicht auch im Betreuungsfall mehr Rückhalt und Unterstützung erwarten können;
- mit systematisch organisierten und institutionell gestützten Austauschgelegenheiten, wie sie sich etwa im Rahmen von so genannten Ansparg- und Gutscheinmodellen ergeben.

Die Verdichtung von Austauschbeziehungen, von wechselseitigen Bindungen und Verpflichtungen, die Bereitschaft zu sozialem Engagement lässt sich nicht so ohne Weiteres planen oder gar verordnen. Gleichwohl kann die Politik im Zusammenwirken mit der Öffentlichkeit ein günstiges Klima für derartige Gelegenheitsstrukturen und Aktivitäten schaffen. Ob das gelingt, hängt nicht zuletzt von der Verwurzelung der Menschen in *ihrem* Wohngebiet und damit von gewachsenen Beziehungsstrukturen ab, die ihrerseits durch baulich-räumliche Gegebenheiten, durch das Wohnangebot und, damit einhergehend, die Sozialstruktur mehr oder weniger begünstigt werden. Wenn sich beispielsweise in der lokalen Bevölkerungsstruktur eine „gesunde

Mischung“ ergibt, mögen intergenerative Kontakte und Austauschbeziehungen wahrscheinlicher werden. Damit ist der Bezug zu einer auf längerfristige Zeithorizonte angelegten Sozial- und Stadtentwicklungsplanung, zu der allgemein zuständigen Stadtteil- und Gemeinwesenarbeit bzw. zu einem in diesem Kontext implementierten Quartiermanagement offensichtlich. Mit „sozialraumbezogen“ ist also mehr gemeint, als dass Pflege und Betreuung im Quartier angeboten wird. Es geht vielmehr um einen integrativen Verknüpfungsmechanismus, mit dem eine positive Wechselwirkung, eine Art Synergieeffekt zwischen räumlich-technischen Strukturen, lebensweltlichen Entfaltungsmöglichkeiten und Identifikationen mit sozialen Orten, zwischen Beziehungskonstellationen und Dienstleistungen zustande kommt.

Sozialraumorientiertes Arbeiten mag bis zu einem gewissen Grad durchaus als eine Technik im Sinne einer Methode zu verstehen sein, letztlich geht es aber auch um eine Haltung und Sichtweise im weitergehenden Sinn. Es geht um die mehr oder weniger intuitive Wahrnehmung und Nutzung lebensweltlich gewachsener Bindungen, Identitäten und Beziehungskonstellationen, die mit dem lokalen Raum verbunden sind und in vielerlei Hinsicht als vertraute und Sicherheit gebende Strukturierung von Situationen erlebt werden. Es geht um Gelegenheitsstrukturen, mit denen Selbsthilfe, solidarische Austauschbeziehungen und so auch bürgerschaftliches Engagement wahrscheinlicher werden.

Fallübergreifende Kontextsteuerung

Es liegt in der Natur der Sache, dass mit einer sozialökologisch konzipierten Pflegeinfrastruktur Vorleistungen an Bedeutung gewinnen, die sich nicht so leicht, wie etwa Anspruchs-Leistungsbeziehungen im Versicherungsgeschäft, individuell zuordnen lassen. Das gilt erst recht, wenn es hierbei auch darum geht, den Boden für präventiv wirksame Hilfe- und Austauschbeziehungen zu bereiten und Personen ohne Pflegestufe zu unterstützen. Insofern werden derartige Aufgaben wohl eher von der öffentlichen Hand, von den Pflegekassen und/oder von gemeinnützigen Organisationen zu tragen sein (wobei letztere allerdings meist ihrerseits auf eine Finanzierung aus öffentlichen Mitteln angewiesen sind). Das ist mit ein Grund, weshalb die Kommunen und, was übergeordnete Rahmenbedingungen und Finanzierungsmöglichkeiten angeht, auch der Sozialstaat, bei der Umsetzung einer sozialökologisch inspirierten Versorgung von Pflegebedürftigen gefordert

sind, wenn auch in anderer Weise als in der Zeit vor Einführung der Pflegeversicherung. Das gilt z.B. in Bezug auf

- eine sozialrechtliche Absicherung der Vereinbarkeit von Pflege und Berufstätigkeit. Denn nur dann ist zu erwarten, dass sich zumindest perspektivisch der Kreis von pflegenden Familienmitgliedern wieder in einem nennenswerten Ausmaß erweitert;
- die Einrichtung von Kontakt- und Vermittlungsstellen (Freiwilligenagenturen, Seniorenbüros usw.), mit deren Hilfe Engagement- und Hilfebedürfnisse zueinander finden, abgeklärt und aufeinander abgestimmt werden können;
- die Kultivierung des Nährbodens, auf dem informelle Hilfebeziehungen bzw. bürgerschaftliches Engagement wachsen und gedeihen;
- eine Wohnraum- und Wohnumfeldpolitik, mit der sich die räumlichen Voraussetzungen für eine Entfaltung von Selbsthilfemöglichkeiten und Austauschbeziehungen zwischen den Generationen verbessern. Das tangiert auch die Gestaltung von Siedlungsstrukturen, den Ausbau der sozialen Infrastruktur, bis hin zur Verkehrs- und Stadtentwicklungspolitik im weiteren Sinn;
- die Ausdifferenzierung von Berufs- und Tätigkeitsfeldern, die mit einer stärker sozialökologisch ausgerichteten Pflegeinfrastruktur an Bedeutung gewinnen (Beratung, Fall-, Alltags- und Mitarbeiterbegleitung, Moderation, Vernetzung, Sozialplanung, Kooperation mit informellen Hilfestrukturen usw.);
- die Verankerung von Aus- und Weiterbildungs-konzeptionen bzw. Personalentwicklungsmaßnahmen, über die die dazu wichtigen Kompetenzprofile und Schlüsselkompetenzen gefördert werden. Dabei ist auch an die Anleitung und Schulung von Angehörigen und ehrenamtlichen Mitarbeiter/innen zu denken, was sich ja seinerseits in den Kompetenzprofilen von professionellen Mitarbeiter/innen widerspiegeln muss;
- die Lohnpolitik, Arbeitsbedingungen und Gesundheitsförderung, die dazu beitragen, dass der Pflegeberuf auch bei wachsenden Anforderungen für kompetentes Personal attraktiv bleibt;
- politische Initiativen und schließlich auch praktikable Regelungen, die es Kommunen und Kassen ermöglichen bzw. sie ermuntern,

- sich stärker auf eine sozialökologische Handlungsperspektive einzulassen und in diesem Zusammenhang auch systematischer als bislang
- fallübergreifende Aufgaben der Infrastrukturentwicklung wie z.B. Bestandsaufnahmen, Planungs-, Monitorings- und Vernetzungsaufgaben, die Organisation von Beteiligungsprozessen wahrzunehmen.

Bei der Forcierung dieser Entwicklung könnten künftig insbesondere die sich etablierenden Pflegestützpunkte eine wichtige Rolle spielen. Voraussetzung ist jedoch, dass sie sich über eine individuelle Beratung und Fallbegleitung hinaus um die Vernetzung auf der institutionellen Ebene kümmern und die Strukturentwicklung eines auf die örtlichen Verhältnisse abgestimmten Pflege- und Betreuungsangebots vorantreiben. Dazu brauchen sie Kompetenz und Legitimation. Letztere wird sich nur ergeben, wenn praktikable, und das heißt immer auch *akzeptierte*, Lösungen für das Grundproblem „Trägerneutralität“ gefunden werden. Nur dann kann es gelingen, eine nachhaltige Kooperation und Vernetzung zwischen den relevanten Institutionen und Akteuren herbeizuführen. Nur so ist ein sich bis in die informellen Hilfestrukturen hinein verästelndes Pflege- und Betreuungssystem im Interesse einer ganzheitlich-integrativ angelegten Fallbearbeitung wieder zusammenzuführen. Nur auf diese Weise ist sicher zu stellen, dass fallbezogen wichtige Hilfeangebote auch tatsächlich verfügbar sind und sich an der Logik von falltypisch erforderlichen Hilfeketten entlang weiterentwickeln. Nur dann ist zu erwarten, dass die lokal wichtigen Akteure der Pflegepolitik in diesen Fragen eine im Großen und Ganzen gemeinsam akzeptierte Linie verfolgen, was wiederum die Chancen steigert, sich in Erfolg versprechender Weise in den weiteren Kontext der kommunalen Sozialpolitik und Daseinsvorsorge einbringen.

Vermutlich sind die vielen Konflikte, die von der Konkurrenzfiguration auf dem Pflegemarkt und vom Verbandspluralismus ausgehen und das Zusammenwirken beeinträchtigen könnten, aber nur zu entschärfen, wenn es auch zwischen den beteiligten bzw. zu beteiligenden Akteuren und Institutionen zu einer konfliktverträglichen Kooperationskultur kommt. Das wiederum hängt von den soziokulturellen, regional höchst unterschiedlichen Voraussetzungen ab – von den örtlich jeweils spezifischen Interessenkonstellationen und Beziehungen zwischen konkurrierenden Verbänden bzw. Pflegekassen und mitunter auch von traditionell verwurzelten Politikmustern, die für die Involvierten so selbstverständlich sind, dass sie gar nicht mehr so

ohne Weiteres verständlich und einer (selbst-)kritischen Reflexion zugänglich sind. Ob es, wenn auch erst perspektivisch zu einer erquicklichen Zusammenarbeit zwischen den funktional geforderten Netzwerkpartnern kommt, ist nicht nur eine Frage verfahrensförmiger Absprachen und vertraglicher Vereinbarungen, sondern vor allem das Ergebnis einer gemeinsamen Anstrengung und Erfahrung, mit der sich die örtlichen Kräfte einen zu ihrer Situation und (Interessen)konstellation passenden Weg suchen. Nur so, mit der schrittweisen Vergewisserung über letztlich positiv bilanzierte Erfahrungen, ist Vertrauensbildung und damit Legitimation möglich. Nur dann funktioniert das für eine gute Netzwerkarbeit charakteristische Zusammenspiel von personenbedingtem Vertrauensvorschuss, Strukturbildung und Vertrauen in die auf diese Weise geschaffenen Strukturen.

Skepsis, Realitätssinn und der „Mut zum Sprung“

Natürlich hört man schon, wie die vielen Bedenkenräger „mit den Hufen scharren“, wenn, wie hier, für das zugegebenermaßen noch recht unausgegrenzte Konzept einer sozialökologisch orientierten Pflegeinfrastruktur plädiert wird: „Alles zu weich, zu vage, nicht wirklich greifbar!“, „Passt nicht zu den eingespielten Zuständigkeiten und Finanzierungsregelungen!“, „Gut gemeint, aber ‚Luftschlösser‘“, „Konzepte, die ‚auf Sand gebaut‘ sind“.

Diese Einwände sind ernst zu nehmen. Denn eine sozialökologische Umsteuerung ist sehr wohl mit vielen Umstellungsproblemen verbunden und mit diesen werden viele Unklarheiten, Ungereimtheiten und Unzulänglichkeiten zu Tage treten. Schließlich geht es nicht um ein technokratisch handhabbares Handlungskonzept, sondern um neue Denkweisen und Problemsichten, um neue Haltungen und soziokulturell verankerte Orientierungen, die sich erst einmal in den entsprechenden Kompetenzprofilen, Personal- und Organisationsentwicklungsstrategien durchsetzen müssen. Es gibt also gute Gründe, dem Konzept einer stärker sozialökologisch akzentuierten Pflegeinfrastruktur skeptisch gegenüber zu stehen. Vor allem ist die Gefahr groß, dass im Bestreben, die sozialökologische Perspektive zu pushen, ein unrealistisches und damit ein eher kitschiges Bild von den schier unerschöpflich scheinenden Möglichkeiten einer lokalen Solidargemeinschaft an die Wand gemalt wird. Für eine (selbst)kritische Begleitung und eine empirisch-handfeste Überprüfung der sich regenden Initiativen, bei denen mit neuen Formen von Nah- und Fernraumsolidarität experimentiert wird, besteht aller

Grund. Denn vieles, was in dieser Hinsicht bereits als zukunftsfähiges Modell gefeiert wird, hat es in der Tat verdient, erst einmal gegen den Strich gebürstet zu werden.

Bei den Bemühungen um eine Förderung von Pflegearrangements, mit denen mehr als bislang die informellen Austauschbeziehungen und Ressourcen aus lebensweltlichen Kontexten zum Zuge kommen, sollte man sich keine Illusionen machen. In einer individualisierten Gesellschaft ist weder eine solidarische über den familiären Rahmen hinausgehende Hilfe noch ehrenamtliches Engagement selbstverständlich. Beides ist oft an sehr spezifische oder auch zufällige Bedingungen und Konstellationen gebunden, die allerdings in der Regel ihrerseits beeinflussbar sind, wenn auch selten unmittelbar und im Sinne einer technologisch handhabbaren Methode.

Das moderne Verhältnis von Individualisierung und Vergemeinschaftung ist spannungsgeladen aber nicht per se widersprüchlich. Es hat einen ambivalenten Charakter. Auf den ersten Blick scheint der Prozess der Individualisierung dem Bedürfnis nach Bindung und Einbindung entgegenzulaufen. Andererseits macht eine zu weitgehende Individualisierung einsam und verletzlich. Das wird einem nicht zuletzt bewusst, wenn man sich selbst in einer prekären Lebenssituation, wie der einer Pflegebedürftigkeit sieht. Aus diesem Spannungsverhältnis von Individualisierungsbedürfnissen einerseits und drohender Vereinzelung andererseits ergibt sich die Suche nach neuen Formen der Vergemeinschaftung und des Engagements für andere.⁶

⁶ Vgl. auch U. Beck (1996: 44), der betont, dass gerade in einer individualisierten Gesellschaft „die Kunst der freien Assoziation“ an Bedeutung gewinnt. „Auf dem Hintergrund erfolgter Individualisierungsprozesse“ und der „Freiheitserfahrung, welche Verantwortlichkeiten weckt und erneuert“, formieren sich neue Formen der Solidarität und mit diesen eine „Politik von unten, die – in Konkurrenz und Konflikt mit den Institutionen und Akteuren der offiziellen Politik – in Eigeninitiativen das, was als ‚Verantwortung‘ und ‚Gemeinwohl‘ gilt, selbst definier(t)“ (Beck 1996: 42). Mithin geht es hier um die Ausgestaltung dessen, was heutzutage gemeinhin als „Zivilgesellschaft“ bezeichnet wird (zur näheren Qualifizierung von bürgerschaftlichem Engagement als „zivilgesellschaftliches“ siehe auch den weiter unten folgenden Beitrag von Blinkert).

In diesem Zusammenhang ist mit Beck zwischen „Individualisierung“ und „Atomisierung“ zu unterscheiden. „Von ‚Individualisierung‘ kann dort und solange die Rede sein, wie durch die Systembedingungen geschützter Grundrechte die Menschen prinzipiell in der Lage sind, die Widersprüche der Moderne in der Organisation und Orientierung ihres eigenen Lebens und seiner sozialen und politischen Netzwerke zu bewältigen. Demgegenüber zielt der Begriff ‚Atomisierung‘ genau auf den Gegenfall, wo dies von den Systemvoraussetzungen her nicht oder kaum gelingen kann“ (Beck 1996: 42). (Beck, Ulrich (1996): Was hält hochindividualisierte Gesellschaften zusammen? In: Mittelweg 36, 5(1996)1: 33-48).

Schließlich sollte man nicht vergessen, dass sich in einer veränderten gesellschaftlichen Situation die Befindlichkeiten, Interessenlagen und Beziehungskonstellationen der Menschen wandeln, und mit ihnen ihre Opportunitätsüberlegungen. Wenn den Menschen auf breiter Ebene bewusst wird, in welcher fatalen Lage sie später einmal im Falle einer eigenen Pflegebedürftigkeit geraten können, wird auch der Ruf nach neuen Lösungen lauter. Dann, so die Hoffnung, wird die Bereitschaft, sich hierbei tatkräftig zu engagieren und mit neuen Ansätzen zu experimentieren, größer. Das hat sich nicht zuletzt im Kontext einer Reihe der vom Bundesgesundheitsministerium geförderten Modellprojekte gezeigt. Von einigen dieser Beispiele werden wir in den folgenden Beiträgen Näheres erfahren: Über „Mehr Lebensqualität durch Bürgerengagement“, über „Die Rolle der Kommunen im Rahmen einer sozialraumorientierten Pflege“, über „Die Solidarität in vernetzten Strukturen“ und – heute Nachmittag – spezieller über Pflegestützpunkte.

So mag sich aus der Not geboren und beflügelt von sozialen bzw. politisch motivierten Initiativen unterschiedlichster Art, eine wachsende Vielfalt von häuslichen Pflegearrangements herausbilden. Auf sie gilt es, sich in differenzierter Weise einzustellen. Auf der Mikroebene einer fallbezogenen konkreten Unterstützung, auf der Mesoebene einer auf den regionalen Bedarf abgestimmten Pflegeinfrastruktur, auf der Makroebene staatlicher Pflegesicherungspolitik, die sich ja nicht in Pflegeversicherungspolitik erschöpft.

Die Sanduhr läuft. Die Zeit drängt. Der Druck, der sich aus der demographischen Entwicklung, aus der Veränderung traditioneller Familienstrukturen ergibt, wird größer. Das professionell organisierte Hilfesystem aber stößt, schon weil sich die Finanzierungsmöglichkeiten der Sozialkassen nicht beliebig erweitern lassen, auf Grenzen. Die Erschließung neuer Pflege- und Betreuungsressourcen, die das schwindende Potential traditioneller Familienstrukturen zumindest zum Teil kompensieren könnten, scheint unumgänglich. Deswegen bleibt die sozialökologische Akzentuierung der Pflege eine Option; trotz der Ungewissheiten und Unklarheiten, die bei diesem Konzept nach wie vor mitschwingen. Diese sind ein Problem, sie sind aber auch eine Herausforderung, der man sich stellen muss.

Wer die drohende Lücke in der Versorgung von Pflegebedürftigen verringern will, muss „springen“ und sich auf das Abenteuer einer sozialökologischen Perspektive einlassen! Eine Alternative ist nicht in Sicht.

Themenschwerpunkt: Bürgerschaftliches Engagement – Beitrag und Chancen der Kommunen

2. Prof. Dr. Baldo Blinkert, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

Solidarität und bürgerschaftliches Engagement

Meine sehr geehrten Damen und Herren,

ich fange etwas allgemeiner an. Sie werden aber bald merken, dass meine Ausführungen einen engen Bezug zur Pflege thematik haben; insbesondere auch zu dem sozialökologischen Ansatz, der in dem vorausgehenden Vortrag so ausführlich charakterisiert wurde.

„Bürgerschaftliches“ oder „zivilgesellschaftliches“ Engagement?

Mein Beitrag ist angekündigt mit der Überschrift „Solidarität und bürgerschaftliches Engagement“. Ich ziehe es jedoch vor, von „zivilgesellschaftlichem Engagement“ zu sprechen.

Der Begriff „bürgerschaftliches Engagement“ ist neutral und offen. Er bezieht sich auf engagierte Bürger – also auf Bürger, die sich für etwas einsetzen, genauer muss man sagen „für irgendetwas einsetzen“. Bürger könnten sich z.B. für die soziale Integration von Migranten einsetzen – aber auch für das Gegenteil, indem sie Front machen gegen die vermeintliche „Überfremdung“ in ihrem Wohnquartier. „Zivilgesellschaftliches Engagement“ dagegen ist kein neutraler Begriff, sondern bezeichnet ein Engagement, das sich für die Realisierung einer „Zivilgesellschaft“ einsetzt. Hinter dem Begriff der „Zivilgesellschaft“ steht ein Programm, letztlich die Utopie von einer guten oder geglückten Gesellschaft. „Zivilgesellschaftliches Engagement“ ist also nicht beliebig, sondern das Engagement von Bürgern, das sich auf die Verwirklichung dieser Idee richtet.

Aber was könnte das sein, eine „gute Gesellschaft“? In einer Welt, in der alle Utopien und großen Erzählungen ihre Plausibilität verloren haben, ist es nicht ganz einfach, diese Frage zu beantworten. Ich will das hier in aller Kürze versuchen.⁷

⁷ Vgl. dazu Nida-Rümelin, J. (2002).

Eine Zivilgesellschaft ist

1. eine offene,
2. eine zivilisierte und zivile Gesellschaft, in der
3. die Prinzipien der Rechtsstaatlichkeit und
4. Grundsätze der Gerechtigkeit verwirklicht sind und in der
5. demokratische Teilhabe garantiert ist.

Abb. 1

„bürgerschaftliches“ oder „zivilgesellschaftliches“ Engagement?

**Bürgerschaftliches
Engagement:**

offen, unbestimmt

**Zivilgesellschaftliches
Engagement**

Engagement, das sich
auf die Verwirklichung der
Idee der Zivilgesellschaft
richtet

„Eine Zivilgesellschaft ist 1. eine offene, 2. eine zivilisierte und zivile Gesellschaft, in der 3. die Prinzipien der Rechtsstaatlichkeit und 4. Grundsätze der Gerechtigkeit verwirklicht sind und in der 5. demokratische Teilhabe garantiert ist.“

1. Zivilgesellschaften sind „offene Gesellschaften“ i.S. von Karl Popper, also gekennzeichnet durch ein hohes Maß an Lernbereitschaft und Toleranz gegenüber Andersdenkenden und gegenüber anderen Kulturkreisen (Popper, 1957). Jede Art von Fundamentalismus ist diesen Gesellschaften fremd – gleichgültig, ob es sich um islamischen, christlichen oder neoliberalen Fundamentalismus handelt.
2. Eine Zivilgesellschaft ist eine zivilisierte und zivile Gesellschaft. „Zivilisiert“ ist eine Gesellschaft dann, wenn sie durch eine Kultur des friedli-

chen und gewaltfreien Umgangs mit Konflikten geprägt ist. Das setzt Folgendes voraus: erstens ein stabiles staatliches Gewaltmonopol und zweitens bei den Individuen die Fähigkeit zur Affektmäßigung, zur Selbstkontrolle. Eine Gesellschaft ist also in dem Maße zivilisiert, in dem sie im Inneren gewaltfrei ist, und die soziale Kontrolle in dieser Gesellschaft im Wesentlichen nicht auf Fremd-, sondern auf Selbstkontrolle beruht (N. Elias, 1976). Und eine Gesellschaft ist zivil, wenn sie in ihren Außenbeziehungen auf die Anwendung von Gewalt verzichtet und das Militär für die soziale Organisation, z.B. auch für das Prestige der Menschen, keine Bedeutung besitzt.

3. In Zivilgesellschaften ist das Prinzip der Rechtsstaatlichkeit verwirklicht und die Garantie persönlicher Freiheitsrechte ist verbürgt.
4. Zivilgesellschaften sind in ihrer Organisation dem Prinzip der Gerechtigkeit verpflichtet. Um das zu konkretisieren, zitiere ich die beiden von John Rawls formulierten zentralen Prinzipien einer gerechten Gesellschaft:
 - “a) Jedermann soll gleiches Recht auf das umfangreichste System gleicher Grundfreiheiten haben, das mit dem gleichen System für alle verträglich ist.
 - b) Soziale und wirtschaftliche Ungleichheiten sind so zu gestalten, dass vernünftigerweise zu erwarten ist, dass sie zu jedermanns Vorteil dienen und sie mit Positionen und Ämtern verbunden sind, die jedem offen stehen.” (Rawls, 1979: 81)
5. Zivilgesellschaften ermöglichen demokratische Teilhabe in institutionalisierter, aber auch in spontaner Form. Auf diese Weise ist nicht nur die demokratische Kontrolle des staatlichen Gewaltmonopols sichergestellt, sondern auch die Möglichkeit, auf politische Entscheidungen Einfluss zu nehmen.

Um das Ausmaß des zivilgesellschaftlichen Engagements (die so genannte „Aktivenquote“) abzuschätzen, plädiere ich auch für einen engeren und präziseren Begriff, als das allgemein üblich ist. Auf der Grundlage des Freiwilligen-Survey von 2004 käme man zu der Einschätzung, dass die „Aktivenquote“ (= Anteil der Erwachsenen, die in irgendeiner Organisation Mitglied sind) mit 73 Prozent außerordentlich hoch wäre. Berücksichtigt man aber die Art der Organisation und Tätigkeit ergibt sich ein etwas anderes Bild: 57 Prozent

der „Aktivenquote“ entfällt dann auf lebensqualitätssichernde Bereiche (z.B. Sport, Musik, Freizeit) und nur 43 Prozent auf den Bereich Einsatz für das Gemeinwesen (z.B. Jugendarbeit, Feuerwehr, Bürgerinitiativen, politische Parteien u.ä.) und nur 22 Prozent der Erwachsenen sind wirklich aktiv in diesem Bereich, indem sie ein Ehrenamt wahrnehmen. Natürlich ist das nicht wenig, aber man sollte diese „bereinigte Aktivenquote“ auch nicht überschätzen.

Nahraum und Fernraum

Wenn man vereinfachen will, könnte man sagen, dass sich das soziale Leben der Menschen in zwei Räumen abspielt: in einem Nahraum und in einem Fernraum.

Ich meine das nicht nur in einem geographischen, sondern auch in einem sozialen Sinn, wobei es mir hier vor allem um soziale Räume geht.

Im *sozialen Nahraum* begegnen wir Menschen, die uns vertraut sind – wir müssen sie nicht unbedingt lieben –, aber wir kennen ihre Biographie, ihre Lebensumstände sehr gut. Zu ihnen bestehen Bindungen vielfältiger Art, oft auch reziproke Verpflichtungen. Zum Nahraum gehören die Familie, Ehegatten, Lebenspartner, Kinder, Angehörige – auch wenn sie vielleicht weiter entfernt leben. Zum Nahraum gehören aber auch Freunde, vielleicht auch Nachbarn und Arbeitskollegen.

Der *soziale Fernraum* hat eine andere Bedeutung. Er wird durch Personen gebildet, die wir nicht oder nur sehr unvollständig und oberflächlich kennen. Einigen begegnen wir – z.B. im öffentlichen Raum, auf der Straße, in Gaststätten. Aber vielen begegnen wir überhaupt nicht. Wir wissen nur, dass sie existieren, dass sie Zeitgenossen sind. Der soziale Fernraum ist die Welt der Fremden, der Typen und der Figuren, der Polizeibeamten, Verkäufer, Bischöfe, Minister – aber auch Lebenslagen gehören dazu – z.B. die Armen und Marginalisierten, die Pflegebedürftigen usw.

Nahraum- und Fernraumraumsolidarität

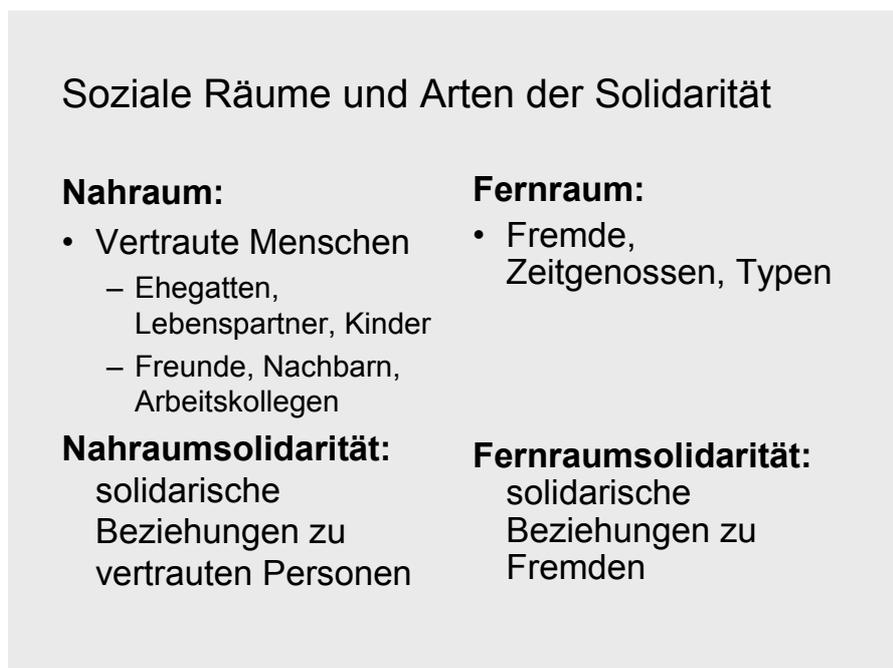
Ich erwähne diese Ihnen natürlich vertraute Unterscheidung in Nah- und Fernraum, weil ich darlegen möchte, dass es auch zwei Formen der Solidarität gibt: Nahraumsolidarität und Fernraumsolidarität.

Unter „Solidarität“ – also dem *genus proximum* für die beiden Begriffe – verstehe ich einen Zusammenhang zwischen Individuen oder gesellschaftlichen Gruppen, für den verschiedene Formen von Verbundenheit und Verpflichtungen charakteristisch sind.⁸

Die *Nahraumsolidarität* bezieht sich auf den sozialen Nahraum; aber natürlich haben wir nicht zu allen Personen unseres Nahraums eine solidarische Beziehung.

Die *Fernraumsolidarität* bezieht sich auf den Fernraum – hier gilt das Gleiche. Nicht mit allen Zeitgenossen sind wir solidarisch verbunden, man kann sogar sagen: nur mit den wenigsten.

Abb. 2



Die Unterscheidung in die beiden Solidaritätsarten ist wichtig, wenn wir verstehen wollen, ob und wie Solidarität sich verändert hat, und sie ist auch

⁸ Vgl. dazu Durkheim (1893), Tönnies (1887), Bayertz (1998).

nützlich, wenn wir den Stellenwert und die Chancen von zivilgesellschaftlichem Engagement genauer bestimmen wollen.

Was wissen wir nun über die soziale Verteilung, die soziale Verankerung von Solidarität und welchen Wandel von Solidarität müssen wir annehmen?

Ich möchte dazu zwei Ergebnisse aus eigenen Forschungen vorstellen.⁹ Damit wird dann auch deutlicher, was ich mit Nahraum- und Fernraumsolidarität meine.

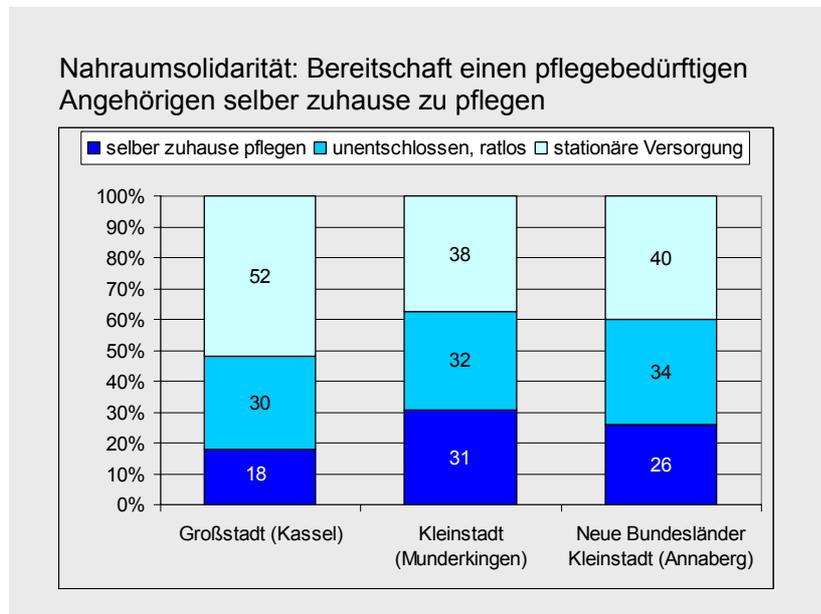
Nahraumsolidarität: Pflegeverpflichtungen

In dem einen Fall geht es um die Bereitschaft, Versorgungsverpflichtungen zu übernehmen, wenn ein naher Angehöriger plötzlich pflegebedürftig wird. Das ist ein klarer Fall von Nahraumsolidarität: eine Person aus dem sozialen Nahraum benötigt Hilfe und es muss entschieden werden, ob und wie diese Hilfe zu leisten ist.

In der Altersgruppe der 40- bis 65-Jährigen wurde in einer Großstadt folgendermaßen gewählt:

⁹ Die Forschungen wurden zwischen 1995 und 2007 in Kooperation zwischen dem Institut für Soziologie der Universität Freiburg, dem Freiburger Institut für angewandte Sozialwissenschaft und der evangelischen Fachhochschule für Sozialarbeit Freiburg, Arbeitsschwerpunkt Gerontologie und Pflege, durchgeführt.

Abb. 3



Für Nahraumsolidarität würden sich 18 Prozent entscheiden, d.h. sie würden selber pflegen und die Pflege zu Hause leisten; 30 Prozent wüssten nicht, was sie tun sollen; 52 Prozent würden eine stationäre Versorgung bevorzugen.

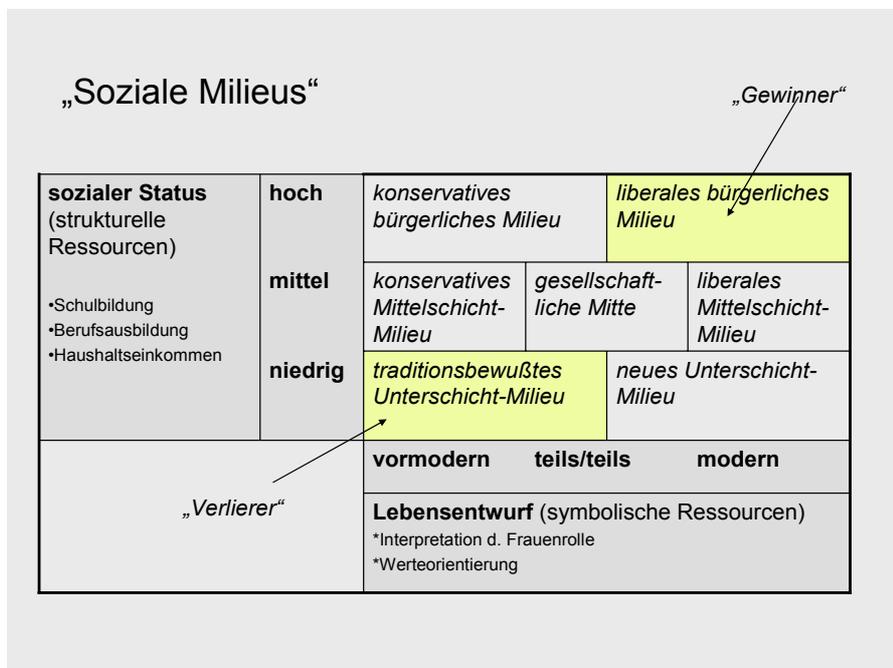
Die gleiche Studie in einer kleineren Stadt erbrachte einen signifikant höheren Anteil von Leuten, die zu Hause pflegen würden (Blinkert/Klie, 2004).

Nun gehen wir Soziologen immer von der Vermutung aus, dass Entscheidungen und Präferenzen eine soziale Dimension haben, dass sie auf einen sozial-strukturellen Kontext verweisen. Das war auch bei diesen Untersuchungen so. Unsere Vermutung war, dass die Präferenzen für Nahraumsolidarität sozial verteilt sind, dass sich insbesondere die *sozialen Milieus* in ihren Bereitschaften zu solidarischem Handeln unterscheiden.

Unter sozialen Milieus verstehen wir in der Soziologie gesellschaftliche Großgruppen, die sich einerseits durch ihren sozialen Status – ihre strukturellen Ressourcen – unterscheiden und andererseits durch ihren Lebens-

entwurf.¹⁰ In dieser Studie haben wir den Lebensentwurf auf einem Kontinuum von „vormodern“ bis „modern“ eingestuft. Auf einen „vormodernen Lebensentwurf“ schließen wir, wenn Werte wie Ordnung und Disziplin einen hohen Stellenwert haben und wenn die Frauenrolle auf einen häuslichen und privaten Bereich festgelegt wird. Für Menschen mit einem „modernen Lebensentwurf“ sind dagegen Werte wie Selbstständigkeit und Selbstentfaltung wichtig und die Frauenrolle wird mit Erwerbstätigkeit und Präsenz im öffentlichen Raum in Verbindung gebracht.

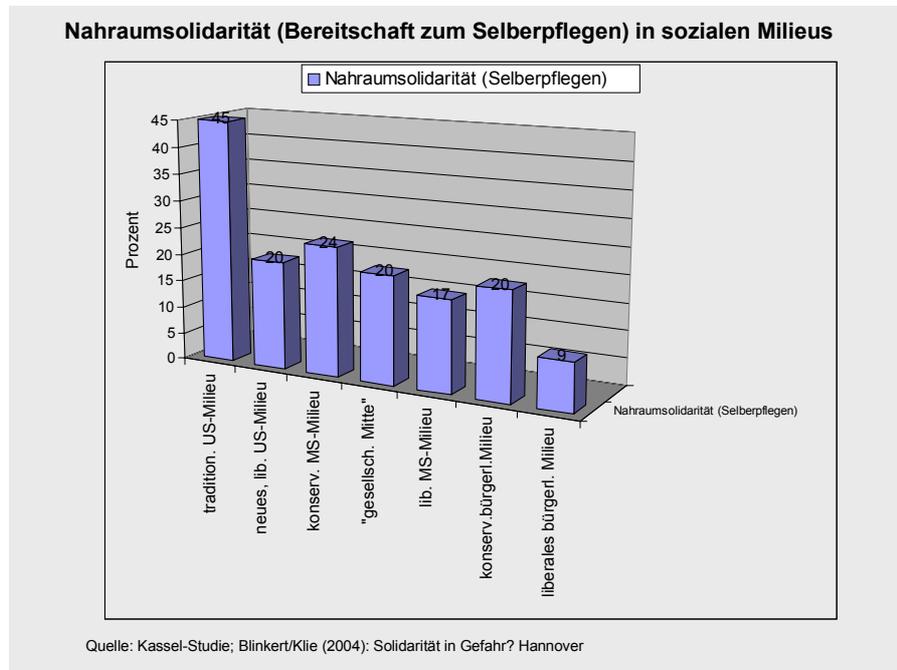
Abb. 4



Die Pflegebereitschaften verteilen sich nun sehr eindeutig auf diese Milieus:

¹⁰ Vgl. Hradil (2006).

Abb. 5



- Die Bereitschaft zum Selberpflegen ist am größten bei wenig strukturellen Ressourcen und einem vormodernen Lebensentwurf, im traditionsbewussten Unterschicht-Milieu.
- Sie ist am geringsten im liberal-bürgerlichen Milieu – also bei viel strukturellen Ressourcen und einem modernen Lebensentwurf.

Die anderen Milieus liegen dazwischen.

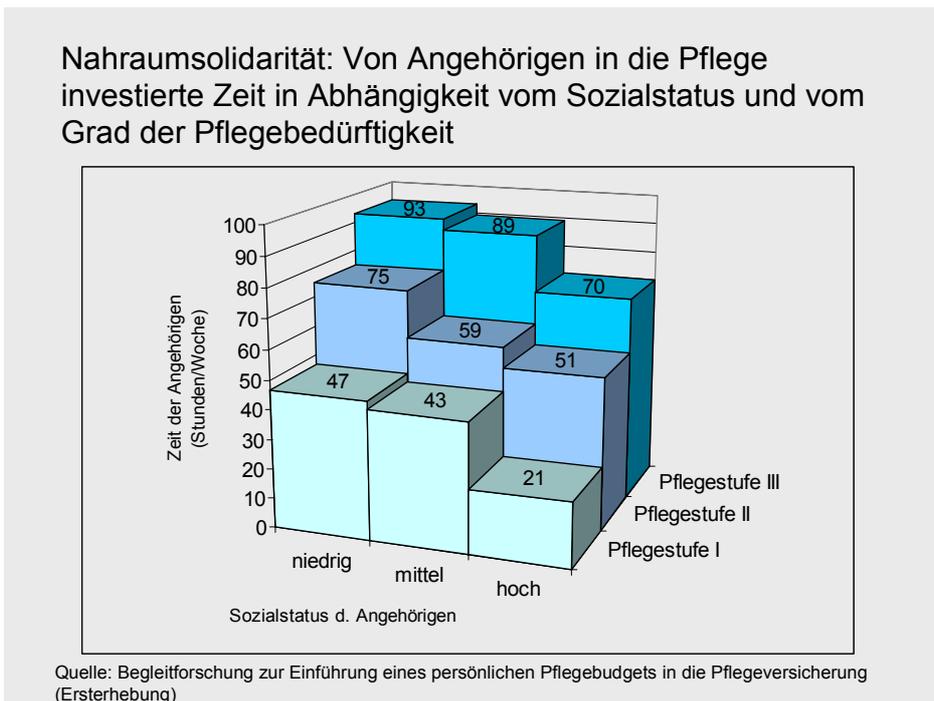
In einer ganzen Reihe von Studien konnten wir diese Ergebnisse replizieren.

Im Rahmen unserer Begleitforschung zur Einführung eines Pflegebudgets in die Pflegeversicherung konnten wir z.B. beobachten, dass nicht nur die *Absichten* zur Übernahme nahraumsolidarischer Verpflichtungen mit den Milieus variieren, sondern auch die *tatsächlich* praktizierten Versorgungsleistungen.¹¹ Die in die häusliche Versorgung investierte Zeit von Angehörigen

¹¹ Das auf fünf Jahre angesetzte Modellprojekt zur Einführung eines persönlichen Pflegebudgets mit integriertem Case Management in sieben Regionen von Deutschland und die dazu durchgeführte Begleitforschung werden von den Spitzenverbänden der Pflegekassen ge-

sinkt z.B. drastisch mit steigendem Sozialstatus und ist bei einem modernen Lebensentwurf sehr viel geringer als bei Pflegenden mit vormodernem Lebensentwurf.¹²

Abb. 6



Diese milieuspezifischen Unterschiede in der Praxis der Nahraumsolidarität zeigen sich auch unabhängig vom Grad der Pflegebedürftigkeit. (Blinkert/Klie, 2007, 2008)

Nun wollten wir natürlich wissen, warum das so ist – warum Nahraumsolidarität so eindeutig sozial verteilt ist – so wie wir das in verschiedenen Untersuchungen beobachten konnten.

fördert. Merkmale des „persönlichen Pflegebudgets“: 1. Es handelt sich um eine Geldleistung in Höhe der Sachleistungen 2. Die Finanzmittel sind jedoch zweckgebunden an frei wählbare Pflegedienstleistungen von legalen Anbietern 3. Es erfolgt eine Beratung durch Case Manager, die auch die Qualität der Pflegedienstleistungen überprüfen.

¹² Mit steigendem Sozialstatus sinkt die von Angehörigen erbrachte Zeit in der Pflegestufe I von 40 h/Woche auf 24 h/Woche, in der Stufe II von 74 h/Woche auf 43 h/Woche und in der Stufe III von 80 h/Woche auf 57 h/Woche.

Darauf werde ich gleich eingehen. Erst stelle ich aber noch ein anderes Ergebnis vor, das mindestens genauso erklärungsbedürftig ist.

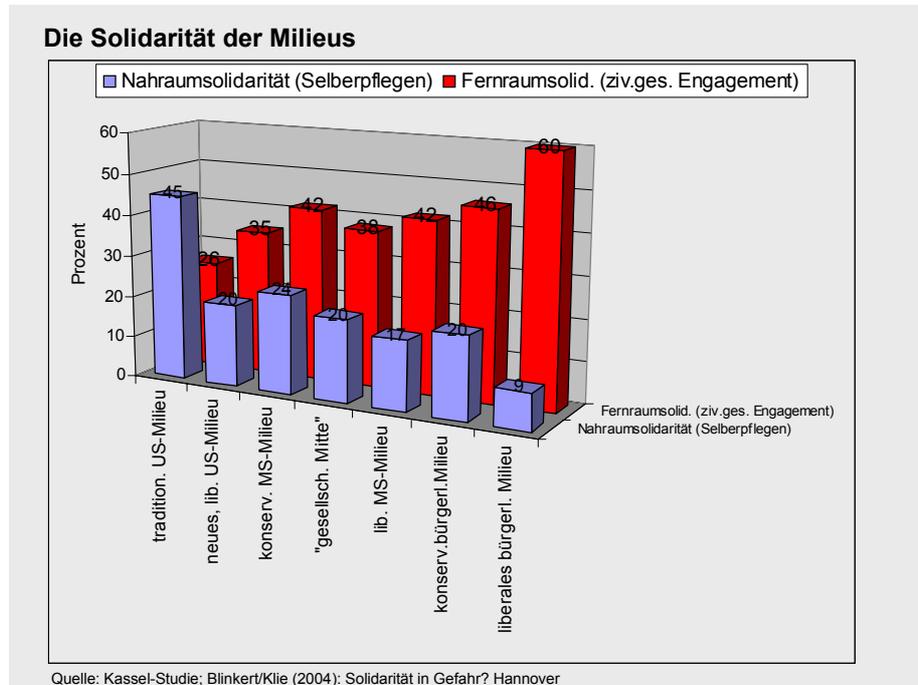
Fernraumsolidarität: zivilgesellschaftliches Engagement

Wir wollten in unseren Studien auch wissen, wie groß die Bereitschaft zum zivilgesellschaftlichen Engagement ist – zur Übernahme von Verpflichtungen für das Gemeinwesen: Mitarbeit in Bürgerinitiativen, bei der ehrenamtlichen Jugendhilfe, in Umweltschutzorganisationen usw.

Hier geht es eindeutig um Fernraumsolidarität. Denn die Handlungsadressaten gehören ganz überwiegend dem sozialen Fernraum an. Sie sind im Allgemeinen keine Freunde oder Angehörigen, und ihre Lebensumstände sind nur in Ausschnitten bekannt. Oft sind sie auch gar nicht als Personen präsent, sondern als Stadtteile, als Menschen in bestimmten Lebenslagen, manchmal geht es auch um das ganze Gemeinwesen, manchmal auch um die ganze Welt – z.B. in Initiativen wie Attac oder Amnesty International oder wenn man sich für die Rettung unseres Klimas einsetzt.

Auch diese Form von Solidarität ist sozial verteilt und in den sozialen Milieus sehr unterschiedlich.

Abb. 7



- Sie ist am häufigsten im liberal-bürgerlichen Milieu – also bei einem hohen Status und einem modernen Lebensentwurf.
- Und sie ist am schwächsten im traditionsbewussten Unterschicht-Milieu – also bei einem niedrigen Sozialstatus und vormodernem Lebensentwurf.¹³

Es gibt also milieuspezifische Solidaritäten – natürlich determiniert die Milieuzugehörigkeit nicht die Praxis der Solidarität, aber die Tendenz ist unübersehbar.

¹³ Zu einem ähnlichen Ergebnis kommt der Freiwilligen Survey von 2004 für Baden-Württemberg. Von den Befragten aus dem „traditionsbewussten Unterschichtmilieu“ sind 17 Prozent ehrenamtlich im Bereich des Gemeinwesens tätig, von Befragten aus dem „liberal-bürgerlichen Milieu“ dagegen 40 Prozent. Ein ähnliches Ergebnis konnten wir in der Anna-berg-Unna-Studie 2006 beobachten: Im „traditionsbewussten Unterschichtmilieu“ sind 7 Prozent im Bereich Gemeinwesen aktiv engagiert; im „liberal-bürgerlichen Milieu“ dagegen 38 Prozent.

Was sind nun die Gründe für diese milieuspezifische Verteilung der beiden Arten von Solidarität? Ich vermute, dass dabei vor allem Unterschiede in den *Handlungsstrukturen* und milieuspezifische *Präferenzen* eine Rolle spielen.

Abb. 8

Handlungsstrukturen	
Nahraumsolidarität	Fernraumsolidarität
<ul style="list-style-type: none">• kontinuierlich, dauerhaft• schwer kündbar• ganze Person involviert• fehlende Distanz	<ul style="list-style-type: none">• Befristet, abgrenzbar• leicht kündbar• in Ausschnitten involviert• Distanz, Schutz der Privatsphäre
<ul style="list-style-type: none">• Ort: privater Raum• kaum öffentliche Anerkennung	<ul style="list-style-type: none">• Ort: öffentlicher Raum• Chancen auf öffentliche Anerkennung

Solidarität im Nahraum – die Versorgung pflegebedürftiger Angehöriger, aber auch die Versorgung von Kindern –

- zeichnet sich durch ein hohes Maß an *kontinuierlicher* und *dauerhafter* Involviertheit aus,
- und Nahraumsolidarität ist auch nur *schwer kündbar*. Das Ende der Beziehung ist nicht vertraglich fixiert und auch nicht oder nur mit erheblichen inneren Konflikten durch eine Entscheidung herbeizuführen.
- Bei der Nahraumsolidarität sind die Beteiligten auch mit ihrer *ganzen Person* involviert, also nicht nur partikular, über bestimmte Funktionen oder Rollenattribute.

Das ist bei Fernraumsolidarität grundlegend anders.

- Die Zeitstruktur der Verpflichtungen ist eine andere. Das Engagement ist weniger kontinuierlich, sondern erstreckt sich auf ziemlich genau abgrenzbare Zeitbereiche, auf Termine.
- Es ist auch prinzipiell kündbar, zumindest lassen sich fernraumsolidarische Beziehungen leichter lösen, durch Rückzug, durch einseitige Erklärung, durch einfaches Wegbleiben.
- Auch der Umfang der Involviertheit ist anders. Die Beteiligten begegnen sich in Ausschnitten: als Dienstleistende, Funktionäre, Helfende oder Beratende, ohne ihre ganze Person einbringen zu müssen.
- Fernraumsolidarität ermöglicht Distanz und Privatheit.
- Und Fernraumsolidarität ist im Allgemeinen auch öffentliches Handeln, oder zumindest Handeln in einem halböffentlichen Raum, und bietet die Möglichkeit zum Auftreten in einer öffentlichen Rolle, vielleicht sogar die Chance, Anerkennung in einer solchen Rolle zu finden.
- Nahraumsolidarität findet dagegen im privaten Raum statt und die Chancen auf öffentliche Anerkennung sind sehr gering.

Alle diese Unterschiede in den Handlungsstrukturen erklären, warum zivilgesellschaftliches Engagement in den „Gewinner-Milieus“ – also bei Leuten mit viel strukturellen Ressourcen und modernem Lebensentwurf – häufiger zu beobachten ist als in den „Verlierer-Milieus“ – bei niedrigem Sozialstatus und vormodernem Lebensentwurf.

Fernraumsolidarität entspricht viel eher den auf Individualisierung, Flexibilität und Interesse an öffentlicher Anerkennung bezogenen Bedürfnissen moderner Subjekte, und Nahraumsolidarität ist mit diesen Ansprüchen sehr viel weniger gut vereinbar und erzeugt bei Personen mit einem modernen Lebensentwurf hohe Opportunitätskosten.¹⁴

¹⁴ Solidaritätsformen korrespondieren mit gesellschaftlichen Entwicklungen, die sich auf der Ebene von Subjektivitätswürfen niederschlagen und mit der Veränderung von Lebens- und Erfahrungsräumen zusammenhängen; vgl. dazu H. Popitz (1987); R. Sennett (1998).

Abb. 9

Präferenzen	
Vormoderner Lebensentwurf	Moderner Lebensentwurf
<ul style="list-style-type: none">• Zugehörigkeit• Stabilität• Anerkennung in einer zugeschriebenen Rolle• Anerkennung im privaten Bereich	<ul style="list-style-type: none">• Individualisierung• Flexibilität• Anerkennung in einer erworbenen Rolle• Öffentliche Anerkennung

Verschiedene Arten von Solidarität haben also eine soziale Verteilung und es ist auch möglich, dafür Gründe zu benennen.

Die räumliche Verteilung von Solidarität

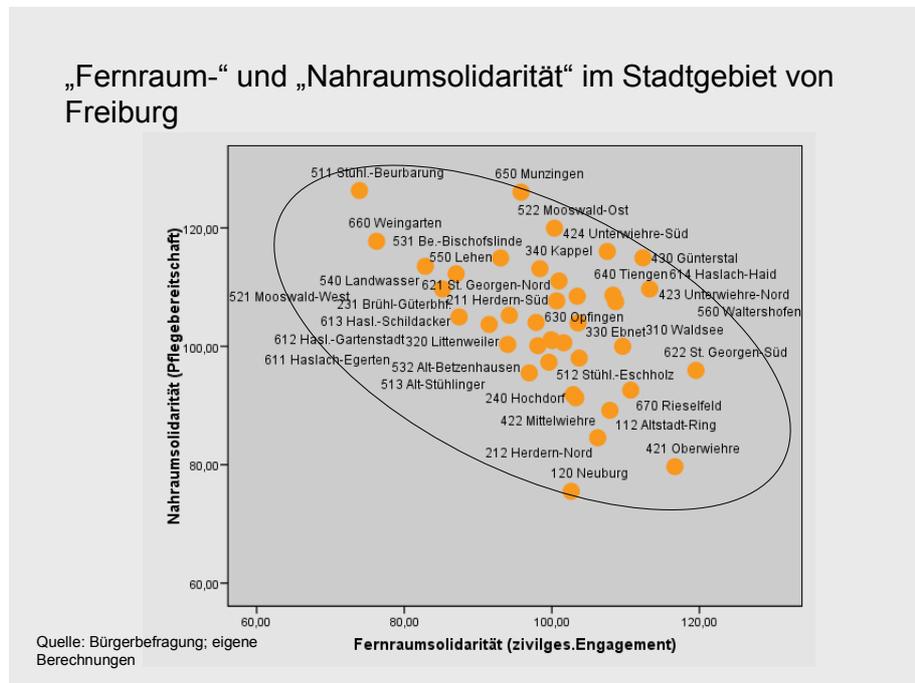
Nun hat Solidarität aber auch eine räumliche Verteilung – sowohl kleinräumig, wie auch großräumig. Darauf gehe ich jetzt ein, weil es auf dieser Veranstaltung ja auch um den Beitrag der Kommunen und der Politik geht.

Kleinräumige Verteilung von Solidarität: das Beispiel Freiburg

Wenn wir die Verteilung von Solidarität in einer Kommune betrachten, lässt sich im Allgemeinen ein ziemlich klares Muster erkennen. Ich will Ihnen das am Beispiel der Stadt Freiburg zeigen.¹⁵

¹⁵ Eine entsprechende Auswertung konnte ich mit dem Datensatz einer Bürgerumfrage machen. Die Bürgerumfrage wurde 2003 in einer repräsentativen Zufallsstichprobe mit n=3.392 durchgeführt.

Abb. 10



Der Trend ist deutlich: Je stärker in einem Quartier die Fernraumsolidarität ausgeprägt ist, desto schwächer ist die Nahraumsolidarität und umgekehrt.

Diese Verteilung von Solidarität ist leicht erklärbar, denn sie korrespondiert weitgehend mit der Verteilung der sozialen Milieus in der Stadt – im Übrigen auch mit den Stimmanteilen für die verschiedenen politischen Parteien – aber darauf will ich jetzt nicht eingehen. Sozial und kulturell bedeutsame Aggregate wie soziale Milieus prägen die Mentalitäten von Menschen und diese wiederum ihre Praxis, also auch die von ihnen geleistete Solidarität.

Vielleicht hat ein solches Ergebnis auch praktische Konsequenzen für die Planung von geeigneten Infrastrukturen: In den nahraumsolidarischen Gebieten wäre es wichtig, die von Angehörigen geleistete häusliche Versorgung durch entsprechende Angebote professioneller Hilfen zu unterstützen und zu entlasten.

In den eher fernraumsolidarischen Quartieren wären dagegen Infrastrukturen erfolgreich, die eine wohnortnahe Versorgung durch teilstationäre und

wohngruppenähnliche Angebote ermöglichen, wobei vielleicht auch auf die Unterstützung durch zivilgesellschaftlich Engagierte gerechnet werden kann.

In einem besonders „fernraumsolidarischen Quartier“ von Freiburg können wir genau das beobachten. Eine Bürgerinitiative hat sich entwickelt, die sich erfolgreich für die Entstehung neuer Wohn- und Lebensformen pflegebedürftiger Menschen einsetzt.

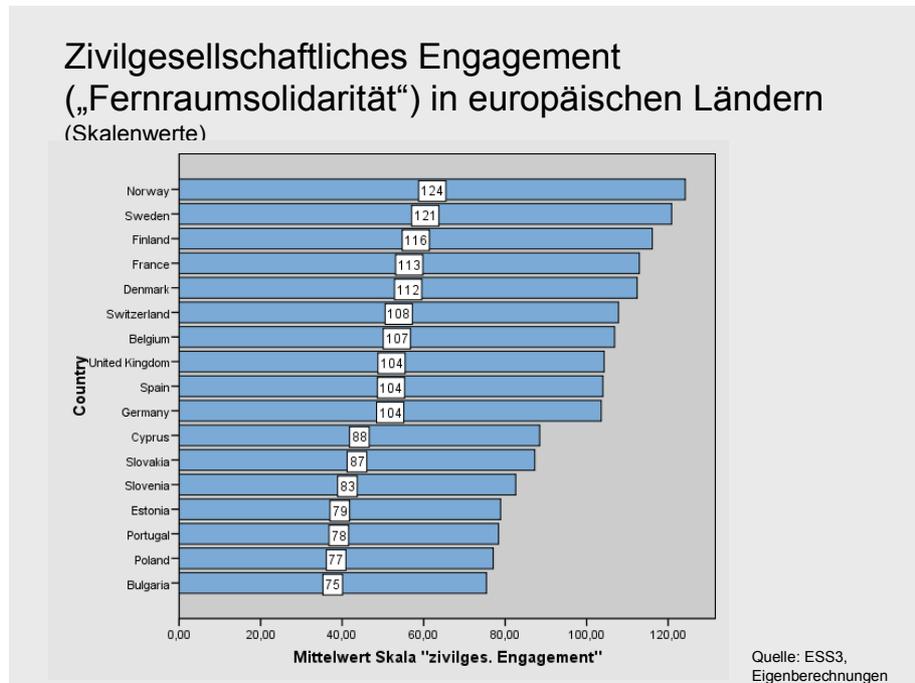
Großräumige Verteilung von Solidarität: das Beispiel Europa

Solidarität ist aber auch großräumig verteilt – und das ist der Punkt, wo die „große Politik“ ins Spiel kommt. Die „große Politik“, von der es letztlich abhängt, wie der Rahmen für kommunale Aktivitäten aussieht.

Wir konnten untersuchen, wie Fernraumsolidarität im europäischen Raum verteilt ist.¹⁶ Es ergibt sich das folgende Bild:

¹⁶ Den Analysen liegen die Daten des European Social Survey (ESS3; Jowell 2003) zugrunde. Die Skala wurde über eine kategoriale Hauptkomponenten-Analyse gebildet. Berücksichtigt wurden die folgenden Indikatoren: Worked in political party or action group last 12 months. Worked in another organisation or association last 12 months. Worn or displayed campaign badge/sticker last 12 months. Signed petition last 12 months. Taken part in lawful public demonstration last 12 months. Boycotted certain products last 12 months.

Abb. 11



- Deutschland hat in dieser Rangordnung keineswegs einen Spitzenplatz, sondern liegt im Mittelfeld.
- An der Spitze stehen (wie so oft) die skandinavischen Länder Norwegen, Schweden, Finnland und Dänemark. Auf einer Skala, mit der sich das durchschnittliche zivilgesellschaftliche Engagement messen lässt, erreichen diese Länder – neben Frankreich – die höchsten Punktzahlen.
- Ganz am Ende finden wir die mittlerweile in die europäische Welt integrierten Länder des ehemaligen Ostblocks: Bulgarien, Polen, Slowenien, Slowakei, Estland – aber auch Portugal.

Wie ist nun diese Spitzenposition der Skandinavier zu erklären? Vielleicht liegt das an den folgenden Bedingungen:

- Zum einen ist die Modernisierung - auch in kultureller Hinsicht, und damit was Präferenzen und Kompetenzen angeht - in den skandinavischen Ländern wahrscheinlich am weitesten fortgeschritten.

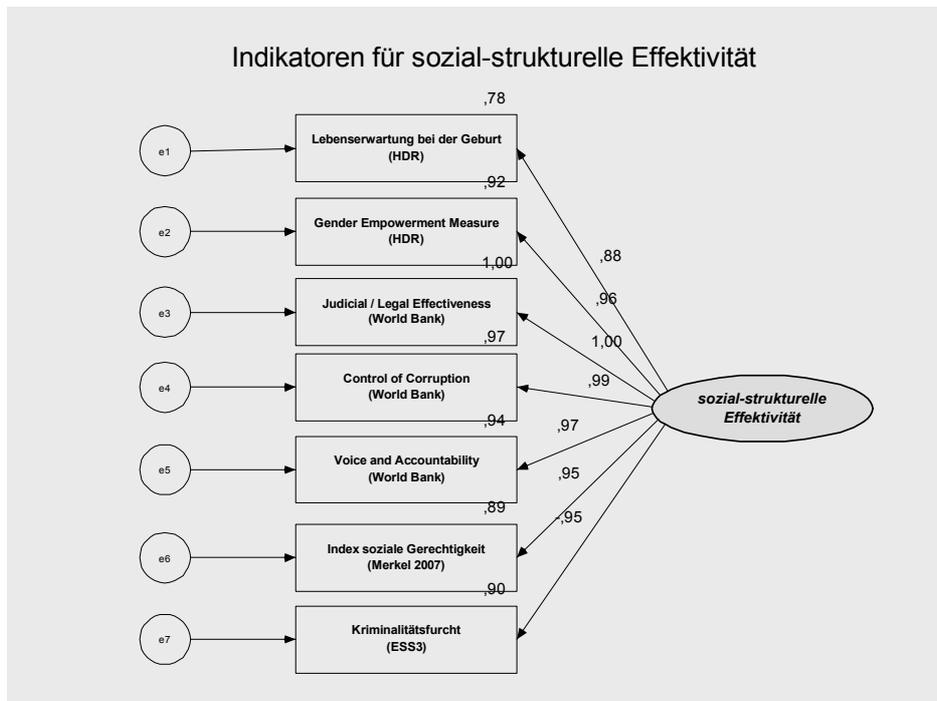
- Etwas Ähnliches lässt sich für Frankreich konstatieren – mit der Besonderheit, dass in der französischen Kultur und Geschichte Engagement im öffentlichen zivilgesellschaftlich konstituierten Raum immer eine große Bedeutung hatte.
- Besonders wichtig ist aber, dass Länder mit stark ausgeprägtem zivilgesellschaftlichen Engagement – allen Reformen zum Trotz – noch immer über einen ausgebauten und gut funktionierenden Wohlfahrtsstaat verfügen. Diese Länder haben ein hohes Maß an sozial-struktureller Effektivität und dazu gehört auch die wohlfahrtsstaatliche Absicherung. Und vielleicht ist genau das eine wichtige Voraussetzung für Fernraumsolidarität im Sinne von zivilgesellschaftlichem Engagement.¹⁷

Aus verschiedenen internationalen Studien lassen sich Indikatoren übernehmen, die alle auf einen Sachverhalt hinweisen, der sich als „*sozial-strukturelle Effektivität*“ interpretieren lässt. Eine Zusammenfassung dieser Indikatoren zeigt ein hohes Maß an Übereinstimmung und kann als Maß für die sozial-strukturelle Effektivität von Ländern betrachtet werden.¹⁸

¹⁷ Länder, die in Bezug auf Fernraumsolidarität besonders hoch rangieren, verfügen im Allgemeinen auch über ein System der sozialen Sicherung, das dem Typ des „universalistischen Sozialstaats“ entspricht (vgl. W. Merkel, 2008: 233ff.).

¹⁸ U.a. die Klassifizierungen der Weltbank, der Failed State Index des Fund of Peace, die regelmäßigen Einstufungen des Human Development Report und der European Social Survey. Die Indikatoren wurden durch AMOS und eine Hauptkomponentenanalyse zusammengefasst. Zur Definition und Messung der Indikatoren vgl. Kaufmann (2008), Sen (1999), Merkel (2007), Jowell (2003).

Abb. 12

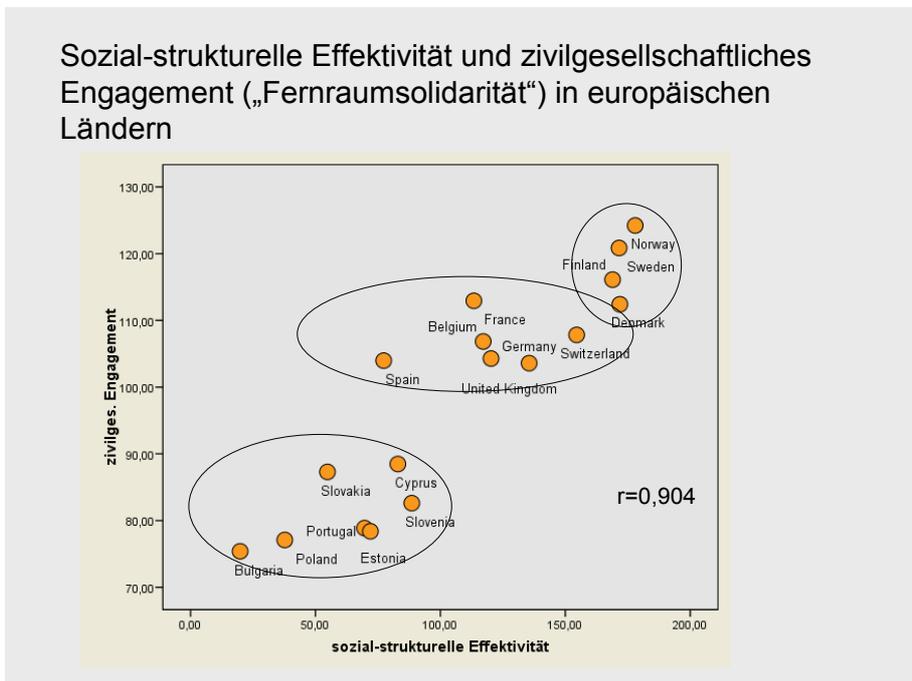


Länder mit hoher sozial-struktureller Effektivität zeichnen sich durch folgende Merkmale aus:

- die Einwohner haben eine hohe Lebenserwartung
- und nur wenig Furcht, Opfer einer Straftat zu werden.
- Sie haben in hohem Maße formelle und informelle Partizipationschancen.
- In diesen Ländern ist das Rechtssystem fair und effektiv.
- Es gibt eine wirksame Kontrolle von Korruption.
- Soziale Gerechtigkeit ist in hohem Maße realisiert: soziale Ungleichheit ist im Vergleich zu anderen Ländern schwach, das Schichtungssystem ist relativ offen und
- Frauen und Männer haben weitgehend gleiche Chancen auf soziale Positionen.

Es ist vielleicht nicht überraschend, aber macht doch nachdenklich, dass diese Kennziffer für die politisch-sozialen Strukturbedingungen außerordentlich deutlich mit dem zivilgesellschaftlichen Engagement der Menschen in den Ländern korreliert – und im Übrigen auch mit dem Vertrauen, das von den Menschen den Institutionen des Staates entgegengebracht wird.¹⁹

Abb. 13



Die Spitzenposition der Skandinavier ist dann vielleicht kein Rätsel mehr: Diese Länder kommen dem Typus der gelungenen Zivilgesellschaft sehr nahe.

- Sie sind offene,
- zivilisierte und zivile Gesellschaften,
- in denen Prinzipien der Rechtsstaatlichkeit

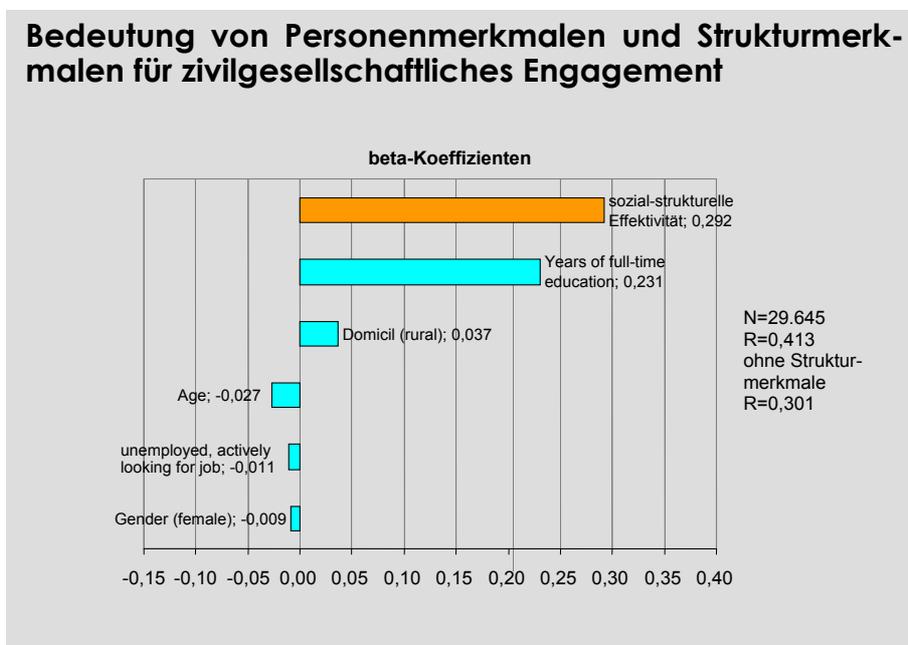
¹⁹ „Systemvertrauen“ wurde durch die folgenden Statements aus dem ESS3 durch eine kategoriale Hauptkomponentenanalyse definiert: Trust in political parties; Trust in the legal system; Trust in the police; Trust in politicians.

- und Gerechtigkeit in hohem Maße verwirklicht sind
- und in denen demokratische Teilhabe garantiert ist.

Das zivilgesellschaftliche Engagement der Menschen, d.h. ihre Bereitschaft, sich in ihrer Lebenspraxis für das Gemeinwesen zu engagieren wird nicht – wie oft behauptet wird – durch einen funktionierenden Wohlfahrtsstaat verhindert, sondern das Gegenteil scheint der Fall zu sein: ein strukturell effektives und wohlfahrtsstaatlich organisiertes Gemeinwesen ist vielleicht eine der wichtigsten Voraussetzungen dafür, dass von den Menschen Fernraumsolidarität praktiziert wird.

Dieses für europäische *Länder* berichtete Ergebnis lässt sich auch beobachten, wenn es um die Praxis von *Individuen* geht. Dazu wurde eine Auswertung der ESS3-Daten auf Personenbasis durchgeführt. Dabei zeigte sich, dass das zivilgesellschaftliche Engagement der befragten Personen am besten durch die sozial-strukturelle Effektivität der Länder, in denen sie leben, erklären lässt. An zweiter Stelle steht die Bildung, die gewissermaßen die bereits dargelegte Bedeutung der Milieuzugehörigkeit für das zivilgesellschaftliche Engagement repräsentiert:

Abb. 14



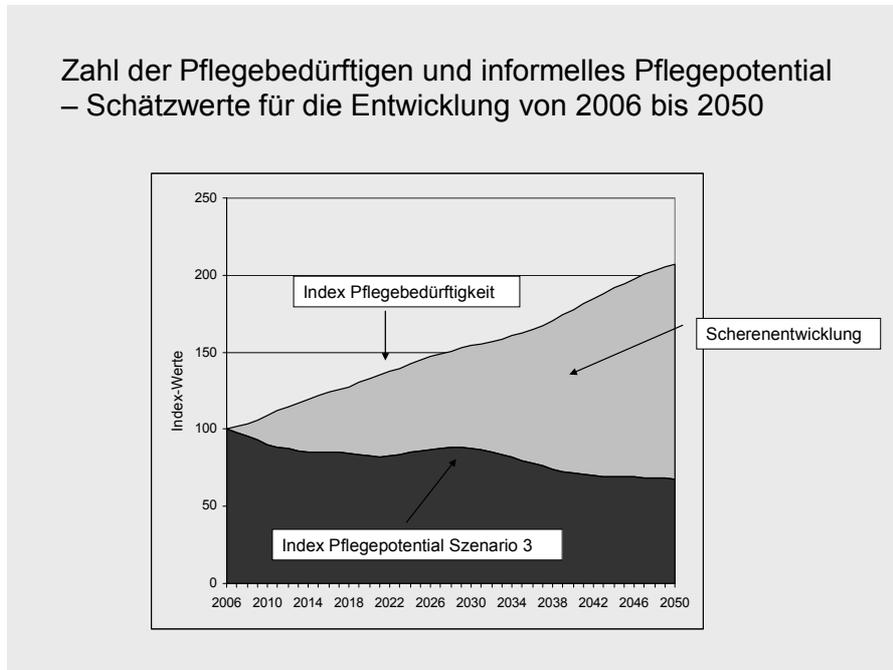
Quelle: ESS3, Eigenberechnungen

Zum Schluss ein paar Fragen und Folgerungen:

1. Wenn der soziale Wandel sich so fortsetzt, wie wir das aus der Vergangenheit kennen, wird Nahraumsolidarität vermutlich weiter abnehmen. Das betrifft die Versorgungssituation pflegebedürftiger Menschen, die nicht nur durch den demographischen Wandel unter Druck gerät. Das betrifft aber auch die Situation von Kindern, denn auch die Versorgung von Kindern ist nahraumsolidarisches Handeln.
2. Nicht nur die Bereitschaft zur Nahraumsolidarität wird vermutlich weiter abnehmen, sondern auch die Möglichkeiten dazu werden sich verschlechtern. Eine von uns durchgeführte Simulation zeigt, dass in den nächsten 40 Jahren das für Nahraumsolidarität erforderliche „informelle Pflegepotential“ auf rund zwei Drittel des Wertes von 2006 sinken wird. Gleichzeitig ist jedoch mit einer Zunahme der Zahl pflegebedürftiger Menschen um den Faktor 2 von derzeit rund 2 Mio. auf etwa 4 Mio. zu rechnen. Nimmt man beides zusammen, wird deutlich, wie die Schere sich öffnet: ein steigender Bedarf wird begleitet von einer dramatischen Verschlechterung der Chancen zur Bedarfsdeckung.²⁰

²⁰ Ausführlicher dazu: Blinkert, B., Gräf, B.(2009).

Abb. 15



3. Gleichzeitig können wir aber vielleicht damit rechnen, dass die Bereitschaft zur Fernraumsolidarität zunehmen wird. Für diese Annahme spricht der in der Vergangenheit beobachtbare sozial-strukturelle Wandel, vielleicht auch die Situation in den skandinavischen Ländern, die sich in mancher Hinsicht ja als eine Art Avantgarde des sozio-kulturellen Wandels betrachten lassen.
Wir müssen also nicht von einem „Ende der Solidarität“ ausgehen, sondern von einer Art Umschichtung: nahraumsolidarisches Handeln wird vielleicht weiter an Bedeutung verlieren, und Fernraumsolidarität wird möglicherweise an Bedeutung gewinnen.
4. Das Ergebnis für Europa zeigt aber auch, dass zivilgesellschaftliches Engagement an Voraussetzungen gebunden ist und nicht als ein funktionales Äquivalent, als ein Ersatz für einen effektiven Staat und für wohlfahrtsstaatliche Sicherheiten gesehen werden kann. Das Gegenteil ist der Fall: In den Ländern, in denen der Staat nicht oder *noch* nicht sonderlich effektiv ist und wohlfahrtsstaatliche Leistungen keine große Bedeutung haben, ist auch das zivilgesellschaftliche Engagement der Bür-

ger eher gering. Der wohlfahrts- und zivilgesellschaftlich effektive Staat ist geradezu eine Voraussetzung dafür, dass Bürger in hohem Maße Fernraumsolidarität praktizieren. Alle Vorschläge, die so genannte „Bürgerarbeit“ auszuweiten, laufen ins Leere, wenn das begleitet wird von einem Abbau sozialstaatlicher Garantien und Leistungen und von einem Rückzug des Staates aus seiner Verantwortung.

5. In gesellschaftspolitischer Hinsicht ergeben sich aus der erwartbaren Entwicklung interessante Optionen, aber auch Fragen. Generell eröffnet sich die Möglichkeit, dem Trend einer sich abschwächenden Nahraumsolidarität nicht nur durch Leistungen der Sektoren Staat und Markt zu begegnen, sondern in verstärktem Umfang auch den zivilgesellschaftlichen Bereich als einen dritten Sektor einzuplanen. Die Chancen dafür sind gut und werden vielleicht sogar zunehmend besser – aber gewiss nicht, wenn der Wohlfahrtsstaat weiter zurückgebaut wird.

In vielen Bereichen wird es sinnvoll sein, verstärkt auf das zivilgesellschaftliche Engagement zu setzen, in anderen ist das vermutlich nur begrenzt oder gar nicht möglich und es gibt Bereiche, in denen das sogar problematisch wäre.

Die Versorgung pflegebedürftiger Menschen wird nur begrenzt durch ehrenamtlich Tätige zu leisten sein. Zivilgesellschaftlich Engagierte könnten sich aber in ihrem Gemeinwesen für die Qualitätssicherung im Bereich der Pflege und für den Ausbau geeigneter Infrastrukturen einsetzen, und sie könnten sozialkommunikative Hilfen anbieten, die über das hinausgehen, was Pflegedienste leisten können.

Eher problematisch wäre eine stärkere Berücksichtigung des zivilgesellschaftlichen Sektors im Bereich der öffentlichen Sicherheit (vgl. T. v. Trotha 1995). Vorstellbar wären z.B. Kontrollgänge von engagierten Bürgern in ihren Quartieren. Das wirkt in der medialen Darstellung sehr positiv und wünschenswert. Aber es erinnert doch sehr an die Institution des Blockwarts und auch an die Figur des Informellen Mitarbeiters der Staatssicherheit.

Der sozio-kulturelle Wandel wird vielleicht die von mir angenommene Verlagerung von der Nahraum- zur Fernraumsolidarität weiter verstärken.²¹ Und

²¹ Mit Prognosen über den sozialen Wandel (auch mit dieser) sollte man jedoch vorsichtig umgehen. Eine neue Studie bei Studierenden zeigt, dass „Solidarität im Nahraum“ – Engagement für Partner, Familie, Freunde – vielleicht doch wieder im Kommen ist und auch begleitet wird von einer abnehmenden Bedeutung von Fernraumsolidarität, was sich in dieser

im Zuge dieses Wandels sollten wir die damit verbundenen Chancen nutzen, aber wir werden auch über die Voraussetzungen für eine solche Entwicklung nachdenken müssen und darüber, für welche Bereiche sich dieser dritte Sektor eignet und für welche eher nicht.

Literatur

- Bayertz, K. (1998): Begriff und Problem der Solidarität. In: ders. (Hg.): Solidarität. Begriff und Problem, Frankfurt/New York: 11-53.
- Blinkert, B. (2005): Pflege und soziale Ungleichheit – Pflege und „soziale Milieus“. In: Schroeter, K.R., Rosenthal, Th. (Hg.): Soziologie der Pflege, Weinheim/München: 141-156.
- Blinkert, B. (2007): Pflegearrangements – Vorschläge zur Erklärung und Beschreibung sowie ausgewählte Ergebnisse empirischer Untersuchungen. In: Igl, G., Naegele, G., Hamdorf, S. (Hg.): Reform der Pflegeversicherung - Auswirkungen auf die Pflegebedürftigen und die Pflegepersonen, Hamburg: 225-244.
- Blinkert, B., Gräf, B. (2009): Deutsche Pflegeversicherung vor massiven Herausforderungen: In: Deutsche Bank Research (Hg.): Demografie Special, Aktuelle Themen 442, März 2009.
- Blinkert, B., Klie, T. (2008): Soziale Ungleichheit in der Pflege. In: APuZ 12-13/2008: 25-33.
- Blinkert, B., Klie, T. (2004): Solidarität in Gefahr? Pflegebereitschaft und Pflegebedarfsentwicklung im demographischen und sozialen Wandel, Hannover.
- Blinkert, B., Klie, T. (2004): Gesellschaftlicher Wandel und demographische Veränderungen als Herausforderungen für die Sicherstellung der Versorgung von pflegebedürftigen Menschen. In: Sozialer Fortschritt 53/2004, Heft 11-12/2004: 319-326.
- Blinkert, B., Klie, T. (2007): Die Zeiten der Pflege. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Bd. 39: 202-210.
- Durkheim, E. 1893): De la division du travail social, Paris.

Studie als abnehmendes Interesse an Politik und einer abnehmenden Bereitschaft zur Einmischung in öffentliche Angelegenheiten zeigt. M. J. Hartung: „Die Studenten haben neue Werte“, ZEIT vom 7.8.2008: 1: „Den Studenten ist die Welt nicht egal, sie versuchen bloß, sie anders zu retten als ihre Eltern und Lehrer – in jenem abgegrenzten Raum, in dem sie glauben, wirklich etwas ausrichten zu können: in der Partnerschaft, in ihrem Umfeld.“ – Umfrage von ZEIT CAMPUS unter 6.000 Studenten.

- Elias, N. (1997): Über den Prozeß der Zivilisation. Band: 1 Wandlungen des Verhaltens in den weltlichen Oberschichten des Abendlandes, Band: 2 Wandlungen der Gesellschaft. Entwurf zu einer Theorie der Zivilisation, Frankfurt (1. Aufl. 1976).
- Hartung, M. J. (2008): „Die Studenten haben neue Werte“, ZEIT vom 7.8.2008: 1.
- Hradil, S. (2006): Soziale Milieus – eine praxisorientierte Forschungsperspektive. In: APuZ 44-45/2006: 3-10.
- Human Development Report (2006): United Nations 2006.
- Jowell, R. and the Central Co-ordinating Team, European Social Survey 2002/2003: Technical Report, London: Centre for Comparative Social Surveys, City University 2003.
- Kaufmann, D. (2004): Corruption, Governance and Security: Challenges for the Rich Countries and the World – by (September, 2004) – Chapter in the Global Competitiveness Report 2004/2005.
www.worldbank.org/wbi/governance/pubs/gcr2004.htm
- Kaufmann, D., Kraay, A., Mastruzzi, M. (2008): Governance Matters VII: Aggregate and Individual Governance Indicators 1996-2007, Policy Research Working Paper 4654; The World Bank Development Research Group Macroeconomics and Growth Team & World Bank Institute Global Governance Program June 2008.
- Merkel, W.: Soziale Gerechtigkeit im internationalen Vergleich. In: Empter, S., Vehr-kamp, R. B. (Hg.): Soziale Gerechtigkeit – eine Bestandsaufnahme, Gütersloh 2007 (Bertelsmann-Stiftung): 233-257.
- Nida-Rümelin, J. (2002): Globalisierung und kulturelle Differenz. Eine zivilgesellschaftliche Perspektive. In: Beilage zur Wochenzeitschrift Das Parlament B12/2002: 3-5.
- Popitz, H. (2004): Der Wandel der sozialen Subjektivität. In: ders.: Phänomene der Macht, Tübingen: 132-159.
- Popper, K. R. (1992): Die offene Gesellschaft und ihre Feinde, Bd. 1 und 2, Tübingen (1. Aufl. 1957).
- Rawls, J. (1979): Eine Theorie der Gerechtigkeit, Frankfurt (engl. Original 1971).
- Sen, A. K. (1999): Assessing Human Development. In: UNDP: Human Development Report 1999. New York und Oxford.
- Sennett, R. (1998): Der flexible Mensch. Die Kultur des neuen Kapitalismus, Berlin.
- Tönnies, F. (1963): Gemeinschaft und Gesellschaft, Darmstadt (Original 1887).
- Trotha, T. von (1995): Ordnungsformen der Gewalt oder Aussichten auf das Ende des staatlichen Gewaltmonopols. In: B. Nedelmann (Hg.): Politische Institutionen im Wandel, Opladen.

3. *Iren Steiner, BELA-Fachkoordination, Bissingen*

BETA-/BELA-Modelle: Mehr Lebensqualität durch Bürgerengagement

1. Landespolitischer Hintergrund der Projekte zur Förderung des Bürgerengagements in der Altenhilfe

Netzwerke als tragfähige Infrastruktur für bürgerschaftliches Engagement in der stationären Pflege

In Baden-Württemberg fördern Land und Kommunen bürgerschaftliches Engagement seit 1990 systematisch. In Folge der demographischen Entwicklung werden in den kommenden Jahren Bürgerengagement und Freiwilligenarbeit vor allem im Bereich der Altenhilfe und Pflege an Bedeutung gewinnen.

Wir wissen es: Die globale Gesellschaft des langen Lebens hat längst begonnen. Unsere Lebensumstände sind geprägt von wachsender Hochaltrigkeit, zunehmender Individualisierung und Singularisierung von Lebensentwürfen und von Lebensumwelten, die durch neue Technologien und eine unglaubliche Vervielfältigung von Waren und Informationen komplex und anstrengend geworden sind. Das gilt für Menschen jeden Lebensalters, besonders aber für Ältere.

Bis zum Jahr 2020 wird die Zahl der pflegebedürftigen Menschen in Baden-Württemberg auf ca. 310.000 ansteigen. Jeder Dritte der Pflegebedürftigen ist auf eine stationäre Versorgung angewiesen. Mit dem demographischen und sozialen Wandel verringert sich bei steigendem Hilfebedarf die Zahl der Unterstützer. Daher werden professionelle Pflegedienste und stationäre Pflegeeinrichtungen künftig noch stärker als bislang die Zusammenarbeit mit engagierten Bürgerinnen und Bürgern suchen müssen.

Die Versorgungslandschaft am Ende des Lebens ist mächtig in Bewegung geraten. Stationäre Einrichtungen sind keine ruhigen Inseln mehr, sondern sind von diesen gesellschaftlichen Veränderungen betroffen und gezwungen, ihrerseits Antworten zu entwickeln.

Wir wissen auch: Bürgerschaftliches Engagement in Pflegeeinrichtungen schafft mehr Lebensqualität für Bewohnerinnen und Bewohner. Es ermög-

licht Teilhabe und gemeinsames Erleben, es baut Brücken zwischen Generationen. Und es sorgt für die Verwurzelung der Pflegeeinrichtung vor Ort, in der Kommune. Bürgerschaftliches Engagement ist ein Qualitätsfaktor in der Pflege.

Zu dieser Erkenntnis haben in Baden-Württemberg und bundesweit seit über zehn Jahren drei Projektgenerationen unter dem Stichwort Bürgerengagement für Lebensqualität im Alter (BETA - Bürgerschaftliches Engagement und Tagespflege - und BELA I-III) beigetragen.

2. Die BETA- und BELA-Projekte 1996-2009

BETA 1996-2002 - Bürgerschaftliches Engagement in der Tagespflege: Zwei Förderperioden von fünf Einrichtungen verschiedener Träger in Baden-Württemberg, davon zwei Seniorengenossenschaften, in Verbindung mit den örtlichen Kommunen. Es werden lokale gemischte Projektgruppen eingerichtet und Verbundtreffen mit Beteiligten aus allen Ebenen;

finanziert aus Mitteln des BMG (Projektstellen in den Einrichtungen und zentrale Koordination 50% und Landesmittel für Fortbildungsbausteine für Freiwillige).

Es entsteht eine Arbeitsgruppe Bürgerengagement und Pflege auf Landesebene mit weiteren 30 Einrichtungen für Wissenstransfer, die das Ministerium für Arbeit und Soziales begleitet.

BELA I 2002-2004 umfasste einen landesweiten Wettbewerb, ein Fortbildungsprogramm zur Würdigung von Freiwilligen in stationären Einrichtungen, eine empirische Analyse zu Art und Umfang des Bürgerengagements in der stationären Pflege und eine internationale Fachtagung²²; gefördert durch Mittel der Landesstiftung Baden-Württemberg.

²² **Der BELA-Wettbewerb – Anerkennung und Auszeichnung beispielgebender und innovativer Bürgerinitiativen in der stationären Pflege**

Am Wettbewerb beteiligten sich über 280 Projekte und Initiativen. In diesen Projekten und Initiativen engagieren sich über 10.000 Menschen für Pflegebedürftige, die auf eine stationäre Versorgung angewiesen sind. Der Landeswettbewerb wurde mit der Auszeichnung von 45 Preisträgern im Juni 2004 im Rahmen einer Festveranstaltung im Neuen Schloss in Stuttgart abgeschlossen.

Die BELA-Fortbildung – Praktische Unterstützung der freiwillig Engagierten in Pflegeeinrichtungen durch Fortbildungsangebote

Den Teilnehmern des BELA-Wettbewerbs wurde die Möglichkeit geboten, an einer Fortbildungsreihe teilzunehmen. 13 Fortbildungsangebote wurden modulartig entwickelt und seit September 2004 dezentral an verschiedenen Standorten angeboten. Über 1.000 Teilnehmer wurden erreicht.

Die BELA-Bestandserhebung - Eine empirische Analyse zu Art und Umfang des Bürgerengagements in der stationären Pflege

BELA II - Praxisverbund 2003-2006, BE für Lebensqualität im Alter, Verbundprojekt von 19 Einrichtungen an 9 Standorten jeweils mit kommunalen Partnern, entstanden aus der AG Bürgerengagement und Pflege, eingebettet in eine landesweite Kampagne „BELA“ zur Förderung und Stärkung der Freiwilligenarbeit in stationären Einrichtungen.

Umsetzung in Tandems und Tandemtrainingstagen, Jahresschwerpunkten mit lokalen Fortbildungsthemen, Verbundfachtagen und Zielfindungsprozessen in den einzelnen Einrichtungen. Es entstehen 120 Projekte, 300 Freiwillige mit dauerhaften Kooperationen mit Partnern in den beteiligten Kommunen bis hin zur Entstehung neuer stadtteilorientierter Kooperationsplattformen; finanziert von der Robert Bosch Stiftung.

Gesamtbudget: ca. 330.000 €, zentrale Koordination (50%) und Sachkostenbudget für Bildung und Projekte.

BELA III - Aufbau eines landesweiten, trägerübergreifenden Netzwerks 2008-2010 stationärer Einrichtungen, 1/3 Eigenbeteiligung, 2/3 stiftungsfinanziert in der Aufbau-phase. 12 Knoten mit regionaler Koordinierungsfunktion in regionalen Mitgliedergruppen. Bisher 96 Einrichtungen mit einem Eigenmittelaufkommen von 78.000 €.

Gesamtbudget: ca. 550.000 € für Projektbüro: zentrale Koordination (50%), Teilsekretariat, regionale Koordinationsbudgets (1.300 € pro Jahr) und Projektsachkosten für Netzwerkkommunikation und insgesamt ca. 80 Bildungsmaßnahmen; gefördert von der Otto und Edith Mühschlegel Stiftung in der Robert Bosch Stiftung.

In BELA III, der jüngsten Projektgeneration, haben sich in Baden-Württemberg seit Sommer 2008 an die 100 stationäre Einrichtungen trägerübergreifend aus über 40 Verbänden zu einem auf Dauer angelegten Netzwerk zusammengeschlossen, an dem sie sich erstmals mit Eigenmitteln beteiligen. Sie gehen den Wandel in der Freiwilligenarbeit gemeinsam an.

Das BELA-Projekt in Baden-Württemberg insgesamt ist eine Gemeinschaftsinitiative des Landes, des Gemeindetages, des Landkreistages, des Städte-

Die wissenschaftliche Bestandserhebung umfasste 259 Pflegeeinrichtungen und mehr als 1.100 einzelne Engagierte. Die Ergebnisse der Untersuchung zeigen unter anderem, dass sich überwiegend ältere, nicht mehr erwerbstätige Frauen in den stationären Pflegeeinrichtungen engagieren, und zwar weitgehend unabhängig davon, ob dort ein Angehöriger oder Verwandter lebt. Im Mittelpunkt des freiwilligen Engagements stehen verschiedene Formen der Pflege sozialer Kontakte zu einzelnen Heimbewohnern sowie gesellige Gruppenaktivitäten. Nur wenige Einrichtungen verfügen über ein systematisches Konzept oder eine Gesamtstrategie zur Förderung von Engagements.

Die BELA-Fachtagung - Vorläufiger Abschluss des Projektes mit einer internationalen Fachtagung im November 2005

tages, des Landesseniorenrates, der Evangelischen Fachhochschule und der Universität Freiburg.

An den BELA-Projekten ist an der Umsetzung das Paritätische Bildungswerk e.V., Stuttgart beteiligt. Finanzielle Förderung erfolgte durch die Landesstiftung Baden-Württemberg und die Robert Bosch Stiftung, Stuttgart. Die Evaluation wird durchgeführt von der EFH Freiburg.

Ausgangspunkt für diese beachtliche Entwicklung bildete das im Rahmen des Modellprogramms geförderte BETA-Projekt (Bürgerschaftliches Engagement und Tagespflege). Es beinhaltet bereits die Grundstrukturen eines Wohlfahrtsmix, die auch heute wesentlich zum Erfolg beitragen.

Dazu gehören trägerübergreifende Kooperation mit Mischfinanzierungen, kommunale Einbettung, themenbezogene Lernarrangements, eine gemeinsame Ausrichtung, die Altern als gemeinschaftliche Verantwortung begreift und Vernetzung regional und landesweit.

Das BETA-Projekt war ein Verbundprojekt von fünf Standorten in Baden-Württemberg, das über sieben Jahre hinweg (1996-2003) Freiwilligenarbeit als systematisches Arbeitsprinzip im Umfeld von Tagespflege und später auch stationärer Pflege entwickelt und ausgearbeitet hat.

„Wir können uns die tägliche Arbeit in unserer Tagespflege gar nicht mehr ohne engagierte Bürgerinnen und Bürger vorstellen“ – so lautete das Fazit der Projektbeteiligten aus dem Samariterstift in Geislingen/Steige, einem von fünf Standorten des BETA-Projekts. In Geislingen sind gleich mehrere Schritte gelungen, um Bürger und Bürgerinnen wirksam, eigenständig und vielfältig am Alltag von Bewohnern und Mitarbeitern zu beteiligen: Lebensgeschichte und Erinnerungen werden in Erzählrunden gepflegt, die eine Gruppe von Freiwilligen seit Jahren gestaltet. Schüler- und Konfirmandengruppen gehen heute in der Einrichtung ein und aus und entdecken soziales Lernen vor Ort. Freiwilligeninitiativen wie der Erste-Welt-Laden sind unter einem Dach zu finden. Die Zusammenführung mit den traditionellen Besuchsdiensten des Hauses ist über gemeinsame Fortbildung und Aktionen Schritt für Schritt gelungen. Mitarbeiter praktizieren heute auch auf einzelnen Pflegestationen Partnerschaft mit Angehörigen und Freiwilligen in Biographieprojekten. In der Tagespflege trägt eine Frühstücksbegleitung von Freiwilligen dazu bei, dass Mitarbeiter Dienstübergaben konzentriert und in Ruhe durchführen können. Die Einrichtung beteiligt sich selbstbewusst und

verantwortlich an bürgerschaftlichen Aktionen der Stadt, so z.B. bei der erfolgreichen Aktion „Stühle wechseln“, in der Geislinger Bürger ihre Stühle für einen Tag mit sozialen Tätigkeiten wechseln konnten. So wird möglich, dass Menschen von draußen unaufgefordert den Weg in die Einrichtungen suchen. Ein Interessierter drückte es so aus: „Ich habe jetzt öfter gehört, dass Sie so eine Einrichtung sind, wo man sich auf anregende Weise einbringen kann.“

Mit ähnlichen Erfolgsbilanzen schlossen alle Standorte des BETA-Projekts ab. Ziel war, zu zeigen, wie entscheidend Bürgerengagement als Arbeitsprinzip Lebensqualität von hochbetagten Menschen in Einrichtungen befördert und welche Rahmenbedingungen es dafür braucht. An allen Standorten arbeiten die bestehenden Tagespflegeeinrichtungen heute mit tragfähiger bis maximaler Auslastung, mittlerweile auch im ländlichen Raum. An zwei Standorten wurde das Angebot zudem erheblich ausgeweitet. Das Projekt wurde ermöglicht durch Mittel des Bundesgesundheitsministeriums und des Sozialministeriums, Baden-Württemberg.

Überzeugend ist, wie Beteiligung von Bürgerinnen und Bürgern eine Win-Win-Situation für alle schafft und auch den Erfolg der Einrichtungen fördert. Bürgerengagement baut Barrieren ab und öffnet Türen.

Das BETA-Projekt hat damit den Paradigmenwechsel in der Freiwilligenarbeit und den Wandel der Altersleitbilder ausdrücklich aufgegriffen. Im Mittelpunkt beider Diskurse steht die Ermöglichung, ja Einforderung von Selbstbestimmung und Teilhabe. Das gilt für die aktive ältere Generation im Sinne ihrer Potentiale und für die hochbetagten Bewohner von stationären Einrichtungen im Sinne der personenbezogenen Pflege gegenüber einer funktionsorientierten Pflege. Der Hauptunterschied liegt in einem veränderten Grundverständnis von bürgerschaftlichem Engagement und der Rolle der Einrichtung und der Mitarbeiter in diesem Zusammenspiel.

3. Konzeptgeleitete Arbeit: Die Bedeutung von Teilhabe

Gesellschaftliche Teilhabe ist ein grundlegender Bestandteil eines guten Lebens – auch und gerade für Hochbetagte, die in stationären Einrichtungen leben. Dagegen ist dieser Alltag heute geprägt von der Dominanz pflegerischen Handelns.

Angesichts der demographischen Entwicklung wächst das Bewusstsein, dass das hohe Alter ein ziviles Lernprojekt darstellt und nicht nur auf die Verbesserung eines professionellen Instrumentariums ausgerichtet werden darf. Gesellschaftliche Teilhabe ist ein Grundrecht jedes Bürgers. Lebensqualität von Betroffenen hängt nicht zuletzt davon ab, ob sie am Rande stehen oder mitten hinein geholt werden – wenigstens für Momente. Es geht um Erhalt und Aufbau von Humanvermögen: Jüngere und Ältere müssen sich auch diesen Lebensabschnitt aneignen können. Es gibt darin viel zu entdecken und zu lernen.

Mary Marshall, die schottische Verfechterin einer neuen Pflegekultur, spricht vom „Citizenship-Konzept“²³. Sie plädiert dafür, dass Menschen, die andere brauchen, nicht reduziert werden dürfen auf Objekte der Unterstützung, egal wie fachlich sinnvoll die Verfahren sind.

Es gilt, an Formen der Unterstützung und Begleitung anzuknüpfen und Lebensräume zu schaffen, die den Akteuren wieder ihre Würde als Handelnde zurückzugeben vermögen.

Bürgerengagement findet als Arbeitsprinzip systematisch Eingang und kann so zu einem Qualitätsmerkmal stationärer Einrichtungen werden.

Bürgerengagement trägt in vier Aspekten zu einem Kulturwandel in der Pflege bei.

- *Bürgerengagement ermöglicht Momente einer neuen Pflegekultur, die Beteiligung, Kooperation und Lebensqualität zwischen Angehörigen, Freiwilligen und Mitarbeitern verankert:*
Vielfalt, Offenheit, Lebensnähe, Bereicherung, Beteiligung – so lassen sich die Auswirkungen für das Milieu, in dem Bewohner leben, beschreiben. Vertrauen, mehr Initiative und mehr Dialog, – so lassen sich die Auswirkungen für das Kooperationsklima zwischen Angehörigen, Mitarbeitern und Freiwilligen beschreiben. Mehr Ruhe, Entlastung und Möglichkeit zu gezielter Betreuung – so lassen sich die positiven Wirkungen für Mitarbeiter beschreiben, die sich auf eine systematische Zusammenarbeit mit Freiwilligen eingelassen haben.

²³ Referat an der Abschlussveranstaltung „Gemeinsam betreuen – für ein besseres Leben mit Demenz“ der Robert Bosch Stiftung, Berlin 2006.

- *Bürgerengagement trägt zur Öffnung der Einrichtungen bei:*
Lebendige Gemeinschaftseinrichtungen brauchen – je stärker eine Monokultur sich durch Lebenslagen ergibt – Vielfalt und Öffnung, Austausch in Nachbarschaften und Gemeinwesen hinein.
- *Bürgerengagement generiert Daseinskompetenz und Respekt für das vierte Lebensalter bei Bürgerinnen und Bürgern:*
Menschen gewinnen grundlegende Daseinskompetenz für das vierte Lebensalter, wenn sie sich im Umfeld von Pflege engagieren. Die Beteiligung von Freiwilligen trägt zu einem Klima von Vertrauen und Wertschätzung bei, von dem Mitarbeiter und Bewohner gleichermaßen profitieren. Freiwilligeninitiativen wirken der Ausgrenzung entgegen und vermitteln Respekt für die herausforderungsvolle Aufgabe, die Pflegefachkräfte leisten.
- *Bürgerengagement erschließt Altern in gemeinsamer und gemeinschaftlicher Verantwortung:*
Viel hängt davon ab, ob in Zukunft die Hochaltrigkeit genauso Bestandteil der Lebensplanung und des Engagements von Bürgerinnen und Bürgern in ihren Gemeinwesen wird, wie es andere Lebensabschnitte geworden sind.

4. Entwicklungen 1996-2009: Was die Projekte unterscheidet

4.1 Reichweite

In der Laufzeit der Projekte wurde eine bedeutende Ausweitung der beteiligten Einrichtungen innerhalb von Baden-Württemberg erreicht. Angestrebt wird, bis zum Ende der Aufbauzeit von BELA III ca. 10 Prozent der stationären Einrichtungen einzubinden. Die überdauernde Zusammensetzung der Initiativgemeinschaft (Landesseniorenrat, Kommunale Landesverbände, Ministerium für Arbeit und Soziales, Evangelische Fachhochschule Freiburg, Fachkoordination I.S.) hat zur dieser Entwicklung entscheidend beigetragen.

4.2 Veränderungen der Finanzierung: Von der staatlichen Modellförderung zum Eigenmittelfonds

Der Einstieg in das Programm erfolgte über das Bundesprogramm des BMG ergänzt um Projektmittel des Landes. Die entscheidende Neuerung erfolgte im BELA III Projekt durch die Einrichtung eines Eigenmittelfonds der Netz-

werkteilnehmer (10 € pro Platz pro Jahr). Damit soll der Bestand von Netzwerkstrukturen aus der Aufbauphase ermöglicht werden.

4.3 Grad der Selbstorganisation: Vom Projekt für andere zum Projekt mit und durch die Einrichtungen selbst

Das Bundesprogramm ermöglichte ausgewiesene Projektfachstellen für die lokalen Prozesse. In den Nachfolgeprojekten beschränkte sich die Förderung auf Koordinationsressourcen für das Netzwerk. Die Einrichtungen strukturierten die Projektarbeit anhand der gegebenen Möglichkeiten. Es wurden mehr Möglichkeiten für Wissens- und Erfahrungstransfers der Teilnehmer geschaffen. Beispiele: Foren als Arbeitskreise, Projektbörse im Internet, eigenständige Regionalgruppen.

Damit sind Rahmenbedingungen entstanden für ein Netzwerk, das sich erweitern kann und gemeinsame Entwicklungen unterstützt.

5. Gemeinsame Merkmale: Was die Projekte verbindet

5.1 Lebensqualität als Leitperspektive für Beteiligung und Zusammenarbeit von Hauptamtlichen und Freiwilligen

Lebensqualität ist nur bedingt käuflich und im Rahmen einer geschäftsmäßigen Beziehung zwischen Dienstleistungsanbietern und Kunden realisierbar. Lebensqualität ist immer auch vom Vorhandensein sozialer Nähe, sozialer Zuwendung sozialer Anerkennung und sozialer Einbindung in eine Gemeinschaft abhängig. Die Aufrechterhaltung von sozialen Kontakten und Beziehungen wird vor allem durch die konsequente Einbindung von Bürgerengagement und Angehörigenmitarbeit unterstützt.

Die Philosophie der Projekte beruht auf folgenden Grundannahmen:

- dass Lebensqualität im Heim eine Perspektive darstellt, die verbindet und kreative Potentiale freisetzt für ein besseres Leben. Sie kann dazu beitragen, dass Menschen die Angst vor dem Altern abbauen, dass die professionelle Pflege hochbetagter Menschen aufgewertet wird und Altern nicht nur als Defizit begriffen wird;
- dass Lebensqualität als persönliches und gesellschaftliches Thema Anreize bietet und deshalb Türen öffnet für bürgerschaftliches Engage-

ment: Freiwillige wollen Wirkung spüren, Sinn und Bedeutung erfahren, Neues entdecken und mit andern in Kontakt sein;

- dass die Auseinandersetzung mit Fragen von Lebensqualität und gutem Leben wertvoll ist und einen persönlichen Gewinn ermöglicht. Sie trägt zur Daseinskompetenz des Einzelnen bei und vertieft das Verständnis, dass Wohlbefinden eine Vielfalt von Partnern braucht. Dadurch entsteht mehr Bereitschaft zu gemeinschaftlichen Lösungen;
- dass Teilhabe ein entscheidender Weg ist zu gegenseitigem Respekt, Anerkennung und Wertschätzung gegenüber denen, die sich an der Versorgung und Betreuung von Menschen in Heimen beteiligen: Bewohner, Mitarbeiter und Angehörige, Freiwillige und das gesellschaftliche Umfeld;
- dass gemeinsames Lernen in Projekten eine der wirksamsten Wege darstellt, damit Menschen Unterschiede als Bereicherung und nicht als Störung erleben. So können sich Fachkräfte und Freiwillige annähern in ihren Handlungsperspektiven und den Reiz gemeinsamer Ziele entdecken. Koproduktion und Partnerschaftlichkeit können sich als Qualitätsmerkmale einer verbindlichen Zusammenarbeit von Hauptamtlichen und Freiwilligen herausbilden.

5.2 Freiwillige, aber verbindliche Kooperation der beteiligten Akteure und Organisationen

Die Projekte beruhen auf freiwilligen trägerübergreifenden Zusammenschlüssen und kommunaler Beteiligung. Trotz verbreiteter Bedenken wegen verstärkter Konkurrenz auf dem Markt hat sich dies als möglich und nützlich herausgestellt. Besonders im Blick auf das negative Image stationärer Einrichtungen in der Bevölkerung erhoffen sich Verantwortliche bessere Chancen durch eine „gemeinsame Stimme“ und einen Zuwachs an Glaubwürdigkeit. Fachstellen aus Kommunen oder Landkreisen sind eingebunden.

Im BETA-Projekt gab es eine Arbeitsgruppe auf Landesebene. Im BELA-Praxisverbund und im BELA-Netzwerk existieren begleitende Trägergemeinschaften. Basis der Zusammenarbeit sind Vereinbarungen. Sie regeln die Verfahren der Information, der Beteiligung und die Ressourcen. Gestaltungsspielräume bestehen in der Ausrichtung und Umsetzung der Freiwilligenprojekte.

5.3 Eine Projektarchitektur der „Political Governance“

Bürgerengagement kann ein Arbeitsprinzip auch in der professionellen Pflege werden. Voraussetzung ist allerdings, dass die professionelle Pflege ein Anforderungsprofil und Kooperations- und Kommunikationsformen entwickelt, das Freiwilligen einen anerkannten Platz in den Einrichtungen verschafft.

Wenn wir engagierte Menschen gewinnen wollen für den Alltag mit Pflege, brauchen wir in den Einrichtungen ein Werteverständnis, das der Philosophie moderner Freiwilligenarbeit standhält.

Menschen, die sich engagieren, tun dies aus einer inneren Überzeugung heraus.

Menschen haben sich entschieden, mitzumachen. Sie sind nicht verführt worden durch äußerliche Reize. Sie entwickeln eine Haltung dazu und verhalten sich nicht wie triviale Maschinen. Sie haben gerade dieses Engagement für sich aus anderen, gegen andere Tätigkeiten ausgewählt. Deshalb bedeutet es ihnen etwas.

Rahmenbedingungen der drei W's (Wahrnehmung, Wertschätzung, Weiterbildung) spielen deshalb eine entscheidende Rolle.

Dazu gehören systematische Aushandlungs- und Steuerungsprozesse auf der Ebene der Einrichtungen und ihrer kommunalen Partner und Beteiligung auf der Ebene der Träger sowie starke gesellschaftspolitische Fürsprecher (vgl. BELA III) als Initiatoren.

5.4 Beteiligung von Freiwilligen und Mitarbeitern durch Projekte und pfiffige Netzwerke: Türöffner und attraktive Tatorte schaffen

Es gibt mächtige Handlungsbarrieren für Eigeninitiative und spontanes Engagement von Freiwilligen in stationären Einrichtungen. Heime tragen nach wie vor das Anstaltsstigma. Viele Bürgerinnen und Bürger vermeiden den Kontakt zu Hochbetagten, Kranken oder psychisch veränderten Menschen. Es ist für sie eine fremde Welt, belegt mit Vorurteilen und Ängsten. Vor allem aber fühlen sich die meisten unsicher, was zu tun, was zu lassen ist. Die wenigsten haben eine präzise Vorstellung, was denn ihr Beitrag sein könnte angesichts der Dominanz professioneller Versorgung und der eingeschränkten Fähigkeiten und Ressourcen der Bewohner. Es erfordert ein hohes Maß an Zivilcourage, sich ein solches Wirken „herauszunehmen“ in einer halböff-

fentlichen Situation. Wer es trotzdem tut, fällt auf. Leichter gelingt es in Gruppen. Menschen wollen gefragt werden. Sie möchten wählen können und wissen, was sie erwartet.

Die bisherigen Formen von freiwilliger Tätigkeit müssen so weiterentwickelt werden, dass damit für die Beteiligten und die Institution erkennbare und eigenverantwortliche Handlungsprofile entstehen. Dies stärkt die Rolle der Freiwilligen, fördert Orientierung und gemeinsames Handeln in der Gruppe, eröffnet Perspektiven für kreative eigene Gestaltung im institutionellen Umfeld. Der Wert der bürgerschaftlichen Aktivitäten ist erkennbar für das Umfeld. Die Attraktivität des Engagements steigt.

Deshalb braucht es vielfältige Beteiligungsmöglichkeiten und eine ausdrückliche Einladungskultur, um freiwilliges Engagement zu verbreitern. Die aktive Rolle der Kommune ist dabei unverzichtbar. Sie ist Auftraggeber, Katalysator, Moderator, Vermittler und Unterstützer.

Projektideen ermöglichen Orientierung für alle.

In den Einrichtungen werden Projekte verabredet, mit denen neue Freiwillige angesprochen und auch gewonnen werden. Fortbildung vor Ort unterstützt diesen Prozess. Die Projekte reichen von der Englischgruppe für Demenzkranke über „Marktgang“ oder „Wieder einmal in die Stadt“ bis zum Männerstammtisch mit Erinnerungsgeschichten. Mitarbeiter werden gefordert, aber auch bereichert durch Kontakte, neue Perspektiven und Leadership-Erfahrungen.

5.5 Begrenzte, aber vielseitige und verlässliche übergreifende Supportstrukturen

Interessierten Einrichtungen stand in den Projekten vor allem *ein begleiteter Arbeitsprozess* zu Verfügung, der ihnen wichtige Ressourcen bietet für die Förderung von Bürgerengagement in stationären Einrichtungen: Finanzielle und fachliche Ressourcen für Gesamtregie, Entwicklung, Fortbildung und Koordination.

Die Projektziele werden eigenständig verfolgt. Die Einrichtungen schaffen dafür *eigene Arbeitsstrukturen* und beteiligen sich eigenständig am Netz-

werk. Als unverzichtbar für eine wirksame, faire und weiterführende Beteiligung von Freiwilligen gelten:²⁴

- Ansprechpartner, die sich auskennen mit Freiwilligen,
- Informations- und Kooperationsstrukturen,
- klare Aufgaben,
- Würdigung und Anerkennung,
- Einführung bzw. Fortbildung,
- Einbindung in die Einrichtung.

Immer wichtiger werden externe Unterstützer und ein ermöglichendes politisches Umfeld.

6. Gesellschaftspolitische Bewertung

6.1 Praxisentwicklungsprojekte eingebettet in politische Zusammenhänge sind Motoren der Innovation

BETA hat eine ganze Generation von Projekten geprägt. Es verfügte über ein tragfähiges Fundament und fungierte als Leitprojekt im Blick auf Gewinnung von Freiwilligen, den Aufbau von Strukturen der Zusammenarbeit innerhalb und außerhalb der Einrichtungen, der Art des Netzwerkers und der politischen Einbettung und der Formen gemeinsamen Lernens.

Es begründete eine Reihe höchst erfolgreicher Projekte, die durch die Lebensqualitätsperspektive stark in Würde und Teilhabe verwurzelt sind. Es handelt sich dabei nicht um Ehrenamtsbeschaffungsprogramme. Dadurch bilden sie ein normatives Gegengewicht zur Industrialisierung des Sozialen. Besonders das Zusammenwirken verschiedener politischer Ebenen und Finanzierer erweist sich von heute aus betrachtet als beispielgebend. Probleme werden zur gemeinsamen Bearbeitung freigegeben. Es werden möglichst viele zu Beteiligten gemacht.

²⁴ Vgl. Hafner, Inge: Volunteers im Landkreis Esslingen / Grundsätze 1999.

6.2 Eine Kompetenzperspektive gegenüber engagierten Bürgerinnen und Bürgern – klug umgesetzt – erschließt zuverlässig Engagementbereitschaft in den unterschiedlichsten Gruppen der Gesellschaft

BETA und BELA setzen auf Kompetenz und Empowerment. Sie schaffen unzählige Gelegenheiten zu Selbstwirksamkeit (Erinnerungspflege, Begleiterprofile, Bürgermentoren für Jugendprojekte in stationären Einrichtungen). Sie erschließen den „sozialen Reichtum des Lokalen“ und verschaffen ihm Geltung (Beispiel ehemalige Kindergärtnerin als Tandempartnerin). Sie bieten einen Rahmen, der die zentrale Motivlage von Freiwilligen berührt: an Gesellschaft im Kleinen im eigenen Lebensumfeld mitgestalten zu können.

Sie bieten aber auch Gelegenheiten, dass Potentiale von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ins Spiel kommen können. Sie befördern Motivation und Kreativität. Allerdings benötigen sie eigenständige und sorgsame Strukturen.

6.3 Bürgerschaftliches Engagement leistet einen grundsätzlichen zivilgesellschaftlichen Beitrag zur Inklusion des hohen Alters: BETA und BELA öffnen Personen, Welten, Strukturen und befördern „faire Kooperation“

BETA und BELA verwirklichen Ansätze, die der Exklusion sowohl von Bewohnern wie von Mitarbeitern entgegenwirken. Die BETA-/BELA-Prozesse öffnen Türen: Sie unterstützen eine vertrauensvolle Organisationskultur. Über begleitete Arbeits- und Lernprozesse in Projekten öffnen sich Teile der Mitarbeiterschaft. Beteiligung von Freiwilligen als systematisches Arbeitsprinzip findet Eingang und wird anerkannt. Sie bilden einen Beitrag zum konstruktiven Umgang mit Differenz, unterstützen faire Kommunikation. Sie sind Wegbereiter einer Kultur der Ko-Produktion.

Sie ermöglichen Erfahrungen von Einmaligkeit und Aufeinander Angewiesensein bis zuletzt in der fremden Welt Pflegeheim. Sie leisten einen Beitrag zur Entdämonisierung des Heims durch Annäherung im Engagement. Voraussetzung dafür sind allerdings geeignete Personen und Strukturen als Mittler, Moderatoren und Botschafter.

6.4 Lebensqualität im hohen Alter darf nicht reduziert werden auf Maßnahmen der Wohn- und Versorgungspolitik, sondern muss von Bildungsprozessen flankiert werden

BETA- und BELA-Projekte zeigen die Notwendigkeit und Bedeutung informeller Lernprozesse durch bürgerschaftliches Engagement. Der Reichtum

bestehender Praxis von Freiwilligenarbeit in stationären Einrichtungen ist beeindruckend. Dennoch müssen immer neue Generationen und Zielgruppen an die Frage des „guten Lebens im Alter“ herangeführt werden. Lebensqualität hängt nicht zuletzt zukünftig davon ab, dass Menschen wissen, was sie wollen, und in der Lage sind, eigene Initiativen mit andern zu entwickeln: Sich selbst ermächtigen und handeln, anstatt behandelt zu werden. Bürgerschaftliches Engagement in Feldern der Altenhilfe stärkt solche Lernprozesse.

6.5 Lebensqualität durch Bürgerengagement gelingt am nachhaltigsten in Ko-Verantwortung als beständige Aufgabe

Ein engagementfreundliches Klima und solidarische Netzwerke sind nicht aus einzelnen Einrichtungen und auch nicht durch Einrichtungsnetzwerke allein heraus leistbar. Ein gesellschaftlicher Diskurs vieler Verantwortungsträger muss praktische Handlungsmöglichkeiten vor Ort begleiten und unterstützen. Neue Partnerschaften sind unverzichtbar. Die Sicherung und Förderung von Lebensqualität durch Bürgerengagement muss dauerhaft in gemeinsamer Verantwortung organisiert und finanziert bleiben. Die BETA- und BELA-Modelle haben gezeigt, dass dies nur in Ko-Prozessen nachhaltig möglich ist. Weder eine Überantwortung an Institutionen, noch an Professionen, aber eben auch nicht an die Lebenswelt bringt Tragfähigkeit, Robustheit und Würde hervor.

6.6 Leben mit Pflegebedürftigkeit wird „gesellschaftsfähig“ durch eine Kultur der Verbundenheit

Im Netzwerk wird Wandel leichter, anregend und verkräftbar. Und Wandel ist angesagt. Die Leitbilder für ein würdevolles Leben bei Pflegebedürftigkeit in stationären Einrichtungen haben sich in den letzten 60 Jahren grundlegend verändert: vom hierarchischen Anstaltskonzept bis zur fünften Generation dezentraler kleiner Versorgungseinheiten nach dem Hausgemeinschaftsprinzip, in denen die Bewohnerinnen und Bewohner mit ihrer Lebensgeschichte und der gemeinsame Alltag im Mittelpunkt stehen. In allen Versorgungsformen haben Freiwillige schon immer eine bedeutsame, aber meist unterschätzte Rolle gespielt.

Aus dem Schattendasein herausgeholt wurde die Freiwilligenarbeit in der Altenhilfe erst in den letzten Jahren. Voraussetzung war eine Neubewertung

von Alltag und Lebenswelt im Verhältnis zu den Orientierungen professioneller Pflege. In der Gerontologie wurde dies schon lange unter dem Konzept der lebensweltlichen Pflegekultur gefordert (Steiner 1997). Viel bewegt hat die sozialpolitische Debatte um soziale Teilhabe als gesellschaftliches Grundrecht. Auch Menschen in Pflegeeinrichtungen sind darin eingeschlossen. Das belegt sowohl der neue nationale Standard „Teilhabe“ wie auch die Erneuerung gemeinwesenorientierter Konzepte aus den 1970er Jahren – damals unter dem Leitgedanken der Öffnung, heute vermehrt unter dem Begriff der Sozialraumorientierung. Beide Konzepte setzen die Verbindung und das Zusammenwirken mit einer interessierten Bürgerschaft voraus. In stationären Einrichtungen kann sich ein solcher Austausch nur entwickeln, wenn sie „eingebettet“ sind und „eingebettet“ werden.

Traditionelles freiwilliges Engagement in stationären Einrichtungen kümmerte sich bisher um den direkten Einzelkontakt, oft neben und nur am Rande bemerkt von der professionellen Pflege. Diese Form wird auch in Zukunft die Grundlage der Begleitung darstellen. Aber auch sie steht vor einem Wandel. Die besonderen Herausforderungen von Menschen mit Demenz fördern Interesse und Bereitschaft von Freiwilligen an Qualifizierung. Der Motivwandel bei den Freiwilligen selber verlangt eine Erneuerung der bisherigen ehrenamtlichen Arbeit. Er betrifft die Altenarbeit ganz besonders. Sie stützt sich heute in der Regel noch auf eine pflichtorientierte Generation von Freiwilligen. Neue Freiwilligengenerationen zeigen andere Merkmale und Erwartungen. Die Einrichtungen müssen sich umstellen. Die Rahmenbedingungen für Freiwillige müssen reflektiert und verändert werden. Vor allem aber setzt dieser Wechsel eine „Kultur der gleichen Augenhöhe“ voraus. Hier zeigen sich für Verantwortliche komplexe und neuartige Entwicklungsfragen.

Altenarbeit gehörte bisher nicht zu den favorisierten Feldern der neuen Freiwilligenarbeit. Altenpflege steht hier in Konkurrenz zu Kulturarbeit, ökologischen Handlungsfeldern und Jugend- und Kinderarbeit. Pflegeeinrichtungen als soziale Lernorte mit besonderen Chancen brauchen öffentliche Stimmen und Marketing für das „gewisse Etwas“.

Dieses Feld bietet viele Aufgaben mit Sinnperspektive. Es ermöglicht Gestaltungsspielräume. Engagierte überrascht die hohe Selbstwirksamkeit in der Praxis. Sie erleben Resonanz und können Gesellschaft im Kleinen mitgestalten. Allerdings erschließt sich der Mehrwert meistens erst im und während des Engagements. Die Altenhilfe und besonders die Pflegeeinrichtungen

unterliegen nach wie vor einer unsichtbaren Exklusion und Stigmatisierung. Eindrückliche architektonische Veränderungen vermochten bisher nicht grundlegend die Leitbilder für das hohe Alter zu verändern. Dem Gerontologen Andreas Kruse zufolge haben wir uns mental noch nicht darauf eingestellt, dass wir uns mit einem verlängerten Leben auch grundlegend mit Situationen des Angewiesenseins anfreunden müssen. Als erwartbarer Teil des eigenen Lebens sind sie nicht zu delegieren, höchstens mehr oder weniger passend von Experten zu flankieren. Wir kommen nicht umhin, eine Kultur des persönlichen und gesellschaftlichen Umgangs aufzubauen und auch diese Lebensphase in eigener Verantwortung zu gestalten. Dazu braucht es eine praktische Kultur der Verbundenheit, von der alle Beteiligten etwas haben. Wir benötigen „eingebettete Einrichtungen“. Sie beruhen auf dem verbindlichen Zusammenwirken kleiner und größerer Kreise im Sozialraum. Stationäre Einrichtungen sind selbstverständliche Partner und können eine aktive Rolle spielen. Es geht um neue Zusammenschlüsse von Bürgerinnen und Bürgern, von Einrichtungen und Engagierten, von anderen Organisationen und Pflegeheimen, um das hohe Alter und ein Leben mit Pflegebedürftigkeit „gesellschaftsfähig“ zu machen. Heute gewinnen dadurch Bewohnerinnen und Bewohner und Beschäftigte in stationären Einrichtungen. Für die Zukunft verbessern wir die Rahmenbedingungen unseres eigenen Alterns. Voraussetzung ist allerdings, dass wir einen realistischen Blick entwickeln und handeln, statt in Verleugnung und Problemdelegation zu verharren und an alten Lösungen festzuhalten.

Einbettung ist ein gegenseitiger Prozess. Er erfordert wechselseitige Initiative und die Bereitschaft, Grenzen zu überschreiten. Er wird nicht ohne Anstrengung sein. Es gibt dazu aber auch keine Alternative.

Einbettung entsteht durch drei Prozesse (Edwards 2009: 30):

Bonding: Kontakte aufnehmen und Bindungen bewirken. Dieser vertrauensbildende Prozess zwischen Menschen, die bereit sind zum Engagement, und stationären Einrichtungen erfordert heute gekonnte und systematische Anbahnung und Vermittlung, gute Gelegenheiten zum Schnuppern und eine Kultur der Offenheit bei den Mitarbeitern. Nur so können sich Menschen von außen auch eingeladen fühlen.

Bridging: Brücken bauen. Für die meisten Bürgerinnen und Bürger sind Pflegeeinrichtungen fremde Welten. Es bestehen kaum Vorstellungen, was man darin verloren haben könnte ohne direkten Anlass. Der Ort mit geballter

Präsenz von Einschränkung und Behinderung irritiert oder schreckt sogar ab. Eine Kultur der inneren und äußeren Distanz wirkt der gewünschten Einbettung entgegen. Wenn neue Zielgruppen für ein Engagement gewonnen werden sollen, erfordert dies einen Prozess des Kennenlernens, der Abstimmung von Zielen und Bereitschaften und gegenseitiger Anerkennung der Unterschiede. Heute würde man von „Diversity Management“ sprechen. Dazu braucht es Strukturen und oftmals geeignete Türöffner, die nicht aus den Einrichtungen selber kommen. Einrichtungen können diese Brückenfunktionen kaum aus sich selber heraus leisten, sondern sind auf Vernetzungsstrukturen im Sozialraum angewiesen. Ein gutes Beispiel ist das vermehrte Interesse von Schulen an sozialen Engagementfeldern in Pflegeeinrichtungen.

Linking: Verlässliche Verbindungen und Partnerschaften herstellen. Teilhabe kommt dann in Gang, wenn systematische Prozesse der Beteiligung und Deinstitutionalisierung den Ausgrenzungen, die mit dem Leben in einer Pflegeeinrichtung verbunden sind, entgegenwirken. Unter dem Motto „Mehr Alltag und Normalität“ werden zurzeit Rahmenbedingungen verändert, die Beteiligung von engagierten Einzelpersonen und gesellschaftlichen Gruppen leichter und attraktiver machen sollen. Diese verbesserten Rahmenbedingungen führen aber nicht automatisch zu neuen Kooperationsformen.

Um in solchen Lebensräumen den Alltag gemeinsam zu gestalten, sind erweiterte Kompetenzen und ein gemeinsames Sinnverständnis in Arbeit und Engagement bei Freiwilligen und Fachkräften notwendig. Ein Zusammenwirken, das in Richtung Ko-Produktion geht, setzt Begleitung und Lernen am Prozess voraus. Auch hierzu gilt es, Personalentwicklung, Strukturen und geeignete Prozesse aufzubauen.

Stationäre Einrichtungen stehen unter Druck. Sie müssen Antworten suchen und finden für neue Anforderungen und dies unter engstem Zeitbudget und begrenzten finanziellen Ressourcen. Bildungsprozesse in Netzwerken können auf solche Herausforderungen eine effektive und tragfähige Antwort darstellen. Sie bringen Synergie und Kreativität und erlauben unkompliziertes Benchmarking. Österreichische Autozulieferer praktizieren dies seit 20 Jahren.

Dem BELA-Netzwerk steht eine weitere Herausforderung noch bevor: Nach der Aufbauphase Ende 2010 soll die Verantwortung in die Hand der Träger übergehen. Das landesweit angelegte Netzwerk soll in starken Regionen

operieren. Eine schlanke zentrale Struktur mit einer interaktiven Internetplattform sorgt für den notwendigen Zusammenhang und Kommunikationsfluss. Dafür müssen allerdings mittelfristig Drittmittel erschlossen werden. So werden die Einrichtungen von weiteren Abgaben für das Netzwerk entbunden. Der Schulterschluss von Trägern wird der Prüfstein für das Netzwerk werden. Es ist zu hoffen, dass sich bis dahin die strategische Bedeutung von BELA III noch deutlicher zeigt. Der Pflegewissenschaftler Prof. Dr. Hermann Brandenburg (KFH, Freiburg) hat bei der BELA-Auftaktveranstaltung am 15. Juni 2009 in Fellbach ein eindeutiges Plädoyer abgegeben:

„Bela verändert vieles. Der wichtigste Punkt ist aus meiner Sicht, dass BELA einen wichtigen Beitrag zum Pflege-Mix darstellt. Die Pflege der Zukunft (aber auch schon der Gegenwart) kann nur im Zusammenwirken von Professionellen und bürgerschaftlich Engagierten gelingen. Allein schafft das keine Gruppe. Und das wäre auch nicht gut oder erstrebenswert, denn die Perspektiven müssen und sollen sich ergänzen. Das Leben ist vielfältig und BELA ist es auch. Insofern leistet BELA einen Beitrag zum Wandel der Pflegekultur in Deutschland. Einfach ist das nicht, aber eine Alternative dazu gibt es aus meiner Sicht nicht.“

7. Entwicklungstendenzen an einem Beispiel von Schulkooperation

Beispiel:

1998 im Rahmen des BETA-Projekts: Eine solitäre Tagespflegeeinrichtung des DPWV eröffnet in einem Wohnquartier, das eine starke Umstrukturierung erfahren hat durch den Abzug amerikanischer Soldaten. Stadtteilorientierte Community Developmentprozesse wurden von der Kommune bereits eingeleitet. Es gibt eine Stadtteilkonferenz, in der auch die Tagespflegeeinrichtung beteiligt ist.

Freiwillige werden in der Tagespflege über Biographiearbeit interessiert. Es entstehen Erzählwerkstätten. Auch eine Schulklasse beteiligt sich über Netzwerkkontakte der Projektmitarbeiterin ein halbes Jahr regelmäßig an diesen Stunden: Fazit: „Wir sagen jetzt nicht mehr, du hast ja Alzheimer“.

2004 im Rahmen des BELA-Praxisverbundes:

In Rottenburg (1 von 9 Standorten) hat der Träger eine neue Einrichtung eröffnet in einem Stadtteil, der vorwiegend Wohnbezirk ist. Von der Mitwir-

kung im Praxisverbund erhofft sich der Träger eine systematische Einbindung und Unterstützung. Die kommunale Fachstelle für Bürgerengagement richtet eine Stadtteilgruppe ein, in der die meisten öffentlichen Einrichtungen und Vereinigungen mitwirken. In unmittelbarer Nähe befindet sich auch die Hochschule für Forstwirtschaft. Zum Thema Lebensqualität entsteht das Projekt „Barfußpfad im Pflegeheim“ als studentischer Beitrag zur Wald- und Umweltpädagogik. Der nahe gelegene Kindergarten kommt zum gemeinsamen Barfußpfadlaufen. Daraus entwickelt sich eine fortlaufende Erlebnispfadkooperation zwischen Hochschule, Heim, Heimbewohnern und Kindergarten. Gruppen von Heimbewohnern besuchen den Kindergarten und die Hochschule.

2009 im Rahmen des BELA III-Netzwerks:

In Karlsruhe-Stutensee öffnet der Hinweis auf das BELA-Landesnetzwerk einer BELA-Einrichtung zum ersten Mal eine systematische Schulkooperation zur Beteiligung von Schülergruppen über mehrere Monate. Der Einsatz findet statt im Rahmen der neuen Studentafel „Sozialengagement“. Im Netzwerk gründet sich ein Forum „Kooperation mit Schulen“ als thematische Arbeitsgruppe, an der Einrichtungen aus anderen Regionen und Lehrer mitwirken. Es entsteht die Idee, Freiwillige im Rahmen von BELA zu gewinnen und als Begleiter für Schülergruppen in Pflegeheimen auszubilden.

Literatur

- Blaumeiser, Heinz, Annette Blunck, Thomas Klie, Thomas Pfundstein, Elisabeth Wappelshammer (2002): Handbuch kommunaler Altenplanung. Frankfurt.
- Brandenburg, H. (2009): Kommentar zur BELA - Auftaktveranstaltung. Stuttgart (unveröffentlichtes Manuskript).
- Edwards, M. (2009): Civil Society. Cambridge (Polity Press)
- Evers, Adalbert, und Thomas Rauch et al. (2002): Von öffentlichen Einrichtungen zu sozialen Unternehmen - hybride Organisation im Bereich sozialer Dienstleistung. Berlin.
- Glöckner, U., Steiner, I. (2001): Freiwilliges Engagement im Umfeld von teilstationären Einrichtungen der Altenpflege. In: Sozialministerium Baden-Württemberg (Hrsg.): Landespflegetag 2001. Stuttgart (Fraunhofer IRB): 43-71.

- Klie, Thomas (Hg.) (2002): Fürs Alter planen. Beiträge zur kommunalen Altenplanung. Freiburg.
- Klie, Thomas, Paul-Stefan Roß (2005): Archiv für Wissenschaft und Praxis der Sozialen Arbeit 4/2005.
- Klie, Thomas, Paul-Stefan Roß (2005): Wieviel Bürger darf's denn sein!? Bürgerschaftliches Engagement im Wohlfahrtsmix - Eine Standortbestimmung in 10 Thesen. Freiburg, Stuttgart.
- Kruse, A. (2009): Haben wir eine Pflegekultur - Vortrag im Rahmen der Veranstaltung „Vom Bürostuhl zum Pflegebett“ des Landesfamilienrates, Baden-Württemberg.
- Ministerium für Arbeit und Soziales (2004): Dokumentation zum BELA-Landeswettbewerb. Stuttgart.
- Ministerium für Arbeit und Soziales (2005): BELA-Dokumentation zur Fortbildung. Stuttgart.
- Ministerium für Arbeit und Soziales (2006): BELA-Praxisverbund 2003-2006. Das hohe Alter in gemeinschaftlicher Verantwortung. Stuttgart.
- Nell-Breuning von, Oswald (1990): „Das Subsidiaritätsprinzip“. In: Mündler, Johannes, Dieter Kreft (Hg.): Subsidiarität heute. Münster: 173-184.
- Olk, Thomas, Adalbert Evers (1996). „Wohlfahrtspluralismus – Analytische und normativ-politische Dimensionen eines Leitbegriffes“. In: Evers, Adalbert, Thomas Olk (Hg.): Wohlfahrtspluralismus. Opladen: 9-60.
- Steiner, I. (2001): Das BETA-Projekt. Bagso Nachrichten 4/2001. Bonn: 40-43.
- Steiner, I. (2003): BETA: Verbundprojekt zur Förderung von Bürgerengagement in teilstationären und stationären Einrichtungen der Altenhilfe. Stuttgart (unveröffentlichter Abschlussbericht).
- Steiner, I. (2003): BETA-Projekt schafft Lebensqualität durch Bürgerengagement in Einrichtungen der Altenhilfe. Landkreis-Nachrichten Baden-Württemberg 3/03. Stuttgart: 221- 223.
- Steiner, I. (2005): Wenn der Eismann klingelt. Pro Alter 3/05. Köln: 17-23.
- Steiner-Hummel, I. (1995): Würdigung und Wertschätzung - Gemeinden anerkennen, was Pflegende leisten. In: Hummel K. (Hg.): Bürgerengagement, Seniorengemeinschaften, Bürgerbüros und Gemeinschaftsinitiativen. Freiburg (Lambertus): 226-233.
- Steiner-Hummel, I. (1996a): Netzwerke für die Pflege Angehöriger. In: Diakonisches Werk der EKD (Hg.): Danken und dienen. Stuttgart: 90-95.
- Steiner-Hummel, I. (1996b): Solidarisch mit Angehörigen. Kirchheim unter Teck (unveröffentlichter Abschlussbericht).

- Steiner-Hummel, I. (1997): Bürgerschaftliches Engagement und die Entwicklung einer lebensweltlichen Pflegekultur. In: Braun U., Schmidt R. (Hg.): Entwicklung einer lebensweltlichen Pflegekultur. Regensburg (Transfer): 113-132.
- Steiner-Hummel, I. (1998): Alltagsmanagement von Pflege in der Sorgearbeit der Familien. In: Schmidt R. (Hg): Konturen der neuen Pflegelandschaft: Positionen, Widersprüche, Konsequenzen. Regensburg (Transfer): 23-40.
- Steiner-Hummel, I. (1999): Gemeinwesenorientierte Pflege als Weg der kommunalen Altenhilfeentwicklung. In: Schmidt R. et al. (Hg.): Die Versorgung pflegebedürftiger alter Menschen in der Kommune. Frankfurt (Mabuse): 75-88.
- Zacher, Hans (1999): „Sozialrecht“. Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung. Balthes P., Mittelstrass, J., (Hg.). Berlin.

4. *Ruth Schlichting, Landkreis Marburg-Biedenkopf*

Marburger-Modell: Rolle der Kommunen im Rahmen einer sozialraumorientierten Pflege

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich bin gebeten worden, am Beispiel Marburg-Biedenkopf über „Die Rolle der Kommunen im Rahmen einer sozialraumorientierten Pflege“ – so der mir vorgegebene Titel – zu referieren. Dies ist ein guter Anlass, sich abseits des so genannten „Alltagsgeschäfts“ einmal etwas intensiver mit dem Thema zu befassen. Ich tue dies aus der Perspektive eines Landkreises.

Einige Anmerkungen vorweg:

- Die Rolle der Kommunen hat sich verändert, und sie muss differenziert betrachtet werden.
- Die Definition eines „Sozialraums“ ist eine schwierige Sache. Je nach Tiefensicht ist sie auch eine Frage der „Mengenlehre“.
- Pflegestützpunkte werden eine zentrale Rolle bei der Entwicklung einer sozialraumorientierten Pflege-Infrastruktur einnehmen, vorausgesetzt, ihre Implementation und Vernetzung in das vorhandene Altenhilfesystem gelingt.

Ich gliedere meinen Vortrag wie folgt:

1. Rolle der Kommunen
2. Örtliche Ebene
3. Planungsarbeit des Landkreises Marburg-Biedenkopf
4. Pflegestützpunkte

1. Die Rolle der Kommunen

Die Rolle der Kommunen in der Altenpolitik und -planung definiert sich – allgemein betrachtet – aus den gesetzlichen Bestimmungen, aus den Bedingungen eines marktorientierten Pflegesystems und letztlich auch aus den politischen Prioritäten, die eine Kommune der Altenhilfe im Rahmen der örtlichen Daseinsvorsorge einräumt.

Kommunen tragen die Verantwortung für alle Angelegenheiten der örtlichen Gemeinschaft. Sie müssen dafür sorgen, dass „Schwierigkeiten, die durch das Alter entstehen, möglichst verhütet, überwunden oder gemildert werden“. Dazu gehört auch die Schaffung von Rahmenbedingungen, damit ältere Menschen am Leben in der Gemeinschaft teilnehmen können und bei Bedarf notwendige Hilfen bekommen.²⁵

Seit Einführung der Pflegeversicherung 1994 haben die Pflegekassen eine zentrale Rolle bei der Sicherstellung pflegerischer Angebote.

Die neue Stellung der Pflegekassen einerseits und die eingeschränkten Möglichkeiten einer Einflussnahme auf eine nun marktorientierte Angebotsentwicklung andererseits waren für manche Kommunen willkommener Anlass, sich aus dem Politikfeld Altenhilfe zurückzuziehen.

Häufig waren die Argumente zu hören, dass Altenhilfe, und damit auch Altenplanung,

- erstens eine so genannte „freiwillige“ Aufgabe sei und deshalb
- zweitens angesichts leerer Kassen kein Geld für entsprechendes Engagement in den kommunalen Haushalt eingestellt werden könne.

Auf der kommunalen Ebene setzt sich nun langsam die Erkenntnis durch, dass die sozialen Dimensionen von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit (die klassischen Aufgaben der kommunalen Daseinsvorsorge) in den letzten Jahren häufig aus dem Blick geraten sind. Anders ausgedrückt: Es wird immer deutlicher, dass die komplexen Bedürfnisse der Hilfe- und Pflegebedürftigen von einem nach Gewinn strebenden Pflegemarkt nur unzureichend befriedigt werden. Gleichzeitig steigen die Kosten für die Hilfe zur Pflege: im Landkreis Marburg-Biedenkopf von 5,5 Mio. Euro im Jahr 1989 auf heute 8,4 Mio. Euro.

Aufgrund dieser Entwicklungen meldet sich die kommunale Ebene wieder zu Wort und klagt ihre Beteiligung bei der Gestaltung der Pflege- und Altenhilfeinfrastruktur ein – wie beispielsweise in der Stellungnahme des Deutschen Vereins zum Eckpunktepapier der Pflegereform geschehen.²⁶

²⁵ Vgl. § 71 SGB XII.

²⁶ Deutscher Verein: Stellungnahme des Deutschen Vereins zum Eckpunktepapier des Koalitionsausschusses „Reform zur nachhaltigen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung“, Berlin, 12.07.2007.

2. Die örtliche Ebene

Das Thema Altenhilfe erreicht immer häufiger auch die örtliche Ebene, also die kreisangehörigen Städte und Gemeinden – dem eigentlichen „Schauplatz des demographischen Wandels“.

Nun haben zugegebenermaßen zwar die meisten Bürgermeister den vorrangigen Wunsch, in ihrer Gemeinde Arbeitsplätze zu schaffen, Wohnungsleerstand zu minimieren, brachliegende Grundstücke zu verkaufen und junge Familien anzuwerben. Das Thema Altenhilfe aber wird anscheinend auch langsam „salonfähig“ und als Chance gesehen, sich durch altenpolitische Entscheidungen gegenüber „dem Kollegen von nebenan“ abzusetzen und Standortvorteile zu erringen (Stichwort: „Demographische Konkurrenz“).

Mittlerweile gibt es im Landkreis Marburg-Biedenkopf vielfältige Ansätze und Ideen, mit dem Thema umzugehen:

Während der eine Bürgermeister Gespräche mit Investoren führt, weil er sich ein „eigenes Altenpflegeheim“ in seiner Gemeinde wünscht, unterstützen andere einzelne Projekte wie Tagespflege oder ehrenamtliche Wohnberatung – leider nicht selten ohne räumlich-konzeptionellen Gesamtbezug.

Wieder andere möchten neue Wege gehen und sind offen für Beratung und innovative Ansätze. So versucht z.B. der Bürgermeister der Gemeinde Lahntal eine politische Mehrheit zu gewinnen für eine konzeptionelle Neugestaltung der Dorfmitte unter besonderer Berücksichtigung altenpolitischer Aspekte. In der kreisangehörigen Gemeinde Dautphetal fand eine Bürgerinitiative zur Gründung eines Abbeyfield-Vereins²⁷ bei der Politik Unterstützung.

Die Stadt Amöneburg möchte ich hier als ein besonderes Beispiel hervorheben, da sich ihr Agieren recht konsequent an sozialraumorientierten Handlungsprinzipien ausrichtet: gemeinwesenbezogen, beteiligungsorientiert, aktivierend. Die Stadt nahm die Schließung ihres „Schwesternhauses“, das über 100 Jahre „caritative Mitte“ im Ortsteil Mardorf war, zum Anlass, gemeinsam mit Bürgerinnen und Bürgern ein Konzept für ein ganzheitliches profi- und bürgergetragenes Versorgungssystem zu entwerfen. Die geplante Gründung eines Bürgervereins, bei der auch der Bürgermeister aktiv mit

²⁷ Vgl.: www.abbeyfield.de.

dabei ist, soll Grundlage sein für die Entwicklung eines lebendigen Netzwerkes „Leben und Älterwerden in Mardorf“. Dieses Netzwerk soll weitere, bürgerschaftlich getragene Initiativen und Projekte auf den Weg bringen. Ziel der gemeinsamen Bemühungen ist es, dass in Zukunft alle Mardorfer im Dorf bleiben können, auch wenn sie hilfe- und pflegebedürftig werden.

Insgesamt ist festzustellen, dass der Wille zu einer bewussten Altenpolitik auf der örtlichen Ebene zunehmend vorhanden ist. Festzustellen ist aber auch, dass die erforderliche strategische Kompetenz häufig nur unzureichend vorhanden ist und ein hoher Beratungsbedarf besteht, insbesondere wenn es darum geht, einen nachhaltigen Gestaltungs- und Beteiligungsprozess in Gang zu setzen und zu sichern.

3. Planungsarbeit des Landkreises Marburg-Biedenkopf

Der Landkreis Marburg-Biedenkopf ist eine ländlich geprägte Region. Sie hat 254.000 Einwohner, 22 kreisangehörige Städte und Gemeinden. Diese untergliedern sich wiederum in insgesamt 188 Ortsteile, mit zum Teil ganz unterschiedlichen lokalen Identitäten, Traditionen und kulturellen/strukturellen Ausprägungen.

Der Landkreis hat als Gemeindeverband nur mittelbar Einfluss auf das Engagement der kreisangehörigen Städte und Gemeinden. Ob und wie dort etwas auf den Weg gebracht wird, liegt in der Verantwortung der jeweiligen Kommune (Stichwort: „Kommunale Selbstverwaltung“).²⁸

Entsprechend konzentriert sich die Planungsarbeit auf Kreisebene auf Träger- und Politikberatung, auf Gremien- und Netzwerkarbeit, auf die Vermittlung neuer gerontologisch-fachlicher Entwicklungen und auf die Initiierung von Modellprojekten. Übergeordnetes Ziel ist es, lokale Bemühungen um innovative Konzepte und Strategien zu unterstützen.

Zu den Grundprinzipien der Kreisaltenpolitik gehört, dass alle Planungsvorhaben auf Dauer angelegt sind („Wir wollen keine Eintagsfliegen“), dass sie Vorbild- und Lernfunktion für Politik und Träger haben und zur Nachahmung anregen, und schließlich, dass diese Projekte einen positiven Einfluss auf

²⁸ Vgl. Hessische Gemeindeordnung.

eine ganzheitliche Infrastrukturentwicklung haben, nach dem Motto: „Lieber Basics für alle, als Leuchttürme für wenige.“²⁹

Der Kreistag hat sich in einem Beschluss eindeutig für den Ausbau ambulanter Hilfe- und Pflegeangebote ausgesprochen und räumt der Versorgung in der eigenen Häuslichkeit Vorrang ein. Er unterstützt darüber hinaus besonders bürgerschaftlich getragene, gemeindenahere Wohn-Pflegeangebote wie z.B. die ambulante Wohngruppe für Demenzkranke oder die erwähnte Abbeyfield-Initiative in Dautphetal.³⁰

Der Landkreis legt schließlich großen Wert auf die Gründung und Einbeziehung niedrigschwelliger Dienste und bürgerschaftlichen Engagements sowie deren Verknüpfung mit dem Profi-System. Er empfiehlt diesen Gruppen/Anbietern Kooperationsverträge mit ambulanten Pflegediensten, bevor es zu einer Leistungsvereinbarung mit dem Landkreis kommt.

Kleinräumige Entwicklungsinitiativen, die von Bürgern ausgehen oder diese explizit mit einbinden, halten wir für besonders wertvoll. Ein wenn auch bescheidenes Förderbudget soll das Engagement von professionellen Moderatoren ermöglichen, damit örtliche Entwicklungsinitiativen begleitet und „verselbstständigt“ werden.

Die Altenplanung des Landkreises Marburg-Biedenkopf hat in den letzten 20 Jahren Maßnahmen und Projekte auf den Weg gebracht, die heute die regionale Altenhilfe-Landschaft aktiv mitprägen. Um einige zu nennen:

- die Initiierung des Seniorenrats, 1992,
- die Kreispflegekonferenz, 1995,
- der Gerontopsychiatrische Verbund, 1999,
- die Initiierung der Alzheimer Gesellschaft Marburg-Biedenkopf, 2000,
- die Beschwerdestelle Altenpflege, 2004,
- die ambulante Wohngruppe für Demenzkranke, 2006.

²⁹ Jan Leidl, Festrede auf dem Ärztekongress des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Bielefeld, 2009.

³⁰ Träger der Wohngruppe in der Gemeinde Ebsdorfergrund-Dreihausen ist die Alzheimer Gesellschaft Marburg-Biedenkopf e.V.

Marburg-Biedenkopf war von 2004 bis 2008 auch Modellstandort des „*Pflegebudget-Projektes*“³¹ unter Federführung des GKV-Spitzenverbandes. Wir konnten wertvolle Erfahrungen über die Auswirkung von Budgets auf Betroffene und auf Dienstleistungsstrukturen sammeln. Auch vermittelte das Projekt aufschlussreiche Erkenntnisse über die Wirkungsweise von Case Management.

Die positiven Erfahrungen nahm der Landkreis zum Anlass, eine hausinterne Personalstelle „Case Management“ im Fachdienst Hilfe zur Pflege zu schaffen. Seit 2008 ist damit die Voraussetzung gegeben, die bisherige Gewährungspraxis der Hilfe zur Pflege zu qualifizieren und gleichzeitig auf stabilere und kostengünstigere Versorgungsarrangements hinzuwirken.

Eine besondere Bedeutung hatten und haben die Projekte des Bundesgesundheitsministeriums im Rahmen des Modellprogramms zur „Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger“. Hier sollen drei Projekte herausgestellt werden:

1. *Mobile ambulante geriatrische Rehabilitation* (1993-1998). Ein Team aus Krankengymnasten, Ergotherapeuten, Logopäden und Sozialarbeitern wurde während der Projektphase (von 1993 bis 1996) an zwei ländliche Sozialstationen angebunden, um rehabilitationsbedürftige Menschen zu Hause zu behandeln. Heute ist die Mobile Rehabilitation ein regelfinanziertes Angebot, das – angekoppelt an das Diakoniekrankenhaus Marburg-Wehrda – neurologische und geriatrische Patienten in ihrer Häuslichkeit in und um Marburg aufsucht.
2. In dem dreijährigen Modellprojekt „*Dementia Care Mapping*“ (2000-2003) ging es um Qualitätsentwicklung in Pflegeeinrichtungen. In Kooperation mit 12 Pflegeheimen wurde die Wirkung der DCM-Beobachtungsmethode bei der Verankerung einer personenzentrierten Pflegequalität erprobt. Noch heute arbeiten die Pflegeeinrichtungen auf freiwilliger Basis im „DCM-Netzwerk“ zusammen.
3. Im Jahr 2008 wurde der Landkreis auch Standort eines *Modell-Pflegestützpunktes*. Damit war und ist für uns die einmalige Chance verbunden, erste Erfahrungen in der Pflegestützpunktarbeit zu sammeln, die für unsere weitere Bautätigkeit nun von großem Wert sind. In unserem Pra-

³¹ Im Rahmen des Modellprogramms zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung gem. § 8 Abs. 3 SGB XI; GKV-Spitzenverband.

xisbericht Ende 2008 haben wir u.a. die Fragen einer Kompetenzklärung und koordinierten Zusammenarbeit von Pflegeberatern und Sozialberatern thematisiert. Berichtet haben wir über die positiven Erfahrungen bei der Einbindung ehrenamtlich/bürgerschaftlich Engagierter in Versorgungsarrangements. Auch die sich entwickelnde Einstellungsveränderung der Pflegeanbieter gegenüber dem Pflegestützpunkt haben wir beschrieben. Offenbar hat die Organisation regelmäßiger Netzwerktreffen, zu denen alle wichtigen Personen und Anbieter – vom Ortsvorsteher, niedergelassenen Arzt über Pflegedienste und Pflegeeinrichtungen bis hin zu Hospizdiensten – eingeladen wurden, wesentlich zu dieser positiven Entwicklung beigetragen.

4. Pflegestützpunkte

Aufgrund meiner langjährigen Erfahrungen in der kommunalen Planung verbinde ich mit der Einrichtung von Pflegestützpunkten hohe Erwartungen. Das Vorhaben lässt das Herz einer Planerin höher schlagen, ist doch damit die einmalige Chance verknüpft, ein Steuerungsinstrument zu installieren, das die Situation der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen verbessert und gleichzeitig die dringend erforderliche Vernetzung und Abstimmung zwischen den Anbietern sowohl einzelfall- als auch systembezogen auf den Weg bringt. Allen Befürchtungen einer Gefahr von „Doppelstrukturen“ zum Trotz: Ich sehe erstmalig die Chance, durch eine systemübergreifende Zusammenarbeit zwischen Krankenkassen, Pflegekassen und Sozialhilfeträgern systemübergreifende Beratungs- und Steuerungsinstanzen aufzubauen. Bis dieses Vorhaben realisiert ist, haben wir allerdings noch viele Hausaufgaben zu machen, viel zu lernen und einige Herausforderungen zu bestehen.

Die Pflegekassen werden sich in ihren Vertragsverhandlungen auf der örtlichen Ebene mit den Ausprägungen kommunaler Selbstverantwortung und regional unterschiedlicher Ausgangsbedingungen auseinandersetzen haben. Auf der Ebene der kreisfreien Städte und Landkreise gibt es ganz unterschiedliche örtliche Gegebenheiten und Erwartungshaltungen, was die Ausgestaltung einer Pflegestützpunktstruktur betrifft. Pflegestützpunkte und Pflegestützpunktverträge „von der Stange“ wird und kann es nicht geben; Flexibilität und gegenseitiges Entgegenkommen werden wohl allen Verhandlungspartnern und allen Beteiligten abverlangt.

Landkreise und Städte werden sich verstärkt ihrer Verantwortung bei der Entwicklung von Beratungs-, Koordinations- und Vernetzungsstrukturen stellen und in die Bereitstellung entsprechender Ressourcen und Rahmenbedingungen investieren müssen – für einige Kreise vielleicht ein Neubeginn auf diesem Feld.

Auch Pflegeanbieter werden lernen müssen. Sie bekommen bei der Organisation von Hilfeplanung und Versorgungsarrangements „Mitspieler“ und sind gefordert, sich in verbindliche Absprachen und arbeitsfähige Kooperationsstrukturen einbinden zu lassen. Damit erhalten sie jedoch zugleich die Chance, sich als qualifizierte und zuverlässige Partner in den regionalen Netzwerken zu profilieren.

Ob es den Beteiligten gelingt, all die dafür erforderlichen Lern- und Umstellungsprozesse zu meistern, wird die Praxis zeigen. Es geht nicht nur darum, neue Organisationsstrukturen zu schaffen, es geht auch darum, jeweils den „eigenen Blick zu weiten“. So gesehen ist das schon ein Stück „Kulturentwicklung“.

Die Landesrahmenvereinbarungen in Hessen sehen für jeden Landkreis und jede kreisfreie Stadt zunächst leider nur einen Pflegestützpunkt vor. Bei nachgewiesenem Bedarf kann ein weiterer Ausbau erfolgen. Wir sind also noch ein gutes Stück entfernt von einer wohnortnahen Pflegestützpunktstruktur.

Will man den Service für Ratsuchende und die erhofften Struktureffekte nicht auf eine Teilregion im Landkreis beschränken (und damit die Mehrheit der Bürgerinnen und Bürger ausschließen), sind kreative Lösungen gefragt, die eine Präsenz „in der Fläche“ zumindest in Ansätzen versucht.

Für den Landkreis Marburg-Biedenkopf ist geplant, den ersten Pflegestützpunkt in der Stadt Marburg mit allen kreisangehörigen Städten und Gemeinden zu vernetzen. Auf der Basis einer freiwilligen Kooperation mit den Kommunen sollen dafür in den jeweiligen Gemeindeverwaltungen Personen benannt werden, die als erste Ansprechpartner für Ratsuchende zur Verfügung stehen und – wenn erforderlich – den Kontakt zum zentralen Pflegestützpunkt vermitteln, der dann ggf. zugehend tätig wird. Ein Schulungsangebot und regelmäßige Arbeitstreffen auf Kreisebene sollen diese Mitarbeiter auf ihre Tätigkeit vorbereiten. Ergänzend dazu sind in vorab definierten

Einzugsbereichen regelmäßige Netzwerktreffen mit den örtlich agierenden Pflegeanbietern vorgesehen.

Will man das Projekt „Pflegestützpunkt“ als ein effektives Serviceangebot und Steuerungsinstrument etablieren und zum Erfolg bringen, wird es notwendig sein, all die anstehenden Verhandlungs- und Abstimmungsprozesse sensibel zu begleiten und zu moderieren. Heute bin ich vorsichtig optimistisch.

Zum Abschluss möchte ich die heutige Gelegenheit nutzen, mich beim Bundesgesundheitsministerium für die bisherige Unterstützung und das Vertrauen, das in unsere Arbeit gesetzt wurde, zu bedanken. Diesen Dank richte ich auch an das Hessische Sozialministerium, das uns immer mit Rat zur Seite stand und mithalf, unsere Projektanträge zu realisieren.

5. *Ursula Woltering, Stadt Ahlen*

Ahlener-Modell: Solidarität in vernetzten Strukturen

Die Stadt Ahlen konnte in dem Förderprogramm des Bundesgesundheitsministeriums seit 1993 in mehreren aufeinander folgenden Modellphasen sehr umfangreiche Maßnahmen zur Verbesserung der Lebenssituation hilfe- und pflegebedürftiger Menschen erproben und anschließend einführen. Dabei wurde die Pflege- und Wohnberatung als Dreh- und Angelpunkt in dem Versorgungssystem etabliert und ist auch heute noch der Motor der „Solidarität in den vernetzten Strukturen“ in Ahlen.

Die Durchführung von Modellprojekten unterschiedlicher Fördergeber über einen Zeitraum von nun mehr als fünfzehn Jahren hat die Altenhilfelandchaft in Ahlen erheblich verändert. Durchgängiges Ziel ist, auf der Grundlage von Bedarfserhebungen die erkannten Defizite durch innovative Arbeitsansätze auszugleichen. Regelmäßige Präsentationen und die fortlaufende Sachberichterstattung garantieren Transparenz und bieten den Fördergebern, der lokalen Verwaltung und Politik, dem interessierten Fachpublikum und den Bürger/innen stets die Möglichkeit der Teilhabe an der Arbeit und deren Ergebnissen. Ahlen hat 55.000 Einwohner/innen, gehört zum Kreis Warendorf und liegt in Nordrhein-Westfalen.

Rückblick – Erste Konzepte und Aufbau der vernetzten Arbeitsstrukturen

Der erste Altenhilfeplan der Stadt Ahlen wurde 1989 verabschiedet. Er war als ein offenes Arbeitskonzept angelegt und initiierte die Gründung der „Arbeitsgemeinschaft Altenhilfe“ nach ehemals § 95 BSHG sowie die Einrichtung der kommunalen Leitstelle „Älter werden in Ahlen“. Die Arbeitsgemeinschaft setzte sich als ersten Arbeitsschwerpunkt die „Zukunft der ambulanten Versorgung in Ahlen“. Bestand und Bedarf zu diesem Thema wurden gründlich erhoben und Maßnahmen in der AG intensiv diskutiert. So entstand das Konzept zu einer „Koordinations- und Rehabilitationsstelle für ältere hilfs- und pflegebedürftige Menschen in Ahlen“, dessen Umsetzung anschließend vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung von 1993 bis 1996 gefördert wurde. Später wurde die Stelle „Koordinationsstelle

Ambulanter Angebote“, kurz KAA genannt, aus dem sich dann die Bezeichnung KAA-Pflege- und Wohnberatung ergeben hat, die noch heute gilt.

Für die Trägerschaft wurde der „Verein Alter und Soziales e.V.“ gegründet, dem heute alle ortansässigen Wohlfahrtsverbände, der Träger des Krankenhauses, die evangelische Kirchengemeinde, die Hospizbewegung, die Familienbildungsstätte, ein privater Pflegedienst, die örtliche Tagespflegeeinrichtung und die Stadt Ahlen angehören. Die Geschäftsführung nimmt die kommunale Sozialplanerin wahr und der Bürgermeister ist geborenes Vorstandsmitglied. Somit war der Grundstein für die trägerneutral agierende Koordinationsstelle gelegt.

Zum Ende der ersten Modellphase konnten Projektteam und Vereinsmitglieder ein positives Fazit ziehen: die konstruktive Zusammenarbeit und effektive Koordination sowie die Einführung des Verfahrens Case Management waren gelungen und funktionierten gut.

Mit der Gründung des Vereins war ein Meilenstein in der Ahlener Pflege- und Seniorenarbeit geglückt: Damit steht ein Träger für Modellmaßnahmen zur Verfügung, der anbieterneutral im Versorgungssystem agieren kann, der von allen autorisiert und anerkannt ist und somit die Vernetzung des Systems steuernd in die Hände nehmen kann. Gelungen ist damit die Vernetzung auf drei Ebenen:

1. Planen, entscheiden, vereinbaren – Verein Alter und Soziales e.V.
2. Umsetzen, handeln, verwirklichen – Gremien wie AK Pflegedienste und AK Pflegeversicherung sowie anlassbezogene Kooperationen
3. Beteiligen, beraten, abstimmen – Case Management für Hilfesuchende und Partizipation und Selbsthilfe der Ratsuchenden

Das Ahlener System als Graphik

Ahlener System



Innovation durch Zusammenarbeit



Hrsg. Stadt Ahlen, Jugend- und Sozialabteilung, Leitstelle Älter werden in Ahlen, 02382-59467, Stand Jan. 200

Grundlagenkonzept erstellen – Ziel vereinbaren

Für die planvolle und zielgerichtete Arbeit wurde nun vor dem Hintergrund der konstruktiven Zusammenarbeit 1999 ein „Integriertes Handlungskonzept zu Absicherung und Verbesserung der Lebensqualität älterer Menschen in Ahlen“ aufgestellt und im Verein Alter und Soziales e.V. verabschiedet. Diese konzeptionelle Grundlage der Zusammenarbeit im Verein und mit der Stadt wurde 2004 fortgeschrieben. Wesentliche Zielbegriffe für das Handlungsleitbild sind Selbstbestimmung und Eigenverantwortung, Kunden- statt Angebotsorientierung, Ganzheitlichkeit, Gemeinwesenorientierung und das Postulat ambulant vor stationär. Zudem benennt das Konzept Maßnahmen und Prioritätensetzungen.

Dieses Vorgehen zeigt deutlich, was die Motivation der Ahlener ist: ein ausgeprägter Gestaltungswille und die Bereitschaft, gemeinsam Verantwortung zu tragen. Vorteile der vernetzten Zusammenarbeit liegen auf der Hand:

- Daseinsvorsorge umsetzen;
- Wertschöpfung der Angebote erhöhen;
- Versorgungslücken schließen;
- Übergänge erleichtern;
- Profile schärfen und abgrenzen;
- Partizipation und Mitbestimmung ermöglichen.

Weiterentwicklung – Lebensqualität älterer Menschen durch Welfare-Mix

Mit der Bewilligung des Projektnetzes I „Pflege – Beratung – Betreuung“ (1996 bis 1999) und später des Projektnetzes II „Pflege – Beratung – bürgerschaftliches Engagement“ (1999 bis 2006) konnten weitere Themenfelder zielgerichtet und mit gemeinsamer Anstrengung der Träger angegangen werden. Die zahlreichen Teilprojekte der Projektnetze, die die Mitglieder des Vereins durchführten, wurden von der Leitstelle „Älter werden in Ahlen“ und der KAA in Absprache begleitet und beraten.

Mit dem Ende des Projektnetzes II erhielt die KAA als Pflege- und Wohnberatungsstelle ihre heutige inhaltliche Bestimmung und äußere Form. Sie ist seit 2003 mit einem Berater und einer Verwaltungskraft besetzt.

Nachdem im Projektnetz I die Pflege Themen noch sehr im Vordergrund standen, wurden mit dem Projektnetz II und insbesondere mit dem Projektnetz III „Engagiert – füreinander – miteinander“ (2006 bis heute) zunehmend sozial-kommunikative Angebote entwickelt und umgesetzt. Dabei nahm das bürgerschaftliche Engagement einen immer größeren Raum ein.

Die Arbeit in Projektnetzen soll die Wirkungskraft der einzelnen Maßnahmen erhöhen und die Entwicklung des Gesamtsystems im Blick halten. Durch die engen Verknüpfungen werden rat- und hilfesuchende Menschen einfach und rasch übergeleitet und neue Entwicklungen schnell aufgegriffen. Die kommunale Sozialplanung ist in alle Erfahrungs- und Entwicklungsprozesse einbezogen und wertet die Arbeitserfahrungen für weitere Planungsprozesse aus.

Projektnetz I



Projektnetz I: 1996 - 1999 Pflege – Beratung – Betreuung

- TP 1** **Zugehende Nachbarschaftshilfe**
Träger: PariSozial gGmbH
- TP 2** **Ärztliche ambulante
Rehabilitationskoordination und Erprobung
Von Assessment-Verfahren**
Träger: Caritas Trägergesellschaft Nord (CTN)
- TP 3** **Anschaffung von Hilfsmitteln**
Träger: Deutsches Rotes Kreuz
- TP 4** **Ambulante Hospizarbeit**
Träger: Hospizbewegung im Kreis Warendorf e.V.
- TP 5** **Beratungsdienst für pflegende Angehörige**
Träger: Caritasverband für das Dekanat Ahlen e. V.
- TP 6** **Urlaub von der Pflege für Pflegebedürftige**
Träger: Caritasverband für das Dekanat Ahlen e. V.
- TP 7** **Begegnungstage**
Träger: Caritasverband für das Dekanat Ahlen e. V.
- TP 8** **Mobiler Hausmeister- und Wäscheservice**
Träger: Caritasverband für das Dekanat Ahlen e. V.
- TP 9** **Stundenweise Betreuung**
Träger: Arbeiterwohlfahrt, Unterbezirk Hamm-Warendorf e. V.
- TP 10** **Aufbau von Versorgungsstrukturen für ältere
AusländerInnen**
Träger: Arbeiterwohlfahrt, Unterbezirk Hamm-Warendorf e. V.
- TP 11** **Sozial- und Pflegeplanung der Stadt Ahlen**
Träger: Stadt Ahlen
- TP 12** **Renovierung und Umgestaltung der
Seniorenbegegnungsstätte „Mittrops
Spieker“**
Träger: Stadt Ahlen
- TP 13** **KAA -
Projekt- und Sozialmanagement
Pflege- und Wohnberatung**
Träger: Alter und Soziales e.V.

Hrsg. Stadt Ahlen, Jugend- und Sozialabteilung, Leitstelle Äter werden in Ahlen, 02382-59467, Stand Jan. 2007

Im Projektnetz I „Pflege – Beratung – Betreuung“ standen Themen rund um die Pflege im Vordergrund.

Projektnetz II



Projektnetz II: 1996 bis 2006 Pflege – Beratung – bürger- schaftliches Engagement

- KAA -
Projekt- und Sozialmanagement
Pflege- und Wohnberatung**
Träger: Alter und Soziales e.V.
gefördert vom BMG
- TP 1**
- TP 2 Weiterentwicklung komplementärer
Dienste/Informationsbüro für alle ab 50**
Träger: Alter und Soziales e.V.
gefördert vom MGFFI
- TP 3 „Seneca“ – soziale Seniorenarbeit**
Träger: PariSozial gGmbH
gefördert vom BMG
- TP 4 Ambulante und stationäre Hospizarbeit**
Träger: Hospizbewegung im Kreis Warendorf e.V.
gefördert vom BMG
- TP 5 „Prisma“ – pflegeb. Kinder und Jugendl.**
Träger: PariSozial gGmbH
gefördert vom BMG
- TP 6 Migranten und Pflege**
Träger: Arbeiterwohlfahrt Unterbezirk Hamm-Warendorf
gefördert vom BMG
- TP 7 Freiwilligenagentur**
Träger: PariSozial gGmbH
gefördert vom MfJFG
- TP 8 Treffpunkte für ältere Menschen/
Senioren-Internet-Projekt „LernNet“**
Träger: Lenkungsgruppe der Träger von Begegnungsstätten
gefördert vom MfJFG
- TP 9 „Rund ums Wohnen im Alter“**
Träger: Caritasverband für das Dekanat Ahlen e.V.
gefördert vom BMG
- TP 10 Angebote für demenzkranke BewohnerInnen
des Elisabeth-Tombrock-Hauses**
Träger: Caritas Trägergesellschaft Nord
gefördert vom BMG
- TP 11 Sozial- und Pflegeplanung der Stadt Ahlen**
Träger: Stadt Ahlen
gefördert vom BMG

Hrsg. Stadt Ahlen, Jugend- und Sozialabteilung, Leitstelle Älter werden in Ahlen, 02382-59467, Stand Jan. 2007

Mit der Freiwilligenagentur wurde ein deutlicher Akzent in Richtung Ehrenamtsförderung und Partizipation gesetzt, das Projekt zu den komplementären Angeboten nahm pflegeergänzende Angebotsentwicklung in den Blick.

Projektnetz III



Projektnetz III: 2006 bis engagiert- füreinander- miteinander

- TP 1 KAA -
Pflege- und Wohnberatung**
Träger: Alter und Soziales e.V.
- TP 2 LernLabor**
Träger: Alter und Soziales e.V.
gefördert vom MGFFI, NRW
- TP 3 Aktiv vor Ort – Sport und Bewegung**
Träger: Stadt Ahlen
gefördert vom MGFFI, NRW
- TP 4 Senioren in Bewegung**
Träger: Deutsches Rotes Kreuz
gefördert von Aktion Mensch
- TP 5 Vorlese-Omas und -Opas**
Träger: Verein Alter und Soziales e.V.
gefördert von Aktion Mensch
- TP 6 Quiva- Arbeitssuchende ab 40**
Träger: Verein Alter und Soziales e.V.
gefördert aus LOS-Mitteln / EU
- TP 7 www.senioren-ahlen.de**
Träger: Verein Alter und Soziales e.V.
Sponsoring von der Sparkasse Münsterland Ost
- TP 8 Patengroßeltern**
Träger: Familienbildungsstätte
gefördert Aktion Mensch
- TP 9 Servicecenter/Begegnungsstätten**
Träger: Pari Sozial mit Verein Alter und Soziales e. V.
beantragt bei der Stiftung Wohlfahrtspflege
- TP 10 Pflegebedürftige Kinder**
Träger: Pari Sozial
gefördert den Spitzenverbänden der Pflegekassen
- TP 11 Demenz-Servicezentrum Münsterland**
Träger: Alzheimergesellschaft im Kreis Warendorf e.V.
gefördert vom MAGS, NRW und den Pflegekassen

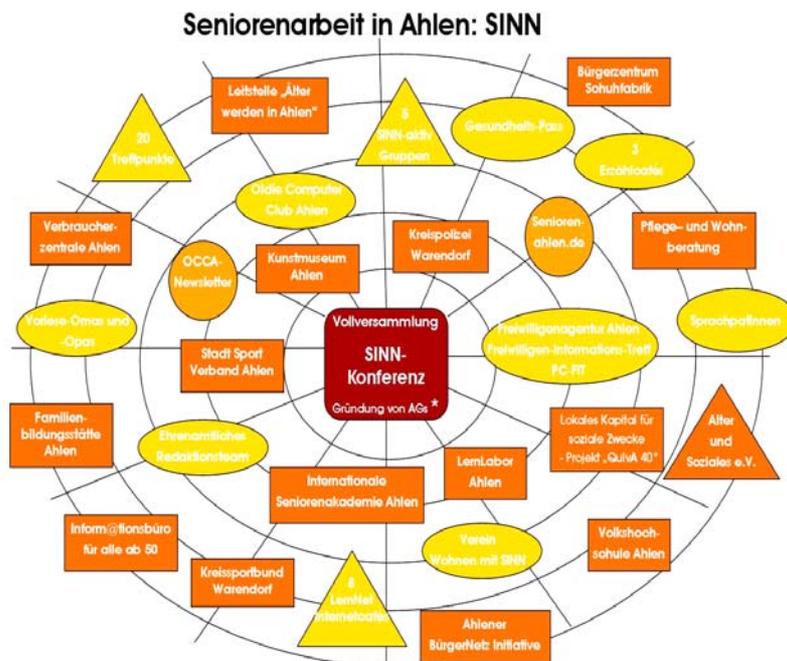
Hrsg. Stadt Ahlen, Jugend- und Sozialabteilung, Leitstelle Älter werden in Ahlen, 02382-59467, Stand März 2007
© Copyright
Dieses Dokument ist urheberrechtlich geschützt. Jede Art der Verwendung oder Vervielfältigung, die nicht ausschließlich dem Selbststudium dient, bedarf der vorherigen schriftlichen Zustimmung des Herausgebers.

Im Projektnetz III werden auch kleinere Maßnahmen zueinandergestellt, um deren Wirkungskraft zu erhöhen. Bemerkenswert ist auch das Projekt für pflegebedürftige Kinder und das Demenz-Servicezentrum, das neue, hoch aktuelle Akzente einbringt.

Der Welfare-Mix von Pflege-, komplementären und sozio-kommunikativen Angeboten wird 2004 mit dem Aufbau des SINN-Netzwerkes deutlich verbessert. Die Abkürzung SINN steht für Senioren In Neuen Netzwerken und bildet das Motto der aktiven und engagierten Seniorenarbeit in Ahlen.

Im SINN-Netzwerk findet das „aktive Alter“ seine Struktur für Angebotsentwicklung, Öffentlichkeitsarbeit und Vernetzung. Ehren- und Hauptamtliche arbeiten hier zusammen an der Entwicklung eines vielseitigen Angebotes an Kommunikation und Engagement für sich und andere. Zweimal jährlich treffen die Senior/innen zur SINN-Konferenz zusammen, um sich auszutauschen und aktuelle Themen zu diskutieren. Intergenerative, interkulturelle Angebote, Bildungsangebote rund um Neue Medien, Sport, Begegnungsstättenarbeit u.v.m. ist hier verortet. Dazu gehört auch die Ausbildung zu Demenzbegleiter/innen oder zu Gruppenleitungen und anderen Aktivitäten, die teils hilfreich für andere sind oder auch dem eigenen Vergnügen dienen.

Hier wurden die positiven Erfahrungen der Vernetzung aus der Pflegeplanung und -arbeit auf die soziale Seniorenarbeit übertragen. 150 Angebote von über 60 Trägern arbeiten hier zusammen.



Das SINN-Netzwerk vereinigt sozio-kommunikative Angebote und verbindet diese auch mit Angeboten für hilfe- und pflegebedürftige Menschen.

Evaluation der Pflegeberatung – Beitrag zur Diskussion um Pflegestützpunkte

Mit der Auflage des Projektnetzes III „Engagiert – füreinander – miteinander“ trat auch die KAA in eine neue Modellphase ein – sie wurde im Rahmen einer Evaluationsstudie durch die Spitzenverbände der Pflegekassen gefördert. Die Evaluationsstudie überprüfte die Effektivität und Effizienz eines vernetzten Versorgungssystems (mit einer Pflege- und Wohnberatung im Zentrum) nach dem Ahlemer Modell im Abgleich mit einer Stadt, die nicht

über diese Vernetzung und Angebotsstruktur verfügt. Im Ergebnis ließen sich eindeutige Kosteneinsparungen für den Sozialhilfeträger und die Pflegekassen nachweisen (siehe Ergebnisse der Modellförderung unter: www.gkv-spitzenverband.de).

Die fachlich hochwertige und ergebnisreiche Arbeit der KAA überzeugte letztlich auch den örtlichen Sozialhilfeträger Kreis Warendorf, der mit dem Verein vertraglich die Refinanzierung der Leistung Fallmanagement auf der Basis von Fachleistungsstunden vereinbarte. Auch Pflegekassen vereinbarten sich mit dem Verein zur Refinanzierung von Beratung im Rahmen der „Schulung in der häuslichen Umgebung“ nach SGB XI § 45 c.

Fazit der Modellförderung – Ahlen als lernendes System

Mit Hilfe der Förderungen konnte in Ahlen das Versorgungssystem in einer konzertierten Aktion gestaltet und nachhaltig verbessert werden.

Es wurde ein großer Schritt gemacht in Richtung Versorgungssicherheit, Versorgungsgerechtigkeit und Steigerung der Lebensqualität durch das bürgerschaftliche Engagement und die vielen Partizipationsmöglichkeiten für haupt- und ehrenamtliche Akteur/innen im System der Pflege und sozialen Teilhabe.

Nicht jedes Projekt und jedes Angebot konnte in der „großen Fassung“ bestehen, aber die Leistungen, die dort erbracht worden sind, konnten transferiert und verstetigt werden. Zum Beispiel wurde das Landesmodellprojekt „Freiwilligenagentur“ übergeführt in einen Verein, die Hospizbewegung hat sich etabliert und trägt das stationäre Hospiz nun selbstständig, die Hausmeisterdienste werden von Caritas weitergeführt. Prozesse und Angebote, die projekthaft erprobt wurden und woran Ahlen als Gemeinwesen gelernt hat, sind nicht verloren gegangen, sondern haben ihren Platz in der Ahlener Versorgungslandschaft gefunden. Dieser Entwicklungsprozess, der stadtwweit stattgefunden hat, hat Ahlen als lernendes System auf den Weg gebracht, also ein System, was beweglich ist, was schnell und anpassungsbereit ist, in dem eine leichtgängige Vernetzung funktioniert.

Die Kosteneffekte für die Träger von Sozialleistungen, das zeigt jetzt auch die Auswertung des Kreises Warendorf in den Pflegekosten, bestätigten, dass die Arbeit auch in dieser Hinsicht erfolgreich ist. Mit den Projekten wurden Erkenntnisinteressen der Fördergeber und Ministerien bedient, Veröf-

fentlichungen in der Fachpresse und Präsentationen auf Tagungen haben Model- und Wissenstransfer ermöglicht.

Herzlichen Dank sei an dieser Stelle den Fördergebern ausgesprochen, die diese Entwicklung mit ihrer Beratung und Unterstützung ermöglichten. Ebenso gilt der Dank aus Ahlen dem *iso*-Institut, dass diese Arbeit über Jahre begleitet hat.

Blick auf die Pflegestützpunkte – Möglichkeiten und Wünsche für die Pflegeberatung

In Ahlen wurde über die Jahre eine Beratungs- und Vernetzungsqualität aufgebaut, hinter die nicht mehr zurückgegangen werden soll.

Die KAA – Pflege- und Wohnberatung als Kern der Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Menschen ist dabei von ganz besonderer Bedeutung. In dem Evaluationsprojekt, das von den Pflegekassen finanziert wurde, konnte ein Qualitätshandbuch erstellt werden, indem die qualitätsgesicherten Produkte und Leistungen der Beratungsstelle detailliert beschrieben sind. Kundenzufriedenheitsbefragungen haben nachgewiesen, wie positiv die Menschen die Arbeit der Beratungsstelle einschätzen. Eine Beratungssoftware, die mit der Katholischen Fachhochschule in Münster auch im Rahmen dieses Evaluationsprojektes entwickelt worden ist, d.h. sie kommt aus der Praxis des Pflege- und Wohnberaters und ist wissenschaftlich evaluiert, wurde von der Berliner Firma Synectic programmiert (www.synectic.de).

Mit dem Verein Alter und Soziales e.V. wurde ein wettbewerbsneutraler Träger für die Pflege- und Wohnberatung geschaffen, der Berater bringt als Dipl. Gerontologe und zertifizierter Case Manager persönlich eine hervorragende fachliche Qualifikation mit.

Das Evaluationsprojekt hat Effekte und Effizienz der KAA – Pflege- und Wohnberatung und ihre ausgewiesene Fachlichkeit eindeutig nachweisen können. Das Demenz-Servicezentrum befindet sich in Ahlen in direkter räumlicher Anbindung an die KAA, es besteht eine sehr enge fachliche Kooperation. Die KAA wendet ein bewährtes Case und Care Management an. Die Standards, die in Ahlen entwickelt wurden, sind eingegangen in die Standards der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management.

Heute hat der Verein mit der KAA – Pflege- und Wohnberatung Verträge mit den Pflegekassen nach SGB XI § 45c Schulung in der häuslichen Umge-

bung. Zudem macht die KAA – Pflege- und Wohnberatung Case Management für den Kreis Warendorf, auf der Basis von Fachleistungsstunden und kann auch hier bereits Kosteneffekte nachweisen.

Mit der KAA bietet der Verein als Träger eines Stützpunktes sehr bewährte Strukturen an, die nach dem Wunsch der örtlichen Akteur/innen erhalten bleiben sollen. Dennoch planen die Pflegekassen die IKK Signal Iduna mit der Errichtung des Pflegestützpunktes in Ahlen zu beauftragen. Diese Entwicklung ist für den Verein Alter und Soziales e.V., die Stadt Ahlen und den Kreis Warendorf nicht hinnehmbar. Den Verhandlungen wird mit Sorge entgegengesehen.

Nachtrag – 02.10.2009 Ergebnis eines kontroversen Verhandlungsprozesses

Im Kreis Warendorf werden nun drei Stützpunkte eingerichtet, ein kommunaler in Warendorf, einer der AOK im Beckum und einer der IKK Signal Iduna im Ahlen – mit der Besonderheit, dass die KAA - Pflege- und Wohnberatung dort mit einzieht. Damit wird für die Bürger/innen weiterhin eine Anlaufstelle für die Pflegefragen vorgehalten. Die Erfahrungen, Instrumente und Verfahren der KAA werden erhalten und in die neuen Zusammenhänge eingebracht. Für die Zusammenarbeit der drei Stützpunkte im Kreisgebiet werden gemeinsame Qualitätsstandards und Verfahrenswege vereinbart, die ein Maximum an Beratungsqualität sichern sollen. Die Strukturen sind nun also grundsätzlich so geschaffen, dass sie ein gutes Beratungsangebot ermöglichen. Nun geht es darum, diese mit hochwertigen Leistungen und einvernehmlicher Kooperation zu füllen, wie es in Ahlen Tradition ist.

6. *Ulla Schmidt, Bundesministerin für Gesundheit*

Die Pflege in der Zukunft – Chancen und Herausforderungen

Liebe Malu Dreyer, liebe Kollegin, lieber Jürgen Gohde, meine sehr geehrten Damen und Herren,

ich freue mich, dass heute Expertinnen und Experten aus verschiedenen Pflegebereichen ins Bundesministerium für Gesundheit gekommen sind, um Wege und Möglichkeiten zu diskutieren, die Pflege für die Zukunft zu gestalten. 2030 – das ist gar nicht mehr so weit weg. Ich wäre dann etwas über 80 Jahre, ein Alter, in dem viele an Demenz erkranken. Experten gehen von rund 1,7 Mio. Demenzkranken aus.

Für mich und für viele andere stellt sich die Frage: Wie wollen wir, wenn wir alt oder pflegebedürftig sind, behandelt werden? Wie viel Betreuung, welche Art von Unterstützung brauchen wir? Ich wünsche mir in unserer Gesellschaft eine offene Diskussion darüber, wie wir uns die Pflege – die Sorge füreinander in den verschiedenen Lebensphasen vorstellen. Diese Veranstaltung soll Impulse dazu geben.

Meine sehr geehrten Damen und Herren, auf den Tag genau vor einem Jahr ist die Reform in Kraft getreten. Und bereits jetzt lässt sich feststellen, dass die Strukturen der Pflege zu Gunsten aller Beteiligten verbessert werden konnten. Neben den deutlichen finanziellen Leistungsverbesserungen für viele Pflegebedürftige möchte ich drei Aspekte nennen.

Die Betreuungskräfte zur besseren Versorgung demenziell erkrankter Heimbewohner und Heimbewohnerinnen sind ein Erfolgsmodell.

Nach anfänglicher Zurückhaltung wird hiervon mehr und mehr Gebrauch gemacht: Mittlerweile kann man davon ausgehen, dass rund 160.000 stationär Pflegebedürftige von rund 10.000 zusätzlichen Kräften besser als bisher betreut werden. Die 10.000 neuen Arbeitsplätze verteilen sich auf rund 6.500 Vollzeitstellen, da viele in Teilzeit arbeiten. Und von Woche zu Woche kommen weitere hinzu. Durch die Bundesagentur für Arbeit wurden bisher rund 1.500 Kräfte vermittelt, die anderen haben sich die Heimträger selbst gesucht, etwa aus dem Bereich vorher ehrenamtlich Tätiger.

Ein zweiter wichtiger Punkt: Neue Beratungsstrukturen stehen den Betroffenen und ihren Familienangehörigen zur Verfügung. Ich bin sehr froh, dass

inzwischen fast alle Bundesländer die Initiative ergriffen haben, Pflegestützpunkte zu errichten.

Am Anfang haben einige Länder gezögert, doch wie sagt man so oft: *Was gut ist, setzt sich auch durch*. Davon war ich von Anfang an überzeugt. Nach aktuellem Stand sind bisher rund 500 Pflegestützpunkte eingerichtet oder in konkreter Planung. Da müssen noch weitere hinzukommen, die Pflegekassen können bis Mitte 2011 eine Anschubfinanzierung für 1.200 Stützpunkte zahlen.

Über die Entwicklungspotentiale der Pflegestützpunkte werden Sie heute Nachmittag im Fachteil diskutieren.

Drittens: Wir sind auf einem guten Weg hin zu einer besseren Qualitätssicherung und einer echten Leistungstransparenz. Die Qualitätsprüfungen in Pflegeeinrichtungen werden unangemeldet durchgeführt, ab dem Jahr 2011 im jährlichen Rhythmus, bis dahin müssen alle Einrichtungen einmal geprüft werden. Die Prüfergebnisse müssen veröffentlicht werden. Die jetzt in Kraft tretenden neuen Qualitätsprüfungsrichtlinien sind eine gute Grundlage, um Transparenz und Vergleichbarkeit von Pflegequalität bundesweit einheitlich zu ermöglichen. Ich hoffe nun, dass die Kassen hier ihre Hausaufgaben zügig erledigen und die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen alsbald in einer verständlichen Art und Weise ins Netz stellen werden.

Diese und viele andere wichtige Maßnahmen der Pflegereform haben spürbare Erleichterungen und Verbesserungen für Pflegebedürftige, ihre Angehörigen und für die Pflegeberufe gebracht.

Ich weiß, dass sich mancher schon im Rahmen der Pflegereform eine Veränderung und Ausweitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs gewünscht hat. Eine solche weitreichende Entscheidung braucht jedoch solide Grundlagen. Wir haben einen Beirat eingesetzt, der konkrete und wissenschaftlich fundierte Vorschläge für einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und das damit verbundene Begutachtungsverfahren erarbeitet hat. Ich bin mit dem Ergebnis sehr zufrieden. Die künftige Begutachtung nimmt den ganzen Menschen in den Blick. Wir wollen weg von der oft kritisierten „Minutenpflege“ hin zu einem ganzheitlichen Ansatz.

Es gilt dann nicht mehr wie heute der Grad der körperlichen Beeinträchtigung; entscheidend sind die verbleibenden Fähigkeiten eines Menschen, die

Frage, ob und wie er noch für sich sorgen und das tägliche Leben bewältigen kann.

Alle Beeinträchtigungen – körperliche, geistige und seelische – werden künftig bei der Begutachtung berücksichtigt. Das Verfahren wird damit vor allem demenziell erkrankten Menschen, pflegebedürftigen Kindern und auch körperlich und geistig Behinderten besser gerecht. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff setzt den Paradigmenwechsel, den wir in der früheren Regierung bereits in der Behindertenpolitik vollzogen haben, konsequent auch in der Pflege um: weg von der Fürsorge, hin zur Teilhabe und Selbstbestimmung. Die wichtigste und höchste Verpflichtung unseres Grundgesetzes – die Wahrung der Würde – für pflegebedürftige Menschen jedes Alters könnte so besser als heute eingelöst werden.

Vor den Wahlen wird keine politische Entscheidung über den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff fallen. Dennoch will ich dieses wichtige Thema nicht auf die lange Bank schieben. Darum habe ich den Vorschlag des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs heute im Gesundheitsausschuss vorgestellt. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff wird weitreichende Folgen für die Pflege haben, je nach Ausgestaltung auch finanzieller Art. Wir brauchen eine breite Debatte über die Frage, was unserer Gesellschaft eine humane Pflege wert ist. Der Beirat hat fünf Vorschläge gemacht, die „relativ kostenneutrale“ Lösungen und solche mit unterschiedlichen Mehrkosten umfassen.

Meine Meinung dazu ist klar: Alle Menschen in Deutschland haben den gleichen Anspruch auf Pflegeleistungen. Wenn sich wirklich alle zu gleichen Bedingungen am Ausgleich der Risiken beteiligen, bekommen wir einen viel größeren Spielraum, um neue Angebote zu finanzieren. Die Versicherten der privaten Pflege-Pflichtversicherung sind im Durchschnitt wesentlich jünger, gesünder und einkommensstärker als die Mitglieder der sozialen Pflegeversicherung. Nur aufgrund dieser für die private Pflege-Pflichtversicherung sehr günstigen Risikoverteilung kann sie es sich Jahr für Jahr leisten, durchschnittlich fast 1,5 Mrd. Euro und damit den größten Teil ihrer Einnahmen den Alterungsrückstellungen zuzuführen und damit „auf die hohe Kante“ zu legen.

Stünde allein dieser Betrag der gesamten Pflegeversicherung zur Verfügung, so wäre erheblicher Spielraum vorhanden, den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff einzuführen und hierbei die Leistungen noch weiter zu verbessern.

Nur ein Beispiel: So ist es zum Beispiel denkbar, die Zahl der Betreuungsassistenten in Pflegeheimen gegenüber der jetzigen Regelung zu verdoppeln (Kosten: rd. 400 Mio. Euro – damit würde der Schlüssel von rund 1: 25 auf etwa 1:12 abgesenkt).

Meine sehr geehrten Damen und Herren, zur Diskussion über die Zukunft der Pflege gehören auch die Arbeitsbedingungen der heute und in Zukunft in der Pflege Beschäftigten. Für viele Frauen und Männer, die Freude an der Arbeit mit Menschen haben, ist die Pflege ein großartiges Berufsfeld. Und sie leisten sehr gute und verantwortungsvolle Arbeit! Der Dienst am Menschen ist oft zwar körperlich und psychisch sehr anstrengend, aber gleichzeitig sehr erfüllend.

Dabei muss allen klar sein: die Arbeitsbedingungen und die Entlohnung in der Pflege werden in sehr naher Zukunft in harter Konkurrenz zu anderen Beschäftigungsbereichen stehen. Daher brauchen wir Anstrengungen, genügend junge Menschen zu qualifizieren. Aber das wird nur gelingen, wenn die Gehälter angemessen ausfallen und die Arbeitsbedingungen attraktiver werden. Deshalb habe ich für einen Mindestlohn in der Pflege gestritten. Diese Möglichkeit hat die Bundesregierung nun beschlossen, die Pflegekommission, die über den Mindestlohn entscheiden wird, wird gerade berufen. Doch das reicht natürlich nicht. Wir müssen den Dienst von Menschen an Menschen insgesamt besser – und das heißt entsprechend der hohen Belastung – bezahlen.

Noch wichtiger als Geld ist für die meisten, dass sich der Berufsalltag ändert. Durch mehr Kooperation der Gesundheitsberufe und durch neue Modelle der Anstellung und Zusammenarbeit wird die Berufspraxis flexibler. Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf wird besser, und das ist auch gut so.

Alleine über die Gehaltsperspektiven werden wir mit anderen Berufen nur schwer mithalten können. Wichtig ist auch, dass in Gesundheitsberufen persönliche Entwicklungsmöglichkeiten geschaffen werden, und dass sich Fortbildung auch finanziell lohnt.

Das Meister-Bafög in der Pflege und die Möglichkeiten für die Pflegekräfte in Modellmaßnahmen, bei entsprechender Qualifikation auch einzelne ärztliche Tätigkeiten eigenverantwortlich zu übernehmen, bieten hier neue Perspektiven.

In der Pflege leisten viele Angehörige und Menschen, die sich bürgerschaftlich engagieren, unverzichtbare Arbeit. Bürgerschaftliches Engagement kann den Staat und die Pflegeversicherung nicht von Verantwortung entbinden, aber es kann – sinnvoll mit professionellen und familiären Hilfsangeboten verzahnt – eine Ergänzung zu staatlichen und versicherungsrechtlichen Hilfsangeboten sein.

In den Projekten des Modellprogramms zur Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger wurde erprobt, wie auf verschiedenste Weise pflegerische Hilfestellung durch Nachbarn, Freunde und sozial Engagierte geleistet werden kann. Sie haben diese vielversprechenden Modelle heute Morgen diskutiert.

Um das ehrenamtliche Engagement in der Pflege zu stärken, haben wir mit der Pflegereform die Fördermittel für niedrigschwellige Pflege- und Betreuungsangebote von bisher 20 Mio. Euro auf 50 Mio. Euro erhöht. Es ist außerdem ausdrückliches Ziel, durch die Pflegestützpunkte die vorhandenen Strukturen weiterzuentwickeln, um die ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und die Selbsthilfegruppen einzubinden. Um eine humane Pflege in unserer Gesellschaft zu fördern, brauchen wir die vielen Menschen, die in ihrer Nachbarschaft, in ihrer Kirchengemeinde oder bei ihren Freunden oder Verwandten diese wichtige ehrenamtliche Leistung vollbringen.

Sehr geehrte Damen und Herren, die meisten Menschen wünschen sich für ihre private Zukunft, ein möglichst selbstbestimmtes Leben in ihrem vertrauten Umfeld zu führen. Diesem Wunsch zu entsprechen und dafür einen Mix von abgestimmten Hilfsangeboten, Pflege- und Betreuungsleistungen bereit zu stellen, sollte unsere gemeinsame Zielvorstellung für die Zukunft der Pflege sein.

Das ist zugegebenermaßen ein großes Ziel. Doch ich halte mich an Präsident Woodrow Wilson: „Wer keine Vision hat, vermag weder große Hoffnung zu erfüllen, noch große Vorhaben zu verwirklichen.“

Dankeschön

Themenschwerpunkt: Pflegestützpunkte – zu mehr Effektivität in der Versorgung

7. *Malu Dreyer, Ministerin, Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen des Landes Rheinland-Pfalz*

Innovative Implementierungsstrategien am Beispiel von Rheinland-Pfalz

Sehr geehrte Frau Bundesministerin Schmidt, sehr geehrter Herr Dr. Gohde, sehr geehrte Herren und Damen,

herzlichen Dank für Ihre Einladung, ich bin gern gekommen, um über die Pflegestützpunkte in Rheinland-Pfalz zu Ihnen zu sprechen. Für diese Gelegenheit danke ich den Gastgebern sehr herzlich.

Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz sind Elemente zur Stärkung der häuslichen Pflege und Unterstützung eingeführt worden. Dazu gehört der Anspruch auf Pflege-Beratung (Fallmanagement) und die Schaffung von Pflegestützpunkten. Vor Ort sollen sie die zentrale Anlaufstelle bei allen Fragen rund um die Pflege und Betreuung sein. Ihre Aufgaben sind:

- die Auskunft und Beratung von Pflegeversicherten und deren Angehörigen über Rechte und Pflichten sowie über unterschiedliche Unterstützungsangebote,
- die Vernetzung pflegerischer, medizinischer und sozialer Versorgungs- und Betreuungsangebote durch Pflegeberater (Fallmanager),
- die Koordinierung der einzelnen Leistungen und die erforderliche Hilfestellung bei der Inanspruchnahme und Abwicklung der Leistungen,
- die Einbindung bürgerschaftlich engagierter Menschen.

Ich bin fest davon überzeugt, dass sie ein notwendiger Mosaikstein um mehr Teilhabe, um mehr Selbstbestimmung auch im Bereich der Pflege sind.

In Rheinland-Pfalz werden rund 71 Prozent aller pflegebedürftigen Menschen zu Hause versorgt. Der Anteil der häuslich versorgten Menschen ist in Rheinland-Pfalz gestiegen. Das zeigt, dass die Menschen den Wunsch ha-

ben, möglichst lange in den eigenen vier Wänden zu leben. Es ist ein wichtiges Ziel meiner Politik, sie darin zu unterstützen.

Menschen mit Unterstützungsbedarf müssen alle benötigten Hilfen dort bekommen, wo sie leben. Die Dienste müssen zu den Menschen kommen und nicht die Menschen zu den Diensten.

Schon im Jahr 2002 habe ich die Initiative „Menschen pflegen“ ins Leben gerufen. Im Zusammenwirken mit vielen unterschiedlichen Partnern in der Pflege ist es das Ziel dieses Projektes, die Rahmenbedingungen in der Pflege zu verbessern und die Versorgungsstrukturen weiter zu entwickeln. Dabei haben wir wichtige Fortschritte erzielen können.

Die Erfahrungen zeigen, dass die Rahmenbedingungen der Pflege auf Landesebene gestaltbar sind:

- wir haben innovative Pflegekonzepte in Modellprojekten erprobt und mit Best-Practice-Prozessen gute Beispiele verbreiten können;
- wir konnten zeigen, dass das Zusammenwirken aller Akteurinnen und Akteure für eine qualitativ hochwertige Pflege von immer größerer Bedeutung ist – auch im Sinne von Pflegenetzwerken, in denen die Angehörigen- und Nachbarschaftshilfe durch die professionelle Pflege ergänzt wird.

Um die Autonomie von pflegebedürftigen Menschen zu sichern und ihre Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft so weitgehend wie möglich zu gewährleisten, wird die Pflege der Zukunft von „Persönlichen Budgets“, „Case-Management“ und „vernetzten Strukturen“ geprägt sein. Auch das ist eine Erfahrung meiner Initiative „Menschen pflegen“.

Der Schwerpunkt unserer Politik liegt daher im Aus- und Aufbau häuslicher Versorgungsstrukturen. Dazu zählen:

- flächendeckende, wohnortnahe Beratungsstrukturen,
- ergänzende niedrighschwellige Angebote,
- das bürgerschaftliche Engagement im Pflegeumfeld und
- die Unterstützung der Kommunen bei der Strukturentwicklung vor Ort.

Das sind auch die Kernelemente des Landesgesetzes zur Sicherstellung und Weiterentwicklung der pflegerischen Angebotsstruktur. Das Gesetz hat zum Ziel, die ambulanten Versorgungsstrukturen auf- und auszubauen und das bürgerschaftliche Engagement in der Pflege zu stärken.

Mit dem Landespflegegesetz hat die Landesregierung den rheinland-pfälzischen Landkreisen und kreisfreien Städten ein Instrument an die Hand gegeben, mit dem in die Zukunft weisende Rahmenbedingungen und Strukturen entwickelt werden können, und zwar die Pflegestrukturplanung.

Neben der Sammlung und Auswertung von Daten, der Analyse der lokalen Strukturen und der Berücksichtigung der in den Pflegestützpunkte gewonnenen Erkenntnisse brauchen und wollen wir die Beteiligung der Bürgerinnen und Bürger.

Die Pflegestrukturplanung in Rheinland-Pfalz wird seit dem 1. Oktober 2008 modellhaft in 10 Landkreisen und kreisfreien Städten verwirklicht.

Erste Anlaufstelle bei allen Fragen rund um die Pflege sind seit 1995 in Rheinland-Pfalz die Beratungs- und Koordinierungsstellen. Sie haben sich als „Lotsen“ im System der Pflege, des Vor- und Umfeldes der Pflege und Betreuung etabliert. Sie haben der Idee der Pflegestützpunkte – bundesweit – Pate gestanden, was mich besonders freut. Wir haben die BeKos inzwischen zu Pflegestützpunkten weiterentwickelt.

Zeitgleich mit dem In-Kraft-Treten des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes habe ich die Entscheidung getroffen, dass in Rheinland-Pfalz ein wohnortnahes und flächendeckendes Netz von Pflegestützpunkten errichtet werden soll und dabei an die vorhandene Struktur der Beratungs- und Koordinierungsstellen anzuknüpfen ist. Darüber hinaus haben wir uns im Vorfeld mit den beteiligten Pflege- und Krankenkassen, den kommunalen Spitzenverbänden und den Trägern der Beratungs- und Koordinierungsstellen verständigt.

Unter Leitung und Moderation meines Hauses haben wir eine Arbeitsgruppe Pflegestützpunkte eingerichtet, die den gesamten Umsetzungsprozess begleiten wird. Mitglieder der Arbeitsgruppe sind Vertreterinnen und Vertreter der Pflege- und Krankenkassen, der kommunalen Spitzenverbände, der Verbände der Leistungserbringer und somit der Träger der Beratungs- und Koordinierungsstellen sowie meines Hauses.

Der Arbeitsgruppe ist es gelungen, einen Landesrahmenvertrag und einen Kooperationsvertrag mit den Pflege- und Krankenkassen, den kommunalen Spitzenverbänden und den Trägern der Beratungs- und Koordinierungsstellen vorzubereiten, die inzwischen unterzeichnet sind.

Der Landesrahmenvertrag enthält die grundsätzlichen Vereinbarungen über die Errichtung, die Arbeit und die Finanzierung unserer Pflegestützpunkte. Wir haben in diesem Vertrag festgelegt, dass die Pflege- und Krankenkassen auf der einen Seite und das Land sowie die Kommunen auf der anderen Seite jeweils die Hälfte der Pflegestützpunktkosten tragen.

Da die Träger der Beratungs- und Koordinierungsstellen, d.h. die ambulanten Pflegedienste, aufgrund der gesetzlichen Vorgaben nicht Träger der Pflegestützpunkte werden konnten, haben wir zusätzlich einen Kooperationsvertrag über den Betrieb von Pflegestützpunkten zwischen den Trägern der BeKo-Stellen und den Trägern der Pflegestützpunkte geschlossen. Dieser Vertrag ist gleichzeitig der Mustervertrag für die örtlichen Pflegestützpunktverträge und hat mit dazu beigetragen, dass bereits eine große Zahl von Pflegestützpunktverträgen abgeschlossen werden konnte.

In jedem Landkreis und jeder kreisfreien Stadt wurde inzwischen eine Kooperationsgemeinschaft Pflegestützpunkte gebildet. In ihr sind alle Träger der Pflegestützpunkte (Pflege- und Krankenkassen, Landkreis bzw. kreisfreie Stadt, Land) und die Träger der Beratungs- und Koordinierungsstellen vertreten.

Die Pflege- und Krankenkassen haben die Federführung in diesen Gremien übernommen und vertreten sich gegenseitig. Die Kooperationsgemeinschaft begleitet eng den Auf- und Ausbau der regionalen Pflegestützpunkte und ist der zentrale Ansprechpartner vor Ort. Eine enge Zusammenarbeit mit der regionalen Pflegekonferenz sichert auch die Transparenz über die Arbeit der Pflegestützpunkte.

Wir haben unter einem enormen Zeitdruck erreicht, dass keine Doppelstrukturen entstehen, sondern rechtzeitig vom 1. Januar 2009 an Pflegeberatung in allen Pflegestützpunkten durch die Fachkräfte der Beratungs- und Koordinierungsstellen angeboten wird.

Für die Beteiligten „an der Basis“, d.h. für mehrere hundert Verantwortliche vor Ort, haben wir zwei Informationsveranstaltungen im November 2008 (Trier und Mainz) durchgeführt. Dabei konnten viele Fragen beantwortet und

Unsicherheiten beseitigt werden. Aufgrund dieser erfolgreichen Veranstaltungen kommt die konkrete Umsetzung in den 36 Landkreisen und kreisfreien Städten in Rheinland-Pfalz gut voran. In 27 Landkreisen und kreisfreien Städten und somit für 98 Pflegestützpunkte wurden die erforderlichen Pflegestützpunktverträge bereits abgeschlossen.

Wir haben in Rheinland-Pfalz für landesweit durchschnittlich 30.000 Einwohnerinnen und Einwohner einen Pflegestützpunkt eingerichtet. Dieser Schlüssel sichert eine wohnortnahe Versorgung.

Für mich sind die Pflegestützpunkte die erste Anlaufstelle für die Beratung unserer Bürgerinnen und Bürger rund um die Pflege zu Hause.

Der Vorteil der Pflegestützpunkte liegt in der umfassenden Beratung, dem bedarfsgerechten Fallmanagement und der Vernetzung aller Beteiligten. Im Interesse der rat- und hilfeschuchenden Menschen ist das eine herausragende strukturelle Verbesserung.

Pflegestützpunkte sind dabei das Dach, unter dem neben den Fachkräften der Beratungs- und Koordinierungsstellen vor allem auch die Fachkräfte der Pflege- und Krankenkassen, der Landkreise und kreisfreien Städte einen Arbeitsplatz haben.

In der ersten Phase wird daher in jedem der 135 rheinland-pfälzischen Pflegestützpunkte das bisherige Angebot der Beratungs- und Koordinierungsstellen ergänzt durch eine Fachkraft der Pflege- und Krankenkassen im Umfang einer halben Vollzeitstelle. Somit stehen in allen 135 Pflegestützpunkten jeweils bis zu 1,5 Vollzeitstellen zur Verfügung und werden punktuell ergänzt durch Fachkräfte der Kommunen.

Neben dem Angebot der umfassenden Pflegeberatung verfolgen wir mit diesem Personalschlüssel auch das Ziel, die so wichtigen Netzwerke vor Ort auf- und auszubauen. Dies ist bereits seit Jahren auch eine der Aufgaben der Beratungs- und Koordinierungsstellen. Vor Ort sind eine Vielzahl von Netzwerken entstanden und gemeinsam werden seit Jahren die unterschiedlichsten Projekte durchgeführt.

Aufgabe der Fachkräfte der Beratungs- und Koordinierungsstellen nach dem Landespflegestrukturgesetz ist auch, bürgerschaftlich engagierte Menschen zu gewinnen, zu unterstützen und in die Angebotsstrukturen einzubeziehen.

- Im Rahmen unserer rund 290 komplementären und niedrighschwelligeren Angebote konnten im Jahr 2008 insgesamt rund 2.500 ehrenamtlich engagierte Menschen eingesetzt werden.
- Sie leisteten dabei rund 224.000 ehrenamtliche Einsatzstunden.

Dieser erfolgreiche Ansatz wird von den Pflegestützpunkten weiterverfolgt.

Bei den regionalen Pflegekonferenzen, die in allen 36 Landkreisen und kreisfreien Städten in Rheinland-Pfalz ebenfalls auf der Grundlage unseres Landesgesetzes eingerichtet worden sind, sitzen alle Partner an einem Tisch und sind an der Diskussion über die Strukturentwicklung beteiligt. Die regionalen Pflegekonferenzen fördern den Austausch, die Einbindung und die Zusammenarbeit aller an der Pflege Beteiligten und tragen dazu bei, Schnittstellenprobleme zu beseitigen.

Meine sehr geehrten Herren und Damen, bei aller Vorsicht gegenüber langfristigen Vorhersagen ist unbestritten, dass es in Zukunft mehr Menschen geben wird, die Pflegehilfen brauchen werden. Gleichzeitig ist damit zu rechnen, dass das Potential unterstützender Angehöriger zurückgeht:

- zum einen durch den Geburtenrückgang,
- durch kleinere Haushaltsgrößen,
- durch die – gewünschte – höhere Erwerbsbeteiligung von Frauen
- und durch die gewachsenen Anforderungen an die Mobilität von Menschen.

Der demographische Wandel ist eine große Herausforderung. Er stellt uns vor die Aufgabe, die Pflegestrukturen so zu gestalten, dass eine humane und wirtschaftlich bezahlbare Pflege dauerhaft leistbar ist.

Die meisten Menschen möchten in der gewohnten Umgebung versorgt werden – in der eigenen Wohnung oder in einer Gemeinschaftswohnung im Wohnquartier. Deshalb ist es so wichtig, die Rahmenbedingungen für eine Pflege zu Hause zu verbessern und mehr Angebote in den Wohnquartieren zu schaffen.

Wichtig ist auch, die Möglichkeiten der Pflegebedürftigen selbst, ihrer Familien, Freunde, der Nachbarschaft und von ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern stärker als bisher mit einzubeziehen.

Die Herausforderungen in der Pflege sind nur durch strukturelle Veränderungen zu bewältigen. Beratung, Betreuung und Pflege im Sozialraum und niedrigschwellige Zugänge für die Betroffenen sind notwendig, um ihren Wünschen und Bedarfen gerecht zu werden. Die Pflegestützpunkte spielen dabei eine zentrale Rolle. Sie kennen die Strukturen und Partner vor Ort, die ehrenamtlichen und professionellen Angebote.

Mein Ziel ist, dass die Pflege auch im Jahr 2030 in Rheinland-Pfalz geprägt ist von einem guten Miteinander. Durch ein gemeinsames Handeln aller Verantwortlichen und Beteiligten, beispielsweise in den regionalen Pflegekonferenzen oder Kooperationsgemeinschaften vor Ort, kommen alle Potentiale zur Geltung und es kann trägerübergreifend gearbeitet werden.

Auch für dieses vernetzte Arbeiten, für dieses gute Miteinander sind die Pflegestützpunkte von zentraler Bedeutung. Sie sind ein unverzichtbarer Bestandteil einer wohnortnahen Versorgungsstruktur.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

8. *Dr. Jürgen Gohde, Kuratorium Deutsche Altershilfe*

Die Pflegestützpunkte – quantitative Ergebnisse aus dem Modellprogramm

Meine sehr geehrten Damen und Herren,

heute Morgen hat Frau Vanis begonnen mit dem Hinweis auf Paro, die japanische Robbe, und hat dann so schön gesagt: was wir brauchen, ist eigentlich eine Pflege von Menschen mit Menschen für Menschen. Und da kann man den Eindruck gewinnen, zwischen Deutschland und Japan bestehe ein unüberbrückbarer Gegensatz.

Man kann jedoch in Japan, und damit bin ich beim Thema, sehr gut funktionierende Supportcenter sehen, die unseren Pflegestützpunkten entsprechen. Und man kann dort vor allen Dingen auch erkennen, was eine sozial-räumliche Orientierung bedeutet, die notwendig ist, um die Aspekte zusammen zu denken, die uns heute ganz stark beschäftigt haben.

Als der Modellversuch für die Pflegestützpunkte hier vorgestellt worden ist, haben damals drei Grundaspekte eine zentrale Rolle gespielt, nämlich erstens die Frage, wie es möglich ist, die Unübersichtlichkeit der Leistungsangebote abzubauen und Transparenz in das Leistungsgeschehen für Menschen, die pflegebedürftig sind, und ihre Angehörigen zu bekommen. Zweitens die Frage, wie es möglich ist, Zugänge zu gestalten für Menschen zur Leistung der Pflegeversicherung dort wo sie wohnen, und drittens wie vernetzte Angebote in verlässlicher Form aussehen, das ist ja eben noch einmal sehr klar dargestellt worden. Und ich habe damals sehr klar darauf hingewiesen, dass unsere Erwartung dahin besteht, dass die Pflegestützpunkte Ansatzpunkte für eine Versorgungslandschaft im Bereich der Pflege sein könnten, die dazu beiträgt, tatsächlich verlässlich Leistungen für den Einzelnen zu bieten, der Selbstverantwortung Raum zu geben, aber auch verlässliche Solidarität erfahren zu lassen, möglich zu machen.

Das KDA hat diesen Modellversuch des Bundes begleitet. Herr Dr. Michell-Auli, der hier ist, hat die Verantwortung für dieses Projekt gehabt, gemeinsam mit Frau Strunk-Richter und Herrn Tebest. Im Rahmen dieses Modellversuches der Pilotpflegestützpunkte ist von Mai bis November 2008 eine Befragung durchgeführt worden. Dabei sind die Dokumentationssysteme analysiert worden und die in den Stützpunkten geführten statistischen Aus-

wertungen betrachtet worden. Von einem separaten Fragebogen des KDA haben wir Abstand genommen. Die Ergebnisse sind in den Erhebungsbögen eingeflossen, der in der restlichen Laufzeit zur Generierung weiterer Zahlen benutzt werden soll. Insgesamt wurden in der „Werkstatt Pflegestützpunkte“ und in der Analyse der quantitativen Ergebnisse 18 Pflegestützpunkte evaluiert, praxistaugliche Instrumente zum Aufbau und zum Betrieb von Pflegestützpunkten bereitgestellt und der Aufbauprozess der Pilotpflegestützpunkte begleitet. Das war der Auftrag.

Die Stützpunkte verteilen sich über die Bundesrepublik wie folgt:

Standorte der Pilot-Pflegestützpunkte



Die Voraussetzungen für die Pflegestützpunkte waren so unterschiedlich wie die Ausgangsbedingungen. Mal waren es die BeKo-Stellen in Rheinland-Pfalz, an denen man angeknüpft hat, mal waren es andere Voraussetzungen. Es waren die Probleme des städtischen und ländlichen Raums zu beachten. Die Vorstrukturen sind berücksichtigt. Ich komme heute vor allen Dingen zu der Kundenbefragung und der Auswertung der Datenstrukturen. Wie ist bei der Beratung vorgegangen worden? Jedem Ratsuchenden wurde am Ende eines Gesprächs von dem jeweiligen Berater ein Fragebogen aus-

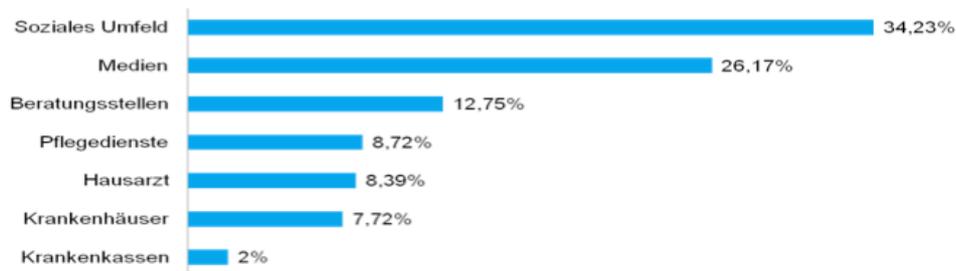
gehündigt. Der oder die Ratsuchende hat Gelegenheit gehabt, ihn unbeobachtet auszufüllen. Die Fragebogen wurden anonym in eine dafür vorgesehene Box geworfen. Insgesamt sind 12.919 Kontakte in die Untersuchung einbezogen worden. Das führt zu einer durchschnittlichen Anzahl von Kontakten von 120 pro Monat und Stützpunkt.

Einbezogen: **16 Stützpunkte**
Insgesamt **12919 Kontakte** (z.T. undokumentierte Folgekontakte)

Durchschnitt im Monat pro Stützpunkt	Präsenzstunde
<ul style="list-style-type: none">▪ 120 Kontakte Spannweite von 18 bis 530▪ Vorstrukturen unterstützen die Inanspruchnahme. Daraus folgt die Wichtigkeit des Marketing gerade für Stützpunkte ohne Vorstrukturen.	<ul style="list-style-type: none">▪ Eine Stunde in der ein Pilot-Pflegestützpunkt geöffnet hat▪ Durchschnittliche Präsenzstunden pro Monat: 70,68 Stunden (ausbaubar)

Zunächst ist beobachtet worden, dass die Stützpunkte die Anzahl der Folgekontakte nicht erfasst haben. Die Gesamtzahl liegt also wahrscheinlich wesentlich höher. Die Stützpunkte haben zum Teil die Erstkontakte sehr sorgfältig dokumentiert und haben bei einer kurzen telefonischen Auskunft darauf verzichtet, den Kontakt festzuhalten. Von daher sind die effektiven Zahlen höher anzusetzen. Die Spannbreite von 18 bis 530 Kontakten pro Monat zeigt, dass die Nachfrage in den einzelnen Stützpunkten sehr unterschiedlich ist. Das lässt allerdings keine qualitative Bewertung zu. Vielmehr zeigt dies, dass die Ausgangslagen unterschiedlich sind und auch waren. Die Stützpunkte bauen auf Wohnstrukturen auf. Eine etablierte Anlaufstelle bietet für die Rat- und Hilfesuchenden nachweislich eine nachvollziehbare und höhere Nachfrage als diejenigen Anlaufstellen, die erst ganz neu begonnen haben. Ganz wichtig ist für uns die Erfahrung gewesen, dass die Öffnungszeiten der Stützpunkte unterschiedlich gewesen sind. Von daher kommt die zentrale Frage der Öffentlichkeitsarbeit sehr früh in den Blick.

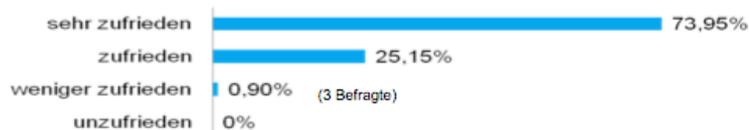
Wodurch sind Sie auf den Pflegestützpunkt aufmerksam geworden?



Von den Befragten haben zunächst einmal auf die Frage, wie sie aufmerksam geworden sind auf den Pflegestützpunkt, 34,23 Prozent geantwortet, „durch das soziale Umfeld“, d.h. durch Menschen, die den Stützpunkt im Kontext kannten – durch Angehörige, durch Freunde, durch Bekannte, durch öffentliche Anschläge, wie auch immer. Die Medien werden zu 26,1 Prozent genannt, Beratungsstellen zu 12,7 Prozent, die Pflegedienste selber mit nur 8,72 Prozent. Das zeigt, dass wir am Anfang mit einem immer wieder beschriebenen Problem zu kämpfen hatten, nämlich, dass die Stützpunkte im Verdacht standen, Doppelstrukturen zu bilden und dass in den Stützpunkten auf der einen Seite die Marktorientierung mit der sehr individuellen Ausrichtung von Leistungen im Pflegegeschehen und auf der anderen Seite die kommunale Daseinsvorsorge aufeinandertreffen und mit dem bürgerschaftlichen Engagement zusammenkommen. Die Befürchtung von Doppelstrukturen hat sich überhaupt nicht bewahrheitet. Eher schwach sind die Hinweise von Hausärzten (8,39%), von Krankenhäusern mit 7,72 Prozent und was wirklich noch viel besser werden kann, von den Krankenkassen mit 2 Prozent.

Wie sind die Menschen mit den Pflegestützpunkten zufrieden gewesen?

Wie zufrieden sind Sie mit der Arbeit des Pilot-Pflegestützpunktes?



Würden Sie den Pilot-Pflegestützpunkt in Zukunft wieder aufsuchen?



Die Kundenzufriedenheit hat die Ministerin schon herausgestellt. Nahezu 74 Prozent der Befragten sagen, sie seien sehr zufrieden mit dieser Arbeit, 25,15 Prozent zufrieden. Weniger zufrieden sind nur 0,9 Prozent. Diese Unzufriedenheit ergibt sich z.B. aus eingeschränkten Öffnungszeiten, die es Angehörigen schwer machen, Leistungen in Anspruch zu nehmen. Wie Sie sehen, 99,4 Prozent würden einen Pflegestützpunkt wieder aufsuchen. Das sind traumhafte Werte, die sich allerdings vielleicht auch aus einer Eingangsphase erklären. Aber es zeigt sich, dass die Erwartungen der Ratsuchenden erfüllt werden von den Pilotpflegestützpunkten, und zwar zu voller Zufriedenheit.

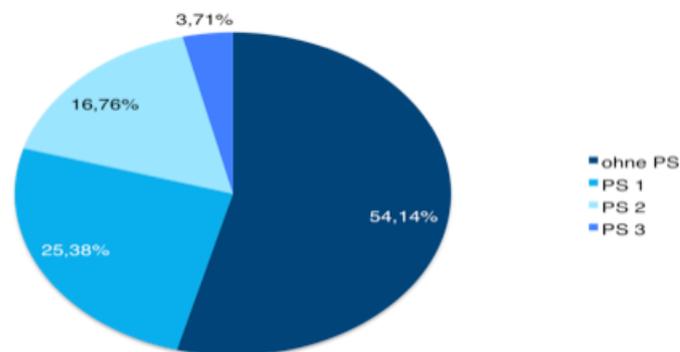
Pflegestützpunkte und Datenstrukturen: Uneinheitliche Begriffe erschweren die Arbeit; es gibt unterschiedliche Dokumentationsinhalte und Schwerpunkte in der Dokumentation.

Häufig wollten Rat- und Hilfesuchende keine Angaben machen. Das erschwert natürlich die genauere Analyse; die durchschnittliche Zahl der Kontakte beträgt 120.

Pflegestützpunkte sollen die Vorstrukturen unterstützen: Durchschnittlich werden pro Monat 70,68 Präsenzstunden geleistet. Das ist sicher ausbaubar und wird, wenn das Modell flächendeckend umgesetzt werden sollte, mit Sicherheit mehr sein.

Es zeigt sich in den Beratungsleistungen der Pflegestützpunkte ein sehr hoher Unterstützungsbedarf von Menschen ohne Pflegestufe. Das hat uns auch sehr beschäftigt im Beirat zur Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs: nämlich, ob es notwendig ist, präventive Angebote der Pflegeversicherung auszubauen: z.B. vorgelagerte oder der Pflege selbst vorgelagerte Angebote.

Ratsuchende nach Pflegestufen:

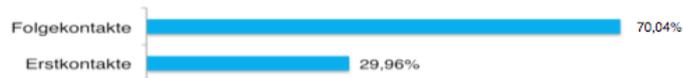


N = 2100

Wenn Sie die Zahlen betrachten, sehen Sie, dass 54,1 Prozent aller Menschen ohne Pflegestufe in einen Pflegestützpunkt kommen, um Beratung zu erhalten. Der Bedarf nimmt signifikant ab nach den jeweiligen Schweregraden der Pflegebedürftigkeit bis hin zu 7,31 Prozent in der Pflegestufe 3. Zielgruppe sind sowohl die Betroffenen als auch das soziale Umfeld. Die Betroffenen selber zu 33,89 Prozent, und es ist kein Wunder, dass 66,1 Prozent aus dem Bereich der Angehörigen und Freunde kommt.

Wir haben heute Morgen sehr überzeugend dargestellt bekommen, dass die Pflegestützpunkte im Grunde ein Instrument sind im Bereich der nahen und der fernen Solidarität einerseits, aber auf der anderen Seite auch notwendig sind für die Gestaltung der sozialen Ökologie einer Kommune.

Erstkontakt/Folgekontakt:

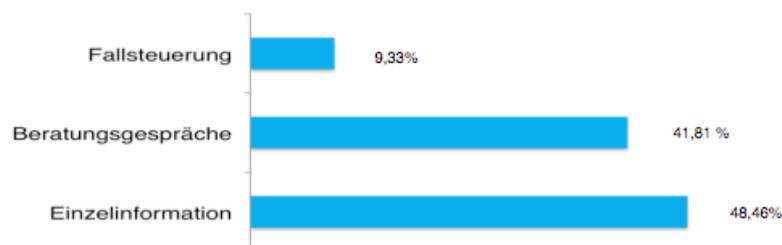


Beispiel Flensburg:

	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober	November
Rat- und Hilfesuchende	168	175	195	268	179	150	119
Erstkontakt	40	54	42	35	35	33	16
Folgekontakte	342	450	455	495	424	347	230
Rat- und Hilfesuchende mit mindestens 2 Kontakten	149	158	178	253	160	135	111
Durchschnittliche Anzahl an Vorgängen bei denjenigen die mehr als einen Vorgang haben	2,44	3,08	2,7	2,04	2,75	2,7	2,14

N = 6475

Es bedarf in der Regel mehrerer Kontakte. Die Folgekontakte sind enorm hoch. Das zeigt, dass es nicht damit getan ist, ein erstes Angebot zu leisten und dann zu denken, dass der Prozess damit beendet wäre. Menschen, die in einem Pflegeprozess stehen oder ihn begleiten, sind darauf angewiesen, dass sie auch in diesem Prozess aufgefangen werden und mit dem Risiko der Pflegebedürftigkeit nicht alleine bleiben. Der Beratungsbedarf nimmt zu, insbesondere bei Menschen mit Demenz. Die Zahl der Erstkontakte beträgt 29,96. Sie können am Beispiel des Pflegestützpunktes in Flensburg sehen, dass sich die Kontakte zwar in einzelnen Monaten mit erheblichen Spitzen gestalten, dass aber die Folgekontakte erheblich sind. Die Zahl der Rat- und Hilfesuchenden mit mindestens zwei Kontakten ist erheblich. Die durchschnittliche Anzahl von Vorgängen bei denen, die mehr als einen Beratungstatbestand haben, ist dreimal so groß. Und nachdem, was wir heute Morgen gehört haben, können Pflegedienste allein insbesondere diese erschließende, breite vernetzte Beratung nicht in ausreichendem Maße darstellen.



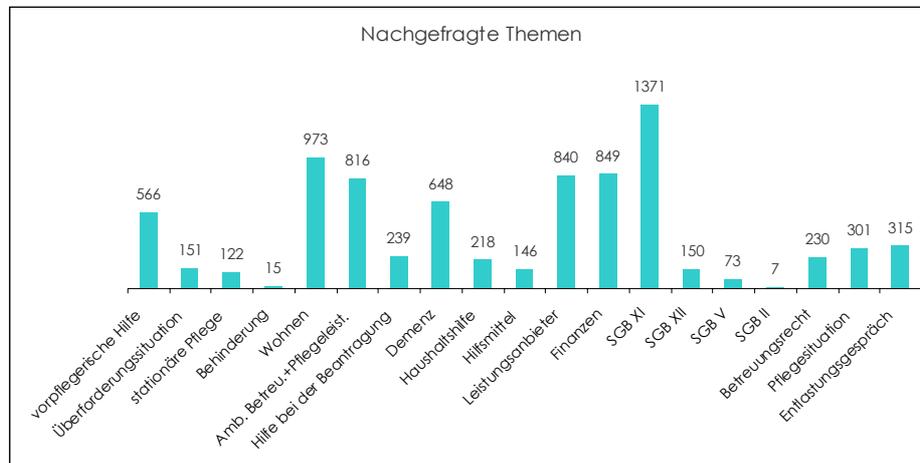
N = 2396

Erste Hinweise, dass nur wenige der Ratsuchenden einen Bedarf an Fallsteuerung haben, zeigen sich auch. Die Stärke der Stützpunkte liegt im präventiven Bereich und sie wird sich sicher weiter ausbauen, wenn es gelingt, die Pflegestützpunkte als Teil einer Versorgungslandschaft weiterzudenken.

Die Einzelinformation dominiert mit 48 Prozent, Beratungsgespräche folgen mit 41 Prozent und die Fallsteuerung nach § 7 SGB XI beträgt nur 9,33, das setzt allerdings auch voraus, dass die Kassen mit ihren Angeboten direkt im Stützpunkt erreichbar sind und sie auch darüber einbringen.

Die nächste Folie ist für mich besonders wichtig. An ihr kann man zwei Dinge ablesen. Erstens, es handelt sich um ein ganz komplexes Feld, eine ganz komplexe Beratungssituation, die nur gemeinsam angegangen werden kann. Es geht um eine in sich vernetzte Lebenserfahrung. Wir haben Beratungsanlässe, die sich aus der Pflegesituation und aus dem Pflegeprozess ergeben, vorpflegerische Hilfen, die Überforderung in der Pflegesituation, die stationären und die ambulanten Hilfen, die Pflegesituation und das Entlassungsgespräch selbst. Wenn Sie diese Säulen zusammen sehen, erkennen Sie, dass die Beratungsnotwendigkeit für Menschen, die in der Pflegesituation drinstecken und für diejenigen, die Angst davor haben, abhängig oder überfordert zu sein, außerordentlich hoch ist.

Der zweite Aspekt bezieht sich auf Beratungssituationen, die Aufgaben der kommunalen Daseinsvorsorge sind. Die Wohnberatung, die Beantragungsberatung usw., die Beratung nach dem SGB II, nach dem SGB XII usw. Nachvollziehbar entsteht das Bild einer Aufgabe, die einer der Akteure alleine nicht in der notwendigen Komplexität lösen kann. Die Kassen brauchen die kommunale Seite an dieser Stelle, die Kommunen brauchen die Kassen, und ohne die Leistungserbringer bleibt es nur ein halbes Stück.



N = 8028

Interessant ist die sehr hohe Nennung von Menschen mit Demenz und nicht überraschend. Natürlich all die Fragen, die im Zusammenhang stehen und Faktoren, die direkt aus dem SGB XI abzuleiten sind. Das ist, denke ich, zu erwarten gewesen und auch selbstverständlich.

Die Frage der Trägerneutralität, die am Anfang des Projektes der Pflegestützpunkte eine große Rolle gespielt hat, besitzt eine geringe Bedeutung. In der Beratung zeigt sich, dass sie vernachlässigt werden kann. Überall dort, wo man die Beratung als gemeinsame Aufgabe begreift, „wo man sich auf die Finger guckt“, wo man dem Ziel folgt, eine leistungerschließende Beratung zu machen, gelingt es.

Ich komme zum Schluss. Man kann im Ergebnis sagen, dass die Pflegestützpunkte – heute sind in Berlin, wie man in der Zeitung lesen kann, wieder 26 Stützpunkte ans Netz gegangen – insgesamt erfolgreich arbeiten. Der Nutzen und die Akzeptanz in der Bevölkerung sind jedenfalls schon sehr deutlich zu erkennen. Wenn in den Bundesländern überall dann klare Rahmenbedingungen vorhanden sind, die die Anschubfinanzierung sichern und die Einbeziehung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI regeln, dann kann man davon ausgehen, dass die Pflegestützpunkte den gesetzlichen Anforderungen nachkommen können. Sie bieten den pflegebedürftigen Menschen, ihren Angehörigen, aber auch vielen weiteren Rat- und Hilfesuchen-

den eine neutrale kostenlose umfassende Beratung und Begleitung bei allen Fragen rund um das Thema Pflege und darüber hinaus.

Mit ist ganz wichtig noch einmal zu unterstreichen, dass es hier um eine komplexe in gemeinsamer Verantwortung gestaltete Leistung der Vernetzung geht, des Beitrags der Zivilgesellschaft, des Beitrags der Pflegedienste aber auch der Daseinsvorsorge. Wir haben hier ein zentrales gesellschaftliches Problem vor uns. Es geht um unsere eigene Zukunft. Unsere Gesellschaft wird daran gemessen werden, wie sie mit Menschen mit Pflegebedarf in den nächsten Jahren umgeht, welche Teilhabechancen, welche Würde sie ihnen zugesteht.

Ich danke Ihnen.

9. *Manfred Adryan, AOK Bremen/Bremerhaven; Bernd Haar, hkk Bremen; Agnes Wichert, Land Bremen*

Die Pflegestützpunkte in der Praxis: das Beispiel Bremen

Manfred Adryan, AOK Bremen/Bremerhaven

Sehr geehrte Damen und Herren,

mein Name ist Manfred Adryan, ich bin Direktor bei der AOK Bremen/Bremerhaven und bin dort zuständig für das Fallmanagement bei der Krankenkasse und der Pflegekasse und im Nebenjob errichte ich Pflegestützpunkte.

Ehrlich gesagt, bin ich ganz überrascht, dass ich hier stehe, denn wir haben in Bremen nur das Gesetz umgesetzt.

Es ist doch eigentlich ganz simpel. Im Gesetz steht „richten die Pflege- und Krankenkassen Pflegestützpunkte ein“ und das auch noch in sechs Monaten.

Und warum klappt das mit dem Errichten im Sinne des § 92c SGB XI bundesweit nicht so richtig toll und einheitlich?

pflegestützpunkt
Land Bremen

Juni 2008:



1. Juli 2009

Manfred Adryan, AOK / Bernd Haar, hkk / Agnes Wichert, Sozialbehörden Bremen

2

Ganz einfach, die Partner kommen nicht zueinander.

Die Pflege- und Krankenkassen

- sind Konkurrenten und kämpfen teilweise um das Überleben,
- haben unterschiedliche strategische und vertriebliche Ausrichtungen,
- die Anzahl der Pflegebedürftigen ist sehr unterschiedlich,
- keiner gönnt dem Anderen einen Vorteil,
- viele Unsicherheiten sind durch den Gesundheitsfonds entstanden, und, und, und.

Weiter sagt das Gesetz, dass sich die Sozialbehörden an den Pflegestützpunkten beteiligen sollen.

Oh je, in vielen Ländern tauschen diese Parteien nur Klageschriften aus. Sie reden vielleicht übereinander, aber nicht miteinander.

Vor diesem Hintergrund kann man Pflegestützpunkte vielleicht gesetzlich einklagen oder anordnen, aber nie sinnvoll zum Arbeiten bekommen.

Eigentlich war auch unser Projekt schon im Juni 2008 gescheitert. Man hatte uns eine „Zielvereinbarung“ geschickt, in der stand, was wir alles zu tun und zu lassen hatten. So dick war mein Hals!

pflegestütz punkt
Land Bremen

Seit Oktober 2008:



Zum Glück kehrte bei allen Vernunft ein. Ich will dem Endergebnis nicht vorgreifen, aber am Ende waren 90 Prozent der Inhalte der Zielvereinbarung erfüllt und umgesetzt, aber gemeinsam und im Sinne aller!

In kleinen Runden wurde alles besprochen, die Basis war geschaffen, die Zielvereinbarung war vom Tisch, wir konnten starten und alle in ein Boot holen.

Gemeinsam:

1. Juli 2009 Manfred Adryan, AOK / Bernd Haar, hkk / Agnes Wichert, Sozialbehörde Bremen 4

All diese Institutionen tragen gemeinsam den Pflegestützpunkt, die besonders im Kreis gekennzeichneten haben aktiv mitgearbeitet und darauf sind wir stolz. Und wenn ich Arbeit sage, meine ich auch Arbeit.

Projektororganisation



Wir haben 19 Arbeitsgruppen gebildet, in die sich alle einbringen konnten. Zweimal im Monat musste jede Arbeitsgruppe einen Statusbericht erstellen, der an die Projektgruppe ging. Dort wurden alle Entscheidungen gemeinsam getroffen, auch z.B. das Thema Finanzierung. Wir haben uns alle zusammengerauft. Am Ende standen die Eckpunkte: KM 6-Versicherte, das Land gibt einen festen Zuschuss und der Rest wird je zu einem Drittel geteilt (Kommune, Krankenkasse, Pflegekasse). Der Lenkungsausschuss, bestehend aus Vorständen, Staatsrat u.a. wurde nur zweimal einberufen, zur Information.

Wir „Macher“ konnten alle von unserer Philosophie überzeugen.

Wo sehen wir die Vorteile?

Hierbei wird neben der Verbesserung der Versorgungsqualität und der Versorgungskontinuität auch die Wirtschaftlichkeit des Gesamtversorgungssystems durch Vermeidung von Fehl-, Unter- und Überversorgung sowie durch eine enge Verzahnung der verschiedenen Versorgungssysteme gesteigert.

und

Durch die Verzahnung und Vernetzung von unterschiedlichen Ansprüchen und Leistungen können in erheblichem Umfang Wirtschaftlichkeitsreserven freigesetzt werden.

Quelle: Begründung zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz zu § 92 c SGB XI

1. Juli 2009

Manfred Adryan, AOK / Bernd Haar, hkk / Agnes Wichert, Sozialbehörde Bremen

6

Wir haben keine politischen Hahnenkämpfe ausgetragen. Wir sind überzeugt von der Vielfalt der Möglichkeiten im Fallmanagement und der da brachliegenden Wirtschaftlichkeitsreserven.

Dieser Passus aus der Gesetzesbegründung ist bundesweit aber viel zu kurz gekommen bzw. wurde gar nicht diskutiert.

Das gemeinsame Fallmanagement ist das A und O in den Pfligestützpunkten.

Des Weiteren durfte kein Teilnehmer das Gefühl haben, er wird über den Tisch gezogen. Es darf am Ende keine Gewinner und Verlierer geben.

Immer wenn die Gefahr bestand, dass die Diskussion abdriftete, musste der § 92c als Leitplanke herhalten. § 92c war unsere Richtschnur. Warum ist das so schwierig? Für alle war daher das Thema Neutralität von größter Bedeutung und Voraussetzung für eine gemeinsame Zusammenarbeit.

Wir sind neutral, weil...

- neutrale, unverbrauchte Räume
- gemeinsam entwickeltes Logo
- gemeinsame Homepage
- gemeinsame Flyer
- institutionsunabhängige Software
- Transparenz
- Evaluation
- regelmäßige Controllingzahlen
- kostenfreie Beratung
- Überwachung des gemeinsamen Versorgungsplanes
- jeder kann mitarbeiten / mitgestalten

- Clearingstelle
- gegenseitige Kontrolle durch Mitarbeitervielfalt
- nur Beratungs- keine Entscheidungskompetenz
- durchdachte Gremienstruktur
- gemeinsame Datenschutz-RL
- gemeinsame vertragliche Regelungen
- gemeinsame vierwöchige Schulung der PSP-Mitarbeiter

1. Juli 2009

Manfred Adryan, AOK / Bernd Haar, hkk / Agnes Wichert, Sozialbehörden Bremen

7

Das Logo durfte keine Krankenkassen-Farbe enthalten, also kein AOK-grün, hkk-rot oder IKK-blau (Pantone 320c). Im Pfligestützpunkt finden Sie keinen Block oder Kugelschreiber, der einen Werbeaufdruck einer Krankenkasse enthält. Aber wir sind der Meinung, dass es außerdem noch viele gute Argumente für eine Neutralität in den Bremer Pfligestützpunkten gibt.

- Transparenz (Controlling, Evaluation),
- unentgeltliche Beratung,
- gemeinsamer Versorgungsplan,
- Clearingstelle,
- vierwöchige Schulung.

Wichtig war auch, dass wir – was die Finanzen betrifft – mit Rahmenbedingungen gearbeitet haben.

1. Klar war, die Pfligestützpunkterrichtung muss durch die Anschubfinanzierung gesichert sein.
2. Die Personalkosten der Pflege- und Krankenkassen wurden gedeckelt.
3. Auch für die laufenden Betriebskosten gibt es einen Deckel, nämlich 50.000,00 € je Pfligestützpunkt.

Durch diese Budgets hat man beim „Machen“ mehr Spielraum und es muss nicht über jede einzelne Aktivität diskutiert werden.

Meine Damen und Herren, dies war ein sehr kurzer Abriss über unsere Aktivitäten im Vorfeld der Pflegestützpunkterrichtung.

Mein Fazit: Mache Betroffene zu Beteiligten, schaffe Vertrauen und alle müssen in Augenhöhe agieren.

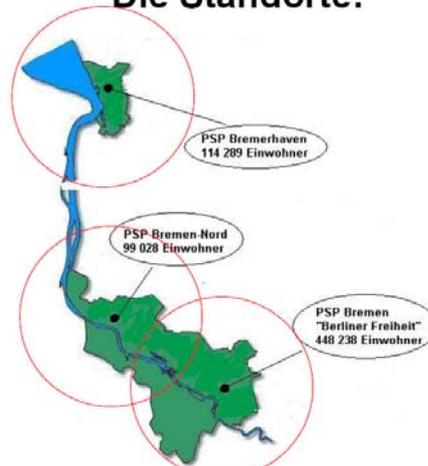
Nun wird Ihnen Bernd Haar von der hkk vorstellen, was wir in Bremen geschafft haben.

Vielen Dank.

Bernd Haar, hkk Bremen

Meine Damen und Herren, wenn wir das Bundesland Bremen topographisch betrachten, ist es langgestreckt, und wenn wir genau hingucken, gibt es eine Unterbrechung ungefähr in der Mitte, nämlich dort, wo Bremen-Nord aufhört und Bremerhaven anfängt. Bremen bietet in meiner Wahrnehmung drei große einwohnerbezogene Schwerpunkte und die kann man sehr schön visualisieren, indem man jeweils mit einem 15 m-Radius versucht, die Bereiche einzufangen. Es kristallisiert sich dann sehr schnell Bremen-Stadt, Bremen-Nord und Bremerhaven heraus. Das war für uns in Bremen nach umfangreicher Diskussion letztlich eine der Initialzündungen zu entscheiden, dass wir mit drei Pflegestützpunkten anfangen. Ob das nun ausreicht, soll eine spätere Evaluation beweisen. Auf jeden Fall brauchten wir erst einmal einen guten Start.

Die Standorte:



1. Juli 2009

Manfred Adryan, AOK / Bernd Haar, hkk / Agnes Wichert, Sozialbehörde Bremen

8

Das Standort- und Innenraumprofil für die einzurichtenden drei Pflegestützpunkte sollte nach den Ihnen hier aufgezeigten Kriterien erfüllt sein.

Es sollte eine Nähe zu Einkaufszentren vorliegen, weil das eben ein sehr häufig und bekannter und befahrener Weg ist.

Es sollte Barriere- und Behindertenfreundlichkeit garantiert sein. Wir wollten damit natürlich wohnortnah und vor allem verkehrsgünstig gut erreichbar sein.

Büroarbeitsplätze für die Berater sollten zur Verfügung stehen, aber auch Büroplätze und -raum für die Selbsthilfe und für die bürgerschaftlich-ehrenamtlichen Tätigkeiten, Bereiche für individuelle Gespräche sollten vorliegen. Es sollte natürlich eine Wartezone da sein.

Und wir wollten mit Parkplätzen nicht geizen, weil es für viele, wenn sie fehlen, immer wieder ein Argument ist zu sagen: „Nein, da gehe ich nicht hin.“

Das Konzept hat sich, nachdem wir lange gesucht haben, in den Grundrissen der Räume widerspiegelt. Sie werden den Bedürfnissen, die ich eben aufgezeigt habe, gerecht. Sie sehen hier die Grundrisse der drei Pflegestützpunkte, die wir im Land Bremen anbieten. Auffällig ist, dass wir in jedem dieser Pflegestützpunkte einen Besprechungsraum haben, wir haben großzügig angelegte Arbeitsplätze, die durchaus noch ausbaubar sind. Wir haben Platz für die Präsentation der Selbsthilfegruppen oder des bürgerschaft-

lichen Engagements, und, wenn Sie genau hingucken, bleibt auch noch besagte Wartezone übrig. Ich bin überzeugt, wir haben eine gute Wahl getroffen.

Die Pflegestützpunkte **pflegestützpunkt** im Land Bremen:

Land Bremen



1. Juli 2009

Manfred Adryan, AOK / Bernd Haar, hkk / Agnes Wichert, Sozialbehörde Bremen

10

Und wie sich das dann real darstellt, erkennen Sie an den sehr freundlichen und Licht durchfluteten Räumen. Die Räumlichkeiten sind außerdem großzügig und wurden neu möbliert. Die Mitarbeiter der Pflegekassen haben also nicht ihr Mobiliar aussortiert und damit dann den Pflegestützpunkt ausgestattet, sondern insgesamt sollte mit einem guten Start auch ein ansprechendes Ambiente erreicht werden. Weiterhin die unmittelbare Anbindung an öffentliche Verkehrsmittel, an Shoppingzentren und Parkgelegenheiten.

Die Räumlichkeiten in Bremen

pflgestütz punkt
Land Bremen



1. Juli 2009

Manfred Adryan, AOK / Bernd Haar, hkk / Agnes Wichert, Sozialbehörde Bremen

11

Die Räumlichkeiten in Bremerhaven

pflgestütz punkt
Land Bremen



1. Juli 2009

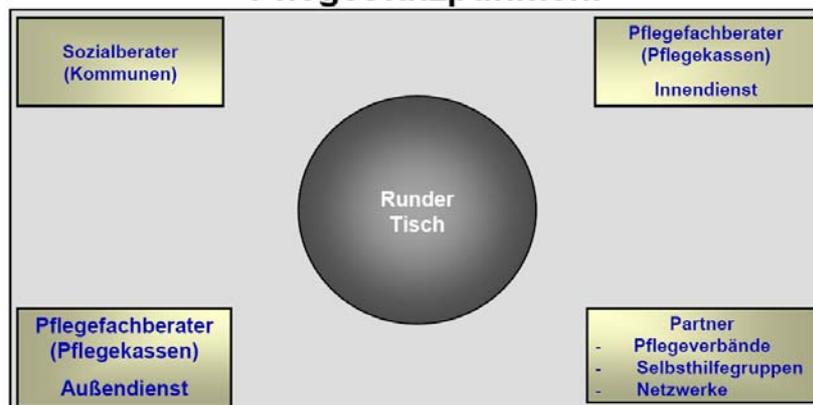
Manfred Adryan, AOK / Bernd Haar, hkk / Agnes Wichert, Sozialbehörde Bremen

12

„Berliner Freiheit“ ist z.B. einer der Örtlichkeiten, die ich namentlich hier besonders gerne erwähne, da ich mich freue, dass ich heute in Berlin bin. Die anderen Stützpunkte liegen in Bremen Nord, „Haven Hööv“ genannt, und in Bremerhaven. Auch dort finden Sie eine vergleichbare optische Anmutung. Sie sehen, wir haben unsere Vorstellungen weitestgehend realisiert.

Die Besetzung in den Pflegestützpunkten trägt der trägerübergreifenden Zusammenarbeit Rechnung. Als Fachberater in den Pflegestützpunkten sind bisherige Mitarbeiter von allen Trägern mit langjähriger Berufserfahrung ausgewählt worden. Sie haben bisher unter Beweis gestellt, dass sie über die notwendige Kooperationskompetenz verfügen. Die hohe Qualität der praktischen Lösungsfindungen war einer der Merkmale, die zu erfüllen war. Es sind Mitarbeiter, die in der Altersspanne von jung bis gesetzt in den Einrichtungen vertreten sind. Auch dahingehend haben wir eine glückliche Wahl getroffen. Und wir haben einen entscheidenden Faktor, der vorhin im Vortrag von Herrn Adryan ja schon mal deutlich wurde, festgelegt. Wir wollten nicht nur Mitarbeiter im Innendienst agieren lassen, sondern wir haben mit der Außendienst-Komponente etwas geschaffen, was auch sehr gut angenommen wird. Tatsächlich können vor Ort häufig sehr viel intensivere Unterstützungen vermittelt werden. Die Erfahrungen daraus werden dann in die Beratungsarbeit eingebracht.

Die Besetzung in den Pflegestützpunkten:



1. Juli 2009

Manfred Adryan, AOK / Bernd Haar, hkk / Agnes Wichert, Sozialbehörde Bremen

13

Jetzt habe ich ein schickes Bild für Sie. Als Fußballfan müssten wir an dieser Stelle eigentlich die Hertha jetzt hier haben, um einen zum Bild passenden, entsprechenden Marktplatz zu produzieren, aber wir kommen ja aus Bremen. Und in Bremen, Sie können sich vielleicht noch schwach daran erinnern, hatte es im Mai fast so etwas wie einen Feiertag gegeben. WERDER Bremen wurde überraschend noch Pokalsieger. Sorry, Leverkusen, ist nicht

gut gelaufen. Um nun den Zusammenhang zum Marktplatz wieder herzustellen. Die Pflegestützpunkte sind, wie Sie wissen, keine eigenständigen Institutionen und deshalb möchten wir sie bildhaft wie einen Marktplatz im Lande Bremen verstehen, als eine Plattform für die Interaktion von Selbsthilfegruppen, für bürgerschaftliches Engagement, für die Präsentation dieser Einrichtung, die Zusammenarbeit, die in ihr realisiert wird, einschließlich der gemeinschaftlichen Entwicklung von Problemlösungen. Dies ist ganz entscheidend.

Wir bieten einen Marktplatz an!

pflegestützpunkt
Land Bremen



1. Juli 2009

Manfred Adryan, AOK / Bernd Haar, hkk / Agnes Wichert, Sozialbehörde Bremen

14

Unsere gerade beschriebenen Erfolgsfaktoren haben wir im Stile eines Leitbildes so formuliert: „Die richtigen Leute, zur richtigen Zeit, am richtigen Ort. Engagement für den Erfolg, Kompromissbereitschaft, ohne das vom Gesetzgeber formulierte Ziel der Unterstützung der Pflegenden und zu Pflegenden aus den Augen zu verlieren. Gegenseitiges Vertrauen unter den Partnern.“

Die Erfolgsfaktoren:

- **Die richtigen Leute zur richtigen Zeit am richtigen Ort**
- **Engagement für den Erfolg**
- **Kompromissbereitschaft, ohne das Ziel aus den Augen zu verlieren**
- **Gegenseitiges Vertrauen der Partner**

1. Juli 2009

Manfred Adryan, AOK / Bernd Haar, hkk / Agnes Wichert, Sozialbehörde Bremen

15

Meine Damen und Herren, Frau Agnes Wichert von den Bremer Sozialbehörden, die ich Ihnen hiermit ankündigen darf, wird Ihnen nun über die ersten Erfahrungen berichten. Ich darf mich bei Ihnen bedanken.

Agnes Wichert, Land Bremen

Ich vertrete hier heute den Bereich Altenhilfe und Hilfe zur Pflege für das Land Bremen, mein Kollege Herr Krancke konnte heute nicht teilnehmen. Wie wird sich der Beratungsbedarf entwickeln?

Steigender Beratungs- bedarf für ältere Menschen

	Bevölkerung Kommune Bremen ¹	Leistungsberechtigte nach SGB XI ²	Leistungsberechtigte nach SGB XII ³ (Hilfe zur Pflege)
2003	544.853	14.991	3.078
Anteil in %		2,75	0,56
2005	546.852	16.126	3.113
Anteil in %		2,95	0,57
2007	547.769	16.555	3.425
Anteil in %		3,02	0,63

Die Zahl der Leistungsberechtigten nach SGB XI ist in den Jahren 2003, 2005 und 2007 in der Stadt Bremen kontinuierlich gestiegen.

[1] Statistisches Landesamt Bremen, Bevölkerung, jeweils 31.12. d.J.
[2] Statistisches Landesamt Bremen, Pflegestatistik der Jahre 2003, 2005 und 2007
[3] Sozialhilfestatistik Kommune Bremen der Jahre 2003, 2005 und 2007

1. Juli 2009

Manfred Adryan, AOK / Bernd Haar, hkk / Agnes Wichert, Sozialbehörde Bremen

16

Die Pflegestatistik nach SGB XI weist für die Kommune Bremen seit 2003 für 2005 und 2007 eine steigende Zahl der Leistungsberechtigten aus. Von rd. 15.000 Personen in 2003 auf 16.555 Personen in 2007 (das sind 10%).

Weil die Pflegeversicherung nur einen Teil des Pflegebedarfs deckt, wirkt sich der Anstieg in der Pflegeversicherung auch auf die Zahl der Leistungsberechtigten in der Sozialhilfe aus. Von rd. 3.080 in 2003 auf 3.425 im Jahre 2007 (das sind 11%). Davon beziehen rund ein Drittel ambulante Pflege und rund zwei Drittel stationäre Pflege.

Steigender Beratungs- pflegestütz punkt **bedarf für ältere Menschen**



Entsprechend der derzeitigen langfristigen Globalplanung wird die Bevölkerung der Kommune Bremen relativ stabil bleiben. (2015: 547.063 und 2020: 545.125).

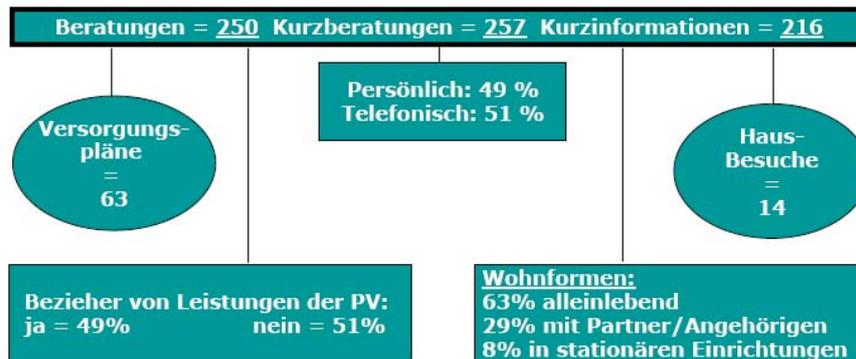
Der Anteil der älteren Menschen ab 65 Jahren steigt jedoch erheblich an. Von 20,3 % (rd. 111.0000) im Jahre 2005 auf 22 % im Jahre 2015 und 22,6 % im Jahre 2020.

Damit wird auch die Zahl der Pflege- und Hilfebedürftigen deutlich zunehmen.¹

[1] Altenhilfeplan 2/2007

Für die Kommune Bremen wird für die Jahre 2015 und 2020 derzeit erwartet, dass die Einwohnerzahl insgesamt stabil bleibt. Der Anteil der älteren Menschen steigt von 20,3 Prozent auf 22 Prozent im Jahre 2015 bzw. 22,6 Prozent im Jahre 2020, d.h. auch die Zahl der Menschen, die einen Pflege- und Hilfebedarf haben, steigt an. Somit ist vorsorgende und frühzeitige Beratung von großer Bedeutung.

Erste Erfahrungen (1) **pflegestützpunkt** Land Bremen



(Zeitraum: 30 Arbeitstage)

1. Juli 2009

Manfred Adryan, AOK / Bernd Haar, hkk / Agnes Wichert, Sozialbehörde Bremen

18

Die ersten Beratungserfahrungen beziehen sich auf 30 Arbeitstage, von Mitte April bis Ende Mai 2009 incl. vieler Feiertage. Das heißt, in den drei Pflegestützpunkten wurden 250 intensive Beratungen, 257 kurze Beratungen durchgeführt und 216 kurze Informationen abgegeben.

- dafür sind rund 49 Prozent der Bürgerinnen und Bürger in den Pflegestützpunkt gekommen
- und 51 Prozent haben telefonisch angefragt.

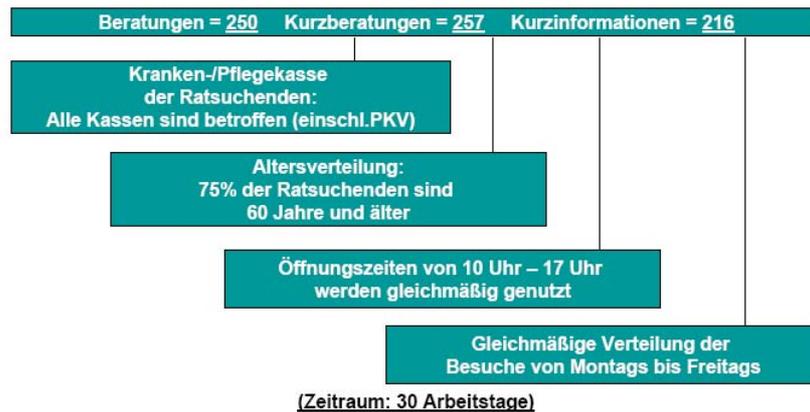
Von diesen Personen bezogen

- 49 Prozent bereits Pflegeleistungen,
- 51 Prozent noch nicht.
- 63 Prozent sind alleinlebend,
- 29 Prozent leben mit einem Partner.

Erste Pflegeberatungen durch Hausbesuche sind angelaufen (14) und auch die Erstellung von Versorgungsplänen (63) hat begonnen. Der Versorgungs-

plan setzt voraus, dass die Ratsuchenden wesentliche persönliche Daten für den Hilfebedarf und die Hilfeplanung zur Verfügung stellen.

Erste Erfahrungen (2) **pflgestütz punkt** Land Bremen



1. Juli 2009

Manfred Adryan, AOK / Bernd Haar, hkk / Agnes Wichert, Sozialbehörde Bremen

19

75 Prozent der Ratsuchenden sind 60 Jahre und älter; ein Drittel Männer, zwei Drittel Frauen, überwiegend sind es Angehörige.

- Es sind alle Krankenkassen/Pflegekassen betroffen.
- Die Öffnungszeiten von 10.00 bis 17.00 Uhr werden relativ gleich verteilt genutzt. Der Umfang der Öffnungszeiten ist gekoppelt mit einem vollen Arbeitszeitpensum für Beratung zuzüglich Besprechungsbedarf – für zwei Personen.
- Die Beratungsgespräche verteilen sich gleichmäßig von Montags bis Freitags.

Die Entwicklung der Inanspruchnahme wird monatlich beobachtet – erst Ende 2009 kann es zu validen Bewertungen kommen.

Zusammenarbeit mit den Partnern (1)

▪ **Nutzung der Veranstaltungsräume:**

- Selbsthilfe Netzwerk
- Gesundheitsausschuss des Verwaltungsrates der DAK
- Verschiedene Gesprächskreise
- Berufsbildungswerk Friedehorst
- Soziale Arbeitskreise
- Dienstleistungszentren in Bremen
- Kompetenzzentrum Validation
- Nachbarschaftshilfegruppen
- Bremer Werkgemeinschaft
- Gesundheitsamt mit mehreren Gruppen
- Vortragsreihe in Kooperation mit den Gemeinsamen Servicestellen (SGB IX)

1. Juli 2009

Manfred Adryan, AOK / Bernd Haar, hkk / Agnes Wichert, Sozialbehörde Bremen

20

Für die Zusammenarbeit mit Partnern wird der Gruppenraum in jedem Pfligestützpunkt zur Verfügung gestellt. Unterschiedliche Gruppen/Institutionen haben Interesse angemeldet. Sie sollen im weitesten Sinne das Thema Pflege berühren. Ziel ist auch, mit diesen Gruppen die Pfligestützpunkt-Tätigkeiten bekannt zu machen und zugleich eine Verbindung zur Beratungsarbeit im Einzelfall herzustellen.

Zusammenarbeit mit den Partnern (2)

▪ **Nutzung der Partner-Arbeitsplätze:**

- Rheumaliga
- Bremer Werkgemeinschaft
- Gesundheitsamt mit verschiedenen Gruppen
- Selbsthilfe Netzwerk
- Beratungsstelle Demenz (DIKS)
- Beratungsstelle barrierefreies Wohnen (kom.fort e.V.)

1. Juli 2009

Manfred Adryan, AOK / Bernd Haar, hkk / Agnes Wichert, Sozialbehörde Bremen

21

Im Pflegestützpunkt wird der zusätzliche Arbeitsplatz für Kooperationspartner angeboten, das heißt Schreibtisch, Telefon, PC.

Hier kann Spezialberatung stattfinden zu ganz bestimmten Themen. Diese wird gesondert öffentlich angekündigt. Zum Beispiel die Rheumaliga bietet fest einmal monatlich den ganzen Tag Beratung an.

Die Beratungsstelle Demenz und die Beratungsstelle barrierefreies Wohnen sind ebenfalls interessiert, diesen Extra-Beratungsplatz zu nutzen. Dies gilt ebenso für Selbsthilfegruppen und andere Institutionen.

Weiterentwicklung der Versorgung

Initiative des Pflegestützpunktes in Bremerhaven (Praxisbeispiel):

- zahlreiche Anfragen nach Unterstützung bei Einkäufen, Botengängen, Teilnahme am kulturellen Leben, Spaziergänge und Betreuung, um Vereinsamung vorzubeugen
- Personenkreis: ältere Bürger mit oder ohne Leistungen aus der Pflegeversicherungen/SGB XII
- Gemeinsam mit den kommunalen Sozialbehörden Initiierung einer Freiwilligenbörse
- In der Planung: tägliche Präsenz der Freiwilligenbörse im Pflegestützpunkt (Besetzung eines Arbeitsplatzes für 2 Stunden täglich)

Wie funktioniert die Weiterentwicklung in der Praxis z. B in Bremerhaven?

Die Beratungspraxis hat ergeben:

- es liegen zahlreiche Anfragen nach Unterstützung bei Einkäufen und Botengängen vor; Begleitung bei Spaziergängen wird gesucht, Begleitung ins Theater,
- es handelt sich um einen Personenkreis älterer Menschen mit oder ohne Pflegeversicherungsleistungen,
- sie wollen oder können keine Hilfe zur Pflege nach dem Sozialhilferecht beantragen und verfügen über Einkommen knapp oberhalb der Einkommensgrenzen (ca. 1.000 €),

- sie suchen niedrigschwellige Hilfeangebote oder die Vermittlung von Personen, die hauswirtschaftliche Hilfen oder auch andere Unterstützungsleistungen kostengünstig anbieten,
- sie wollen nicht zum Sozialamt gehen und kommen mit diesem Anliegen auch nicht zu den Kassen.

Frage: Was ist tun?

Kommunale Vertreter und Kassenvertreter planen nun im Pflegestützpunkt ein „Freiwilligenangebot“ anzudocken für Begleit- und Besuchsleistungen. Dafür kann der Partner-Arbeitsplatz genutzt werden.

Andere niedrigschwellige Angebote im Rahmen der Altenhilfe müssen noch geplant werden.

Die Pflegestützpunkte sind nicht „fertig“, sondern sollen sich lebendig nach und nach weiter entwickeln. Wir wollen auch die Kooperation mit den Leistungsanbietern der Pflege aufnehmen und wollen bestehende Vorbehalte abbauen, z.B. hinsichtlich der Auswahl von Pflegediensten, Pflegeheimen. Die Hilfe dazu soll konkret genug sein und andererseits auch weiterhin wettbewerbsneutral sein.

Wir sind überzeugt, dass die Pflegestützpunkte sich erfolgreich weiter entwickeln und damit ein Baustein für eine adäquate Versorgung werden.

Ausblick:

pflgestützpunkt
Land Bremen

Der Marktplatz „Pflegestützpunkte im Land Bremen“ lebt und entwickelt sich weiter. In der Vorbereitung befinden sich künftige Kooperationen mit ambulanten Diensten und Einrichtungen.

Wir sind davon überzeugt, dass die Pflegestützpunkte in Bremen weiterhin erfolgreich sind und sich zu einem wichtigen Element in der Versorgung in Bremen etablieren werden.

Dazu ist das Marketing, die Öffentlichkeitsarbeit zu verstärken, denn der Begriff „Pflegestützpunkt“ kann „mehrdeutig“ verstanden werden. Das alles braucht auch eine längere Zeit und ein festes Arbeitsteam. Wir stehen noch am Anfang; wir sind auf einem gemeinsamen Weg.

Vielen Dank.

III. Podiumsdiskussion: Weitere Entwicklungsmöglichkeiten von Pflegestützpunkten

Teilnehmer:

Manfred Adryan (AOK Bremen/Bremerhaven)

Dr. Matthias von Schwanenflügel (Bundesministerium für Gesundheit)

Malu Dreyer (Sozialministerium Rheinland-Pfalz)

Dr. Irene Vorholz (Deutscher Landkreistag)

K.-Dieter Voß (GKV-Spitzenverband Bund)

Helga Walter (BAGSO)

Moderation: Karin P. Vanis (Redakteurin, Hauptstadtstudio ZDF)

Karin P. Vanis: Herr Adryan, war es ein Fehler, den Ländern die Pflegestützpunkte zu überlassen?

Manfred Adryan: Das ist sehr schwer zu beantworten. Ich würde fast sagen, ja, weil wir jetzt das Problem haben, dass in jedem Land das anders geregelt wird oder eben auch nicht geregelt wird. Das Problem ist Folgendes: Wir haben uns in Bremen sehr eng an das Gesetz gehalten, und ich muss mich ständig mit der Frage auseinandersetzen, warum macht ihr das eigentlich? In dem Land oder in dem Land läuft das doch so oder so, und warum sollen wir das eigentlich so machen, so finanzieren? Man muss sich da letzten Endes mit Vielem auseinandersetzen. Es wäre schön gewesen, wenn viele Eckpunkte tatsächlich identisch gewesen wären. Das würde die Errichtung von Pflegestützpunkten erheblich einfacher machen. In Niedersachsen läuft es ganz anders als in Bremen. Da sind die Pflege- und Krankenkassen, soweit ich das beurteilen kann, ziemlich außen vor; nicht finanziell, aber in der Organisation oder in Bezug auf die Personen. Diese Unterschiede machen uns das Leben erheblich schwerer. Ich glaube, dass sich das, wenn die Anschubfinanzierung vorbei ist und keine Gelder mehr fließen, nachteilig auswirken könnte.

Karin P. Vanis: Zu den Geldern kommen wir später, aber ich glaube, Frau Dreyer möchte jetzt unbedingt antworten.

Malu Dreyer: Ich finde es keinen Fehler, wenn das in jedem Land anders geregelt werden kann. Ich finde auch, dass wir einheitliche Qualitätsstan-

dards brauchen. Wir brauchen die Vielfalt. Nicht umsonst hat man gesagt, man baut auf vorhandenen Strukturen auf. Man kann das in Rheinland-Pfalz sehr schön sehen. Da haben 135 Pflegestützpunkte durchaus auch eine individuelle Struktur, wenngleich sie in vielen Dingen einheitlich sind. Die jeweiligen Netzwerke und die Öffnungszeiten sehen völlig anders aus. Es ist ein Unterschied, ob ich in der Stadt einen fünfminütigen Fahrtweg habe oder auf dem Land eine halbe Stunde. Es gibt viele individuelle Strukturen, die unterschiedlich sind. Ich finde, es hat einen Charme, wenn man diese Unterschiedlichkeit belässt. Denn es geht ja darum, Pflege *vor Ort* zu organisieren. D.h., man muss eine Chance haben, gut auf die Region reagieren zu können. Das Gesetz ist im Übrigen so gestrickt, dass, wenn die Länder nichts tun, dann eben andere agieren. Insofern haben wir alle unsere Chance im Sinne des Föderalismus, es gut zu machen, und wenn nicht, gibt es ja auch die Möglichkeit, dass andere es eben machen.

Karin P. Vanis: Herr Dr. von Schwanenflügel, das Gesetz ermöglicht es, dass unterschiedliche Pflegestützpunkte angeboten werden, dass also die städtische und ländliche Struktur individuell berücksichtigt wird.

Dr. Matthias von Schwanenflügel: Ja, das haben wir so vorgesehen, damit wir von vornherein vermeiden, dass hier Doppelstrukturen entstehen. Es soll auf der Situation, die man in dem jeweiligen Bundesland oder im jeweiligen Stadtstaat vorfindet, aufgebaut werden. Das Gesetz ist sehr flexibel bei der Ausgestaltung der Pflegestützpunkte. Das muss so sein. Und es hat sich ja auch gezeigt in der Präsentation von Herrn Dr. Gohde vom Kuratorium Deutsche Altershilfe, dass da keine Doppelstrukturen entstehen und Frau Dreyer hat auch darauf hingewiesen. Das beweist, dass das Gesetz flexibel gehandhabt werden kann. Das ist gut und richtig so.

Karin P. Vanis: Frau Walter, können Sie verstehen, dass Sachsen einen anderen Weg geht? Eben hat mir noch ein Vertreter der DAK aus Sachsen gesagt, man will dort gewährleisten, garantieren, dass innerhalb von 48 Stunden diese aufsuchende Beratung stattfinden soll. Ist das in Ihrem Sinne, oder können Sie das nachvollziehen, dass Sachsen da einen anderen Weg geht?

Helga Walter: Ich kann nachvollziehen, dass die einen anderen Weg gehen, aber ich finde es nicht gut. Denn ich denke, der Beratungsstützpunkt ist da, um auch im Vorfeld Informationen einzuholen, nicht erst, wenn man soweit ist, dass man für sich akzeptiert, dass man Hilfe braucht. Denn von dem

Beginn des Hilfebedarfs, bis dahin, dass man sich Beratung holt, ist auch immer noch ein Schritt. Wenn es im Wohnumfeld eine solche Beratungsstelle gibt, bin ich viel mehr bereit mich zu informieren und auch entsprechende prophylaktische Hilfe schon in Anspruch zu nehmen. Also, ich finde es (den Weg, den man in Sachsen einschlägt) nicht gut. Ich denke, wir müssen als Seniorenorganisation und als Vertreter der Senioren dafür sorgen, dass vor Ort die entsprechenden Strukturen aufgebaut werden. Ich denke auch, dass es eine Vielfalt von Formen der Pflegestützpunkte und Beratungsstützpunkte geben wird, je nach dem, wie die Bedarfe jeweils vor Ort sind. Je nach Bevölkerungsstruktur haben sie unterschiedliche Bedarfe und entsprechend kann man dann auch die Beratungsstellen aufbauen. Aber sie müssen da sein und sie müssen so funktionieren, dass man dann auch in schwierigen Situationen wirklich die Hilfen kriegt, die man braucht.

Karin P. Vanis: Das ist ja gerade auch ein Argument aus Sachsen, dass man die gewachsenen Strukturen erhalten will. Die Volkssolidarität besucht bis heute die alten Menschen, geht in die Häuser. Das ist ein Stück Tradition. Das wird fortgesetzt ohne dass, so heißt es in Sachsen, das aufsuchende System teurer ist als ein Pflegestützpunkt.

Helga Walter: Aber da kann ich doch nur sagen, die sollen froh sein, dass sie die gewachsenen Strukturen haben, denn die bieten eigentlich die Informationen, die der Mensch an sich benötigt, um bei geringen Schwierigkeiten schon mal Hilfe zu holen. Das ist nicht das, was ich von einer Pflegeberatung erwarte. Das ist eine völlig andere Qualität.

Dr. Matthias von Schwanenflügel: Eben in der Kaffeepause habe ich erfahren, dass im thüringischen Sozialministerium die Entscheidung gefallen ist, in Thüringen ebenfalls Pflegestützpunkte einzurichten. Das freut mich ganz besonders, weil unser Pilotpflegestützpunkt in Jena dann auch zu dieser Reihe gehört. Das finde ich schön.

Malu Dreyer: Ich glaube, dass in der bisherigen Diskussion noch zu kurz gekommen ist, dass die Pflegestützpunkte nicht nur die Aufgabe des Case Managements haben, sondern auch die eines Care Managements. Individuelle Fallberatung reicht nicht aus; egal wie sie organisiert ist. Die Idee des Pflegestützpunktes geht sehr viel weiter. Wir wollen Strukturen verändern. Deshalb ist es aus meiner Sicht ein Kernelement des Pflegestützpunkt-Konzeptes auch Netzwerke zu schaffen. Dieser Aufgabe kann man nicht

gerecht werden, wenn man nur mit Beratungsgutscheinen oder aufsuchender Hilfe arbeitet. Es geht auch um eine andere Idee.

Karin P. Vanis: Herr Voß, wie viele Anträge auf Förderung von Pflegestützpunkten sind schon gestellt worden?

K.-Dieter Voß: Keiner, d.h. wir sind eingerichtet auf maximal 1.200 Anträge, wir haben bisher keinen bekommen. Ist auch kein Wunder, wir hören ja, dass bis auf Rheinland-Pfalz flächendeckende Angebote erst im Entstehen sind oder erst angedacht werden durch politische Entscheidungen. Und es gibt auch im Gesetz keine Fristen, d.h. die Pflegestützpunkte sind auch noch förderungswürdig, wenn sie Anträge erst 2011 stellen. Allerdings ist dann Schluss, denn die Förderung endet 2011. Aber wir haben bisher keinen Antrag.

Karin P. Vanis: Was mich überrascht. Sie überrascht das nicht, Frau Vorholz? Hatten Sie damit gerechnet, dass das sehr schleppend geht?

Dr. Irene Vorholz: Also, dass Sie noch überhaupt keinen Antrag haben, hätte ich nicht gedacht, aber ich glaube, das zeigt die Schwierigkeiten, die hinter dem Konstrukt stehen. Deswegen würde ich es auch nicht ganz so idealistisch sehen und den Pflegestützpunkt als eine Möglichkeit bezeichnen. Das Konstrukt beinhaltet einfach Schwierigkeiten, die sind heute Mittag dargestellt worden. An denen kommen wir nicht vorbei. Es werden zwei Träger verpflichtet zusammenzukommen, das ist nicht ganz einfach. Wir haben uns aus kommunaler Sicht dafür stark gemacht, eine kommunale Verantwortung zu erhalten, weil wir das Thema für wichtig erachten. Das ist im Gesetz nicht verankert worden, sondern es ist vorrangig eine Verantwortung der Pflegekassen vorgesehen. Daraus resultieren eine ganze Reihe von rechtlichen Schwierigkeiten, die auch praktisch gelöst werden müssen. Ich muss ganz ehrlich sagen, dass Sie in Bremen 19 Arbeitsgruppen eingerichtet haben, um das Ganze gangbar zu machen, hat mich auch nicht gerade darin bestärkt, zu sagen, dass das eine leicht umsetzbare Angelegenheit ist.

Karin P. Vanis: Kommen wir noch mal auf die Kassen zurück. Pflegestützpunkte *sind* ja nun auch nicht gerade, oder soll ich sagen *waren*, nicht gerade das Lieblingskind der Kassen. Da scheint mir jetzt aber eine etwas andere Denke Raum oder Platz zu greifen. Ist das Einsicht in die Notwendigkeit, Herr Voß?

K.-Dieter Voß: In der Tat, Pflegestützpunkte waren nicht unsere Idee. Bei den politischen Beratungen haben wir sie nicht gerade gefördert. Aber ich denke, und das hat Herr Adryan auch deutlich gemacht, dass es auch gute Argumente für die Einrichtung der Pflegestützpunkte gibt, denn die Kassen stehen für gute Pflegequalität und sie haben ja auch die anderen Aufgaben aus dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz denke ich zügig umgesetzt. Ein Schwerpunkt des Gesetzes war ja auch gute Qualität, Verbesserung der Qualität, und die Qualität beginnt eigentlich ganz früh, nämlich bei der Beratung. Hier werden Weichen gestellt für die spätere Versorgung, für die richtige und falsche Versorgung. Wenn dann über die qualitätsgestützte Beratung die richtige Versorgung erzielt werden kann, ist das auch für die Versicherten der Krankenkassen, der Pflegekassen der richtige Weg. Das heißt nicht, dass wir jetzt zu Fans der Pflegestützpunkte geworden sind, aber es gibt keinen Widerstand mehr. Dort, wo die anderen Partner bereit sind, mit uns gemeinsam Wege zu gehen, sind die Kassen partnerschaftlich bereit, sich hier auch zu beteiligen. Wie wir es aus Bremen gehört haben, gilt das auch für andere Bundesländer. Dann sind die Kassen auch bereit, ihren Part zu spielen und die Pflegestützpunkte nicht an der Finanzierungsfrage scheitern zu lassen. Es kann sicher einige Inseln geben, wo die Kassen etwas spröder sind, aber im Schnitt sind die Kassen jetzt schon dabei, ihre Aufgabe wahrzunehmen und das nicht nur unter dem Gesichtspunkt, darin eine lästige Pflicht zu sehen, sondern auch eine Chance. Allerdings sind wir nicht dafür, dass jetzt flächendeckend dieses neue Instrument bundesweit eingeführt wird, also Maximalzahlen erzielt werden, sondern dass man zunächst etwas vorsichtiger beginnt, dass man evaluiert, um zu sehen, wie sind denn die Bedarfe, auf welche Fragen konzentrieren sich die Bedarfe. So kann man später unter Berücksichtigung gemachter Erfahrungen aufrüsten.

Karin P. Vanis: Herr Voß, Sie haben ja jetzt die Chance vom Payer zum Player zu werden.

K.-Dieter Voß: Ja, die wollen wir auch wahrnehmen. Bremen hat es vorge-macht.

Manfred Adryan: Ich möchte Beispiele aus der Praxis bringen. Ich sitze heute hier, andere Kassen sind zu Hause und werben Mitglieder. Was ist dem Vorstand wohl lieber? Das heißt, wir opfern und geben sehr viel Zeit und Arbeitspotential darein, um den Pflegestützpunkt in Schwung zu bringen. Wir geben auch Personal ab. Und in der heutigen Zeit können Sie sicher sein,

das Personal wird in den Krankenkassen nicht ersetzt, d.h. wir müssen anders organisieren usw. Was mir fehlt, ist ein Anreiz für die Pflege- und Krankenkassen. Und meine erste Antwort vorhin, wie das in den Ländern ist, bezog sich darauf, wie schaffe ich es, die Pflege- und Krankenkassen zum Mitmachen zu bewegen. Warum kann man nicht darüber nachdenken, dass gute Pflegestützpunkte, die alles erfüllen, zertifiziert werden, und man würde z.B. davon befreit, dass die Kassen sich an manchen Dingen zu 50 Prozent beteiligen. Wenn alles gut läuft, und wenn man sieht, wie sich die Kassen da reinhängen, warum sagt man dann nicht, okay, das müsst ihr nicht alles bezahlen, das könnt ihr in die Pflegeversicherung reinbringen.

Es stellt sich im Moment raus, dass der Begriff Pflegestützpunkt nicht wirklich selbsterklärend ist. Wir müssen eigentlich jetzt mehr Anzeigen schalten, damit die Leute überhaupt wissen, was ist ein Pflegestützpunkt. Vielleicht kann man ja darüber nachdenken, dass Marketingmaßnahmen weiterhin in irgendeiner Form finanziert werden. Das muss passieren. Wir können das zwar heute laut hinausschreien, ‚wir haben Pflegestützpunkte‘, da erreichen wir einige Bürger. Aber andere Bürger, die zurzeit noch nicht betroffen sind, erreicht man so oft nicht. Aber auch sie müssen im Hinterkopf haben, dass es einen Pflegestützpunkt gibt, wo sie eine neutrale, kostenfreie Beratung kriegen. Der Schlaganfall kommt ja meist auch überraschend, da muss man wissen, wohin man sich im Fall des Falles wenden kann. Deswegen müssen wir ständig für die Pflegestützpunkte werben. Mein Appell ist, zumindest noch mal darüber nachzudenken, ob man für die Kassen nicht entsprechende Anreize bieten kann.

Helga Walter: Also, ich denke, für die Kasse müsste es Anreiz genug sein, dass jemand Pflege braucht und besser versorgt werden kann. Denn es ist die Chance durch die Pflegeberatung vor Ort, durch das Einbinden von Ehrenamt, durch das Einbinden von Netzwerken, die Leerpausen zwischen den Leistungen der Sozialstation zu verringern, den Menschen da mehr Wärme, mehr Versorgung und Unterstützung zukommen zu lassen. Das bedeutet natürlich auch, dass sich derjenige, der gepflegt wird, auch wohler fühlt. Das müsste eigentlich schon ein Anreiz genug sein zu sagen, ‚wir brauchen die Pflegestützpunkte‘ mit all dem, was dazu gehört. Außerdem steht ja im Gesetz, dass der Pflegestützpunkt mit vorhandenen Strukturen kombiniert werden soll, also nicht nur der Pflegestützpunkt irgendwo schwebt, sondern wohnortnah, also vor Ort ist. Und wenn er mit vorhandenen Strukturen kombiniert ist, wird er bei den Menschen, die dort wohnen,

auch bekannt. Da muss man nicht unbedingt immer Öffentlichkeitsarbeit machen. Die Erfahrung bei uns hat gezeigt, dass in zwei Monaten der Modell-Pflegestützpunkt von 60 Leuten aufgesucht worden ist, obwohl er eigentlich vorher gar nicht bekannt war. Der Bedarf ist da. Es sind nicht nur Leute, die Pflege brauchen, es sind auch diejenigen, die sich schon mal informieren wollen. Also, ich denke, es spricht sich herum, und dann ist insgesamt auch die Chance größer, dass die Menschen mehr prophylaktisch tun und die Kassen letztendlich auch etwas sparen. Das wiederum ist ein Grund mehr zu sagen, kombiniert die Pflegestützpunkte mit den Strukturen vor Ort.

Dr. Matthias von Schwanenflügel: Noch ein Wort zu Herrn Voß. Herr Voß, wir werden Sie noch zu einem Fan von Pflegestützpunkten machen. Daran arbeiten wir. Und, Herr Adryan, dass Sie als Vertreter einer großen Versorgerkasse aus Bremen jetzt praktisch so einen Gegensatz herstellen: auf der einen Seite Klinken putzen und Mitgliederwerbung und auf der anderen Seite sich als Kasse in der Arbeit für Pflegestützpunkte zu engagieren. Wenn ein Vorstand einer großen Versorgerkasse so denkt, ‚ich gebe lieber jetzt meine Mitarbeiter in die Akquise von Mitgliedern, als dass sich diese um eine gute Versorgung pflegebedürftiger Menschen kümmern‘, was die originäre und ureigenste Aufgabe einer großen Kasse ist – das kann ich nicht ganz verstehen. Ich glaube, es ist gerade für große Kassen ein Aushängeschild, wenn sie eine gute Versorgung von pflegebedürftigen Menschen machen.

Dr. Irene Vorholz: Wir haben auch jenseits der Pflegestützpunkte heute, aber auch in der Vergangenheit, ein breites Spektrum von ganz unterschiedlichen Beratungsangeboten, die zum Teil genau das schon geleistet haben, was wir heute im Pflegestützpunkt unterbringen wollen. Es gibt aber auch Aufgaben, die Pflegestützpunkte zum Teil auf andere Art und Weise leisten. Frau Dreyer hat ja vorhin ganz schön geschildert, dass Sie am Ende einen Trick anwenden mussten, um die BeKo-Stellen zu Pflegestützpunkten zu erklären. Trick, nehme ich zurück, Sie (Frau Dreyer) haben die BeKo-Stellen in Pflegestützpunkte überführt, weil Sie diese gewachsene Struktur hatten. Ich finde das positiv. Es gibt gewachsene Strukturen.

Interessant fand ich, was Herr Dr. Gohde aus den Ergebnissen der Pilotstützpunkte vorgestellt hat. Daraus ging hervor, dass über die Hälfte der Ratsuchenden noch gar keine Pflegestufe hat. Das heißt, wir haben nicht

nur diesen Streit zwischen 7a und 92c. Ich kann das verstehen aus Sicht der Pflegekasse, die sagt, ich mache doch schon die 7a-Beratung, was bleibt denn dann noch für die 92c-Beratung? Das ist ein rechtliches Problem. Für den Pflegebedürftigen kommt es darauf an, dass wir im Vorfeld wesentlich mehr machen, ehe es überhaupt soweit kommt, also dass wir im Vorfeld vorbeugend und präventiv Maßnahmen anbieten, die vielleicht gar nicht den Bereich der Pflegekassen betreffen; dass wir uns zusammen das Wohnumfeld angucken und klären, wo brauchen wir auf dem Weg zum Lebensmittelgeschäft eine Bank, damit man sich hinsetzen kann. Wie muss der ÖPNV gestaltet werden? Wie kann ich meine Wohnung beizeiten barrierefrei umbauen oder muss ich eventuell umziehen? So gibt es eine ganze Reihe von Sachen, die außerhalb der Verantwortung der Pflegekassen liegen und z.B. in kommunaler Verantwortung sind. Und das ist der entscheidende Punkt, der hier eingespeist werden muss.

Karin P. Varis: Aber diesen Gestaltungsfreiraum haben Sie ja. Es ist ja kein Dogma, dass es so und so zu sein hat.

Manfred Adryan: Ich glaube, ich habe in meiner Präsentation heute deutlich gemacht, wie problematisch es war, alle Kassen in den Kreis zu bekommen. Deswegen wundere ich mich jetzt so ein ganz klein bisschen über Ihre Äußerung. Sie laufen bei mir offene Türen ein. Das ist nicht das Thema. Nur, ich muss auch Kassen mit ins Boot nehmen, die in ganz Bremen zwar Pflegebedürftige haben, aber nur vier Prozent Marktanteil. Wir stellen zwar die Pflegeberatung in der AOK, und die Kunden, die hierher kommen, werden natürlich auch entsprechend nach 7a beraten, aber ich halte in den Pflegestützpunkten auch Personal vor. Von daher müssen wir schon entsprechend mehr Mitarbeiter haben.

K.-Dieter Voß: Ich wollte auch noch sagen, dass Sie hier ab 1. Januar die Verpflichtung zu einer umfassenderen Beratung haben. Und ob Sie die nun jetzt in den eigenen Räumen machen oder dann auch zum Bestandteil Ihrer Organisation machen, und diese Beratung, diese spezielle, die nicht nur rechtliche Fragen umfasst, dann halt im Pflegestützpunkt leisten, ist eins. Zum anderen haben Sie ja auch die Möglichkeit im Pflegestützpunkt sich zu entlasten, denn Spezialanforderungen können Sie dort leisten und können intern eine Arbeitsteilung organisieren. Intelligente vorhandene Angebote, die zur Struktur der Pflegestützpunkte gehören, lassen sich durch Kooperationsverträge einbinden. Wenn man natürlich arrogant ist und sich eigentlich

gar nicht einbinden lassen will, dann passiert das nicht. Sie haben eben gesagt, das hätte eigentlich unter Regie der Kommunen laufen müssen. Das klingt so, als wäre es dann besser. Ich habe die Befürchtung, es wäre möglicherweise noch ein bisschen schwieriger als bei den Kassen, die Kommunen unter einen Hut zu bringen. Ich beneide Sie nicht. Wir haben auf Bundesebene 187 Kassen, die wir bei der Gestaltung unserer Aufgaben unter einen Hut bringen müssen. Das gelingt auch, aber es ist nicht einfach.

Karin P. Vanis: Frau Dreyer, war es ganz schwierig, jetzt festzulegen, wer den Hut auf hat?

Malu Dreyer: Also, mal ganz allgemein: Zum einen finde ich eigentlich die Diskussion rückwärtsgerichtet, wenn wir uns noch über die Konstruktion des Gesetzes unterhalten. Das Gesetz ist da, und wir müssen gucken, dass wir das Gesetz gut umsetzen. Zum zweiten ist es natürlich immer schwer mit so vielen Partnern, ich glaube, dass das eben bei Herrn Adryan ganz gut rüber gekommen ist. Das war in Rheinland-Pfalz ein Kraftakt, innerhalb eines halben Jahres alle Partner, alle Krankenkassen, alle kommunalen Spitzenverbände und alle, die dazu gehören, alle BeKo-Träger usw., unter einen Hut zu bringen. Aber alle wollten das. Deswegen haben wir aus meiner Sicht optimale Verträge. Und diese Verträge sind transparent. Sie sind klar. Die Verantwortlichkeiten sind klar. Jeder weiß, was er zu tun hat. Insofern haben wir ein gutes Dach gefunden, um uns gemeinsam weiterzuentwickeln. Man sollte sich innerlich von diesem alten Streit verabschieden. Es macht keinen Sinn zu lamentieren: man hätte das Gesetz so machen müssen oder anders. Also aus meiner Sicht ist das Gesetz okay. Wir haben gesagt, wir wollen keine Doppelstrukturen, die Pflege- und Krankenkassen haben den Hut auf. Das ist so in Ordnung. Aber wir haben zugleich eine Form für gute vertragliche Vereinbarungen gefunden, um diesen Weg gemeinsam zu gehen. Es ist nicht einfach, es kostet auch Kraft, aber es ist machbar, und deshalb möchte ich noch einmal sagen, die Pflegestützpunkte sind eine Chance. Natürlich haben wir tausende von Angeboten, aber das ist ja genau das Problem, nämlich dass man von den alten Leuten hört, dass sie eigentlich gar nicht wissen, wo sie hingehen sollen. Die Idee hinter dem Pflegestützpunkt ist doch genau die: Es gibt eine Stelle, da kann ich mich umfassend informieren und da werde ich beraten.

Ich persönlich sehe jetzt eine Chance mit diesem bundesweiten Pflegestützpunktkonzept. Wir haben die Erfahrung gemacht, dass man unsere BeKo-

Stellen, die es schon ziemlich lange gibt, eigentlich kaum kannte. Ein bundesweites Label und ein bundesweites Thema gibt uns schon die Chance, dass den Leuten bewusst wird, da gibt es jetzt in jedem Bundesland Anlaufstellen. Das, finde ich, ist auch eine große Chance für die Pflegekassen und deren Pflegeberatung. Ich verstehe zwar den Herrn Adryan, denn die Kassen sind ja auch unter Druck, aber ich glaube, wir müssen uns bei dem Thema Pflege von diesen Worten wie Anreize verabschieden. Rheinland-Pfalz ist auch ein armes Land und trotzdem investieren wir vier Millionen. Und wir müssen glaube ich bei dem Thema Pflege einfach gucken, was können wir zusammen stemmen und wie kann jeder seinen Beitrag in einer bestimmten Größenordnung bringen, ohne dass man da immer wieder Anreize schaffen muss. Das wäre mein Wunsch, weil wir uns sonst alle miteinander überfordern. Wir haben alle kein Geld und müssen gucken, wie wir gut mit den Ressourcen umgehen. Eine schlecht geplante Pflege kommt uns alle teuer und sie wird den Betroffenen nicht gerecht.

Karin P. Vanis: Herr Adryan hat es eben schon angesprochen, Sie wünschen sich eine Zertifizierung. Ist so etwas bei Ihnen, Frau Dreyer, angedacht, geplant oder?

Malu Dreyer: Wir haben nicht vor, eine Zertifizierung zu machen. Wir haben eine gemeinsame Qualitätsentwicklung. Die wollen wir sicherstellen. Wir haben uns auch entschieden, dass Mitarbeiter/innen, die im Pflegestützpunkt arbeiten, sich nicht total voneinander abgrenzen. Da hat jeder schwerpunktmäßig seine Aufgabe, aber es geht auch darum, dass man gemeinsam eine gute Leistung erbringt. Also: Zertifizierung nein, aber wir müssen uns, wie Herr Adryan sagt, Gedanken machen, wie man eine Vermarktung nach außen gestaltet, wenn die Anschubfinanzierung ausgelaufen ist. Da muss man sich mit den Partnern unterhalten, wie kann das funktionieren, wer hierbei welche Rolle übernehmen kann?

Karin P. Vanis: Warum, Herr Adryan, wünschen Sie sich eine Zertifizierung? Ist das auch irgendwo ein Stückchen Kontrolle?

Manfred Adryan: Es ist sicherlich auch ein Stück Kontrolle, aber es ist auch ein großes Stück Qualität. Und ich finde schon, dass man sich auch bundesweit über die Öffnungszeiten von Pflegestützpunkten verständigen soll. Zweimal die Woche für zwei Stunden halte ich sicherlich für zu wenig. Was für ein Personal soll da sein? Muss es einen Außendienst geben usw. usf.?

Einen Satz muss ich noch loswerden: Ich habe den Eindruck, dass es genug Kassen gibt, die sich freikaufen und sich nicht einbringen.

Karin P. Vanis: Welche beispielsweise?

Manfred Adryan: Habe ich gerade vergessen.

Karin P. Vanis: Aus dem Norden?

Manfred Adryan: Nein, in Deutschland ist das so. Es ist eben nicht so, dass da alle dahinter stehen und bereit sind, Personal zu stellen. Ich glaube schon, dass man zumindest darüber nachdenken soll, wie kann man das Ding am Laufen halten, damit es auch entsprechend überall ankommt und sich nicht alle zurückziehen und am Ende nur sagen, ich zahle was ins Töpfchen ein und dann ist das Thema für mich erledigt. Alle anderen können dann machen, was sie wollen. Ich glaube, das ist schlichtweg der falsche Weg. Auch in Rheinland-Pfalz sind nicht alle Kassen begeistert. Auch da hat es sehr viele Probleme gegeben. Ich glaube schon, dass die Kassen eingebunden werden müssen, und mein Appell ist es, binden Sie noch mehr Kassen ein. Die Kassen sind ein wichtiger Faktor, sie sind aber in vielen Dingen leider oft außen vor gewesen und man muss bei ihnen wahrscheinlich erst einmal aus Betroffenen Beteiligte machen. Da muss man jetzt ganz schnell Wege finden, dass das in irgendeiner Form klappt.

Karin P. Vanis: Herr Voß, welche Anreize?

K.-Dieter Voß: Ja, ich denke, monetäre Anreize, anderer bedarf es nicht. Die Kassen müssen selbst spüren, dass eine gute Versorgung, die bei der Beratung beginnt, bei ihren Mitgliedern Früchte trägt. Dies müssen sie auch werblich herausstellen. Ich kann Herrn Adryan verstehen, dass er in Sorge ist, dass sich Kassen mit einer anderen Struktur fernhalten. Da werden wir von Seiten des Dachverbandes versuchen, Einfluss zu nehmen. Ob es gelingt, weiß ich nicht. Aber auch diese Kassen müssen letztlich verstehen: Sie haben Pflegefälle, auch diese Pflegefälle bedürfen einer vernünftigen Versorgung und einer guten Beratung. Das gehört zum Standard einer jeden Kasse. Und diejenige Kasse, die das nicht erfüllt, die müsste eigentlich werblich ins Abseits gestellt werden. Zusätzliche Anreize würde ich eigentlich nicht sehen und auch nicht haben wollen, denn solche Anreize werden manchmal auch ein bisschen fehlgeleitet.

Dr. Matthias von Schwänenflügel: Ich möchte in die gleiche Richtung gehen und fragen, Herr Adryan, kann es denn nicht für eine große Kasse, wie es die AOK ist, ein besonderes Aushängeschild sein, wenn sie in einer älterwerdenden Gesellschaft für gute Pflege sorgt. Es ist ja kein Geheimnis, dass in unserer Gesellschaft die Menschen immer älter werden und dann zwangsläufig immer mehr Mitglieder der Kassen pflegebedürftig sind.

Manfred Adryan: Wenn ich davon nicht überzeugt wäre, würde ich heute nicht hier sitzen. Natürlich machen wir das, natürlich sind wir auch stolz drauf, dass wir solche Sachen schaffen und der eine oder andere sagt schon, na ja, das scheint ja auch ein AOK-Pflegestützpunkt zu sein, weil sie sehr wohl wissen, wer die Macher sind. Aber wir versuchen natürlich die Neutralität einzuhalten. Wir versuchen, das Wort ‚AOK‘ da rauszulassen. Mir geht es um die Einbindung aller Pflege- und Krankenkassen. Wenn das nicht gelingt, haben wir am Ende ein Problem. Das garantiere ich Ihnen. Ob Sie es glauben oder nicht, wir hatten eine Kasse mit einem Milliardenetat, die wollten nicht mitmachen, um diese 8.000 € nicht zu zahlen. Da können Sie verrückt werden. Deswegen muss das irgendwo gesteuert werden. Das Problem ist nur, wenn eine Kasse 200 Pflegebedürftige hat und eine andere hat über 20.000, haben Sie keine *Waffengleichheit*. Da müssen Sie sehen, wie Sie das hinbekommen. Sonst wird es am Ende tatsächlich ein AOK-Pflegestützpunkt, vielleicht noch mit zwei, drei anderen Kassen. Ob das gewollt ist, wage ich zu bezweifeln. Denn dann kann ich die Beratung auch in eigenen Räumlichkeiten machen. Aber wir wollen neutrale Räumlichkeiten. All diese Dinge sind uns ganz wichtig. Dann, bitteschön, auch mit allen Kassen. Die DAK, ich muss das hier ganz klar betonen, übernimmt in Bremerhaven eine halbe Stelle, die haben sich hervorragend eingebracht. Der Gesundheitsausschuss der Selbstverwaltung der DAK hat ihre Sitzung von Hamburg nach Bremerhaven wegen des Pflegestützpunktes verlegt und war hellauf begeistert. Das sind Zeichen für mich, die finde ich toll. Das finde ich wirklich gut, das erhoffe ich mir aber auch von anderen Kassen.

Karin P. Vanis: Das gilt gleichermaßen für die Patienten, dass eben der DAK- oder Barmer-Patient entsprechend adäquat beraten wird, Frau Vorholz?

Dr. Irene Vorholz: Für die Kommunen würde ich jetzt sagen, egal, ob Landkreise oder Städte, wenn es im Gesetz steht, dann sind wir verpflichtet, das umzusetzen. Dann noch Anreize obendrauf zu setzen, ist immer ein biss-

chen schwierig. Aber ich glaube, was Herr Adryan geschildert hat, zeigt gerade wie schwierig es ist, mit dem Konstrukt umzugehen. Ich möchte eine Lanze dafür brechen, Flexibilität vor Ort zuzulassen und von Normierungen abzusehen. Soeben war davon die Rede, bundeseinheitlich Öffnungszeiten vorzugeben. Das hielte ich für den falschen Weg. Für uns Kommunale ist Vielfalt normal. Das schreckt uns nicht. Aus Bundessicht klingt das immer so ein bisschen negativ, aber aus Sicht eines pflegebedürftigen Bürgers der in Bayern lebt, ist es völlig egal, wie die Menschen in Schleswig-Holstein betreut werden. Er möchte, dass er dort, wo er lebt, gut betreut wird. Deshalb kommt es darauf an, wie ich das Konstrukt dort vor Ort gestalte. Schließlich ist die Landschaft nun einmal ausgesprochen unterschiedlich; auch innerhalb eines Bundeslandes. Im ländlichen Raum haben wir ganz andere Strukturen als in großstädtischen Gebieten. Die Öffnungszeiten werden im ländlichen Raum, wo die Entfernungen enorm sind und wo wenig Menschen leben, gezwungenermaßen anders sein müssen als in einem städtischen Gebiet mit kurzen Wegen und ganz anderer Infrastruktur. Und deswegen auch hier noch mal das klare Plädoyer für Flexibilität und deswegen muss die Organisationsform vor Ort zwischen den Betroffenen verabredet werden unter Einbeziehung all dessen, was bereits vorhanden ist.

Malu Dreyer: Ich will einfach noch einmal ausdrücklich unterstreichen, was unsere Erfahrung ist. Wir haben zu unterschiedliche Bedingungen, als dass bundeseinheitliche Standards uns weiterbringen würden. Insofern plädiere ich dafür, Flexibilität und Regionalität zu erhalten.

Karin P. Vanis: Im Gesetz steht ja auch ein Rechtsanspruch auf Beratung. Können die Länder das leisten, Frau Vorholz?

Dr. Irene Vorholz: Der Rechtsanspruch auf Pflegeberatung betrifft die Pflegekassen, also nach § 7a. In § 92c haben wir die Beratung, die neben der Beratung, die die Kommunen als Sozialhilfeträger anbieten, stattfindet. Also, wir haben eine Vielfalt von unterschiedlichen Verpflichtungen. Und ich glaube nicht, dass wir ein Informationsdefizit haben. Also vorhin sprach jemand, die Beratung, die Information über das Internet an. Ich glaube, dass wir sehr darunter leiden, zuviel Informationen, zuviel Möglichkeiten, zuviel Beratung zu haben, und nicht entscheiden zu können, was ist denn nun für mich relevant, was brauche ich für meine Situation. Deswegen kommt es darauf an, dass wir in den Pflegestützpunkten oder in den anderen Konstrukten, die wir mit dem Ziel, Schnittstellen zu überwinden, vor Ort haben, zugeschnitten auf

den einzelnen Pflegebedürftigen, das zusammenstricken, was er konkret braucht.

Karin P. Vanis: Frau Walter, Privatversicherungen, die können sich ja pauschal beteiligen. Wir haben ja heute Morgen gehört, dass die Privatversicherungen sich eher bedeckt halten und eigene Versorgungssysteme aufbauen. Ist das auch Ihre Erfahrung?

Helga Walter: Es läuft darauf hinaus. Ich finde es aber nicht gut. Ich finde sowieso die Zersplitterung der Kassen nicht gut. Das ist aber eine Sache, die ich nicht beeinflussen kann, beeinflussen schon, als Wähler kann man es beeinflussen, sicherlich, aber bei den vielen Diskussionen hat man keinen Einfluss darauf. Ich fände es viel besser, wenn die Beiträge in eine Kasse fließen würden und dann könnte man das solidarisch verteilen. Aber das ist ein anderes Thema, das steht jetzt nicht zur Diskussion.

Ich würde gerne noch etwas unter der Überschrift „Weitere Entwicklungsmöglichkeiten von Pflegestützpunkten“ sagen. Was völlig vergessen wird ist, dass eigentlich ein Umdenken in den Köpfen sämtlicher Menschen passieren muss.

Karin P. Vanis: Das kommt später noch. TÜV, Noten verteilen, auch für ambulante Dienste. Das ist ja bisher nicht vorgesehen. Wäre das klug, Frau Walter?

Helga Walter: Es ist inzwischen eine Marotte, dass jeder ein Siegel haben will oder irgendeine Qualitätsauszeichnung. Mir ist viel wichtiger, dass öffentlich gemacht wird, wer bietet was an? Welche Angebote sind das? Und dass man damit auch Negativmeinungen veröffentlicht. Informationen kann man sich notfalls durch Angehörige aus dem Internet ziehen, aber für gute Beratung braucht man oft ein persönliches Gespräch. Also, ich halte nicht viel von Qualitätssiegeln, man sollte aber öffentlich machen, welche Beratungsstelle hat welche Angebote und wie wird sie frequentiert.

Karin P. Vanis: Und wenn ich über den Tellerrand hinausschaue und über die Pflegestützpunkte hinaus an Pflegeheime denke – da gibt es ja jetzt dieses Benotungssystem. Ist das in Ihrem Sinne?

Helga Walter: Ja, da haben wir mit dran gearbeitet.

Manfred Adryan: Das ist in unserem Sinne, auf alle Fälle. Ob es eine solche Wirkung zeigt, wird sich am Ende zeigen. Ich glaube, wenn man weiß, man

wird regelmäßig kontrolliert, gibt man sich Mühe. Am Ende sind die Noten nicht ganz so entscheidend. Entscheidend wird sein, dass ich mich immer darauf vorbereite: Es kommt eine Kontrolle, es kommt eine Überprüfung, es kommt eine Bewertung. Das ist wie früher in der Schule: Wenn ich weiß, es wird eine Arbeit geschrieben, dann muss ich dafür was tun und was lernen, und so werden da auch die Heime letzten Endes damit umgehen. Wenn das eingespielt ist, ist am Ende nicht mehr die Note entscheidend, sondern das, was das Heim oder die Einrichtung Besonderes zu bieten hat; im Falle von besonderen Erkrankungen, bei Immobilität usw.

Karin P. Vanis: Herr Voß, die Gesamtnote ist sicherlich entscheidend, aber es gibt ja auch Einzelnoten, so dass es also im Prinzip nicht kompensiert werden kann, aber man hat die Möglichkeit, die einzelnen Kriterien im Internet nachzuforschen. Die Stichproben wurden erweitert. Das ist wohl sehr neu und erst vor einigen Tagen geschehen, weil sich da Rheinland-Pfalz und Bayern, wenn ich das richtig in Erinnerung habe, ein bisschen weit aus dem Fenster gelehnt haben und gesagt haben, die alte Stichprobenregelung reicht nicht. Da muss noch etwas geändert werden.

K.-Dieter Voß: Die Stichprobenregelung geht auf methodische Erfordernisse zurück. Wir behalten sie auch bei, erweitern aber die Stichproben um diejenigen Fälle, die in der Einrichtung bei Gelegenheit der Prüfung, durch Hinweise, Beschwerden usw. begründet und konkret aufgetreten sind. Da wird also die Stichprobe um diese Problemfälle erweitert mit der Folge, dass eben valider berichtet und auch später veröffentlicht werden wird. Es gibt nicht nur eine Gesamtnote, es gibt auch Einzelnoten; im stationären Bereich 82 Einzelnoten, davon 18 Noten, die auf Bewohnerbefragung zurückgehen und 60, die Gegenstand der externen Prüfung sind. Auch die ambulanten Einrichtungen werden geprüft. Hier sind, glaube ich, 63 Kriterien Gegenstand der Prüfung und der Berichterstattung. Die Prüfung selber ist sehr umfassend. Sie hat 200 Punkte. Da hat, denke ich, jeder Pflegebedürftige, aber auch Angehörige, die Plätze suchen, sowie Berater in Pflegestützpunkten, Gelegenheit zu sehen, welche Einrichtungen zeichnen sich durch gute Leistungen in welchen Bereichen aus. Welche sind nur mäßig und welche sind in allen Einzelbereichen schlecht. Im stationären Bereich ist zwischen vier Bereichen zu unterscheiden. Davon sind drei pflegenah und ein Bereich betrifft die Bereiche Wohnen, Hygiene und die Struktur der Einrichtung. So ergibt sich ein ziemlich komplettes Bild über die Leistungsfähigkeit oder die Schwäche der einzelnen Einrichtungen. Das wird im Internet veröffentlicht

und hat damit sicherlich auch die Funktion, dass sich die Einrichtungen vorbeugend um die Vermeidung schlechter Ergebnisse bemühen. Den Radareffekt hatten wir bisher schon. Auch bisher gab es schon Prüfungen, aber die Ergebnisse wurden nur alle drei Jahre aggregiert veröffentlicht, so dass keiner wusste, wer die schwarzen Schafe sind. Das ändert sich. Jetzt werden die Einrichtungen genannt, im Guten wie im Bösen. Daraus erhoffen wir uns einen positiven Wettbewerb der Anbieter, der Pflegeeinrichtungen und der Träger untereinander. Denn keiner kann es zulassen, dass er im Ranking unten steht, andere besser sind. Wir erhoffen uns davon eine wettbewerbliche Auslese zu Gunsten der Besseren. Das dient der Pflege und es dient so letztlich den Pflegebedürftigen, den Angehörigen und auch der Gesellschaft.

Karin P. Vanis: Bleiben wir noch kurz bei den Heimen. Wie sieht die Auslastung der Heime heutzutage aus? Die sind, so wie ich das gelesen habe, nicht voll ausgelastet und werden auch zum Teil umgewidmet. Haben Sie diese Erfahrung gemacht, Frau Walter?

Helga Walter: Der Bedarf oder die Nachfrage gehen zurück. Es gibt gute Einrichtungen, die fast vollständig ausgelastet sind, aber auch die verspüren inzwischen, dass die Nachfrage nicht mehr so groß ist. Ich denke, Heimbetreiber müssen sich auch über ihr Konzept Gedanken machen. Ob eine reine Pflege reicht, ist zu bezweifeln. Vielleicht muss man mit Krankenhäusern eine Übergangspflege anbieten oder ein Alltagskompetenztraining für diejenigen, die aus dem Krankenhaus mit einem Schlaganfall entlassen werden usw. Es gibt ja viele Möglichkeiten, die man vor Ort den Menschen anbieten kann und man braucht dazu nicht unbedingt ein Pflegebett im Heim. Wir müssen alle umdenken. Warum wollen wir uns nicht rechtzeitig mit dem Gedanken anfreunden, dass man auch Menschen aus anderen Ländern holt und für die Pflege qualifiziert. Dann ist ja die Möglichkeit einer besseren Versorgung gegeben. Wenn man im eigenen Land nicht so viele Pflegekräfte hat, muss man eben sehen, dass man die Lücke auf andere Weise schließt.

Karin P. Vanis: Sie meinen jetzt konkret die skandinavischen Staaten oder die osteuropäischen Staaten?

Helga Walter: Ich lege mich auf kein Land fest. Ich sage, da wo es viele Menschen gibt, die selber in ihrem Land nicht genügend Beschäftigung haben. Da kann man doch gucken, ob man nicht Arbeitskräfte aus diesen Ländern qualifiziert und hierzulande in der Pflege einsetzt.

Karin P. Vanis: Herr von Schwanenflügel, ich glaube, da hat die Regierung ja schon entsprechend vorgebaut?

Dr. Matthias von Schwanenflügel: Ich glaube erst einmal, dass wir darauf achten müssen, dass die Menschen, die die Pflege durchführen, auch anständig entlohnt werden. Die Fragen, die den Mindestlohn und eine ortsübliche Vergütung betreffen, haben wir auf den Weg gebracht. Das sind zwei wichtige Punkte, um eine anständige Bezahlung für die Menschen, die eine solch wichtige Arbeit machen, auch zu gewährleisten.

Karin P. Vanis: Künftig soll es fünf Bedarfsgrade geben, statt drei Pflegestufen. Und, egal welche Zeitung man aufschlägt, bis auf ganz, ganz wenige Ausnahmen, sind alle begeistert davon und sagen: „Das ist es.“ Ist das ein Paradigmenwechsel? Wie empfinden Sie das Herr Adryan?

Manfred Adryan: Ich habe schon einige Gesundheitsreformen mitgemacht bzw. musste sie auch umsetzen. Ich habe mir angewöhnt, erst einmal zu warten, bis die Richtung klar war. Denn im Vorfeld laufen die Diskussionen immer in viele Richtungen. Also von daher bin ich noch nicht davon überzeugt, dass das so kommen wird. Aber, wenn es so kommt, glaube ich, dass das ein neuer Ansatz ist, und dass das auch der richtige Ansatz ist. Denn wir haben heute zu viele Fälle, die durch das Raster fallen. Daher erhoffe ich mir zumindest, dass eine gerechtere Bewertung kommt. Sicherlich ist das in Studien vielleicht probiert worden, aber wie sich das in der Praxis auswirkt, weiß ich nicht. Ich kann es noch nicht bewerten, aber ich gehe davon aus, dass es zumindest etwas besser ist als heute.

Karin P. Vanis: Etwas besser? Viel besser? Herr Gohde, wenn einer davon überzeugt ist, dann sind Sie es?

Dr. Jürgen Gohde: Ich denke, der Beirat ist überzeugt, und das ist viel wichtiger. Der Beirat hat diesen Beschluss mitgetragen, die Arbeitgeber und die Gewerkschaften. Das halte ich für sehr wichtig, dass es beide waren. Es sind die Kassen gewesen, die das mitgetragen haben und es sind die Sozialhilfeträger gewesen, die das unterstützt haben, und zwar die örtlichen wie die überörtlichen Sozialhilfeträger. Es sind die betroffenen Organisationen gewesen und es sind die Leistungserbringer gewesen. Der MDS hat auch nicht widersprochen. Das sind ganz wichtige Signale, denn das zeigt, dass der Beirat davon überzeugt ist, dass wir etwas machen, was in der Bevölkerung auf breite Zustimmung stößt. Das ist der eine Punkt.

Ich erinnere noch einmal daran, dass die Formulierung des Begriffs selber das Nachholen einer Entscheidung ist, die im Grunde genommen bereits im Jahre 1994 genau so gut hätte getroffen werden können. Man hat 1994 gesagt, aus finanziellen Gründen ist man nicht in der Lage, eine so breit gefasste Leistungsentscheidung zu treffen. Pflegewissenschaftlich ist das gar nichts Neues, aber was neu ist an dieser Geschichte ist, dass wir nun ein Begutachtungsverfahren haben, das erstmals die strukturellen Möglichkeiten eröffnet, von denen wir vorhin die ganze Zeit gesprochen haben, nämlich im Hinblick auf Versorgungsplanung, im Hinblick auf die Begutachtung von Kindern, wo z.B. immer wieder Probleme beim Zusammenwirken mit der Eingliederungshilfe bestanden. Menschen mit Behinderungen werden älter in unserem Land, sie werden pflegebedürftig. Das sind Schlüsselfragen. Das gilt auch mit Blick auf die steigende Zahl von Menschen mit demenziellen Erkrankungen. Dass es da keine Patentrezepte gibt, das ist völlig klar.

Der alte Pflegebedürftigkeitsbegriff ist verrichtungsorientiert. Die Pflegenden sagen, wir können nicht das tun, was wir wollen (für richtig halten). Wir sind in einem Zeitkorsett drin, das uns zwingt, unser Leistungsgeschehen so zu gestalten, dass wir dem Menschen etwas schuldig bleiben. Das ist für die Motivation der Pflegenden verheerend. Denn wir sind in einer Situation, wo wir in den nächsten Jahren auf stark steigenden Bedarf zugehen. Die Ministerin Schmidt hat ja vorhin davon gesprochen, dass es entscheidend darauf ankommt, die Motivation der Pflegenden und ihre Kräfte zu erhalten. Das ist genauso wichtig, wie die Erhaltung der Pflegebereitschaft der Angehörigen. Diese Dinge sind zusammen mit dem neuen Begutachtungssystem und mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff händelbar.

Ich sehe mit Blick auf demenzkranke Menschen sehr klar die Notwendigkeit, die Beratung der Angehörigen zu verstärken. Wenn ich Selbstständigkeit als Parameter der Pflegebedürftigkeit definiere, dann ist es ganz klar, dass das auch Selbstständigkeitserwartungen formuliert. Das ist ein Projekt, an dem sich die Leistungsfähigkeit der Gesellschaft zeigt. Ich erinnere an die Ausführungen von Herrn Geiger und die Diskussion um die soziale Ökologie. Diese Diskussion ist vor einigen Jahren schon einmal geführt worden. Damals hat das keiner verstanden. Heute verstehen das die Menschen. Wir sind in einer Situation, in der die Menschen begreifen, dass wir die Pflegebedürftigkeit nicht wegschieben dürfen. Dafür haben wir unseren Beitrag geleistet: Fünf Pflegestufen, fünf Bedarfsgrade, unter der Voraussetzung, dass es entsprechende Leistungen gibt. Aber wenn Sie sehen, Bedarfsgrad

I, wenn man eine pauschale Geldleistung macht, 50 €, 100 €. Bei 100 € sind 700 Millionen weg. Also das kostet richtig Geld, wenn man Leuten Selbstständigkeit und Autonomie gibt an dieser Stelle. Ich bin davon überzeugt, dass wir gemeinsam für die Akzeptanz der Pflege werben müssen, d.h. für ihre Qualität; für die Menschen, die die Leistungen erbringen. Das ist ganz wichtig. Dazu gehört nicht zuletzt auch die Finanzierung. Die Leute verstehen sehr schnell, dass das Geld kostet. Die verstehen das viel schneller als wir manchmal, wenn wir aus politischen Gründen sagen: „Das muss kostenneutral sein.“ Die Menschen verstehen das.

Ein letzter Satz noch. Ich werde immer wieder gefragt, ist es nicht ein verdammt schlechter Zeitpunkt über eine solche Reform überhaupt zu reden. Es ist kein Geld da, die wirtschaftliche Lage ist schwierig usw. In dem Age-Report der Europäischen Kommission heißt es: Schlechte Zeiten sind für Reformen die besseren Zeiten. Da *muss* man sie machen. Ich kann Ihnen nur sagen: Wir, die Mitglieder des Beirats, werden der Politik keine Ruhe lassen. Die Menschen mit Demenz brauchen diese Reform. Die Zeit ist reif für einen neuen Begriff und ein neues Verfahren.

Karin P. Vanis: Ich denke, es sind nicht nur die Menschen mit Demenz, um noch ganz kurz bei dem leidigen Thema Finanzen zu bleiben. Ich möchte das in die Frage kleiden, Frau Walter, was ist uns die Pflege in Zukunft wert? Wie nehmen Sie die Menschen draußen mit? Wie trommeln Sie? Wie motivieren Sie?

Helga Walter: Es ist nicht so ganz einfach. Ich finde verhältnismäßig viele Ehrenamtliche, die mal hier und da einspringen wollen, mal jemanden begleiten wollen, mal jemandem was vorlesen wollen. Aber so als Daueraufgabe über einen längeren Zeitraum ist es verhältnismäßig schwer, die Menschen zu motivieren. Wenn man erst einmal – das ist so die Erfahrung der meisten – in den Fängen derjenigen ist, die Ehrenamtliche suchen, dann kommt man da schlecht raus. Es kann zu einem Vollzeitjob werden, so eingebunden zu werden. Auf der anderen Seite erzählen diejenigen, die wir als Ehrenamtliche geworben haben, die wir schulen, die wir befähigen und die dann auch die Arbeit tun, immer wieder, was sie da für Freude und positive Erlebnisse haben. Sie erleben Dankbarkeit in einem Maße, wie sie es vorher gar nicht erwartet hatten, und sie erleben auch, dass gar nicht soviel an Problemen über sie geschüttet wird, weil dafür ja eigentlich die Sozialstation und die anderen Hilfeanbieter da sind. Sie engagieren sich als Gesprächs-

partner, als Vorleser, als Zuhörer und sie haben somit den freundlicheren Part.

Karin P. Vanis: Ehrenamt kann man ja nicht als Gesetz verordnen und mit markigen Worten auch nicht. Bleibt es dann bei Appellen?

Helga Walter: Ja, aber ich appelliere immer an alle: Überlegt euch, was ihr erwartet, wenn ihr in dieser Situation seid! Und wenn ich dann weiter frage, wie ist das denn, wenn ihr in einer Situation seid, dass ihr rund um die Uhr Pflege braucht und eure Angehörigen sonst wo sind. Dann braucht ihr am Tag zwischen den Leistungen der Sozialstation auch die menschliche Wärme. Diese „Lückenfüller“ zwischen den Gesetzen, wo sollen sie herkommen, wenn nicht auch ihr bereit seid, anderen Menschen etwas zu geben? Ich denke, da muss verstärkt appelliert werden, selber darüber nachzudenken: Was würde ich mir wünschen, und wo soll es denn eigentlich herkommen, wenn ich nicht auch bereit bin, etwas zu geben.

Karin P. Vanis: Um den viel zitierten Ruck, der durch die Gesellschaft gehen soll, auch noch mal zu bemühen. Ist es das, was wir brauchen? Brauchen wir diesen Ruck, damit noch mehr Ehrenamtliche, noch mehr ziviles Engagement rekrutiert werden können? Wenn wir nach den skandinavischen Ländern schauen, kann einen das schon neidisch machen, dass das da so gut funktioniert.

Manfred Adryan: Das Thema ist wichtig. Ich glaube, wir müssen das immer wieder zum Thema machen. Man muss die Möglichkeit, solche Ehrenämter auszuüben, so leicht wie möglich machen. Die Leute haben Schwellenängste und Berührungsängste so nach dem Motto: Och, ich melde mich da nicht, ich weiß ja gar nicht, ob die mich wollen, und ich weiß gar nicht, was ich da tun muss. Das heißt, wir müssen noch mehr auf die Bürger zugehen und sagen, hier hast du Möglichkeiten, hier kannst du eine Befriedigung finden. Wenn du jetzt hier so einen Job machst, nachdem du jetzt nicht mehr berufstätig bist, der kann dir wirklich was zurückgeben. So bin ich übrigens vor sieben oder acht Jahren Vorstand der Rheuma-Liga geworden. Ich habe mir gesagt, jetzt will ich denen auch mal was zurückgeben, und ich habe das Ehrenamt im Vorstand der Rheuma-Liga angenommen. Ich glaube, man muss da noch viel mehr Brücken bauen.

Was mir noch sehr wichtig ist, ist Folgendes: Wenn Leute, Bürger, Patienten, pflegebedürftig werden, gelten für sie oft ganz viele Gesetzbücher. Sie

sind nicht nur pflegebedürftig, sondern auch krank usw. Und hier kommt wieder der Pflegestützpunkt ins Spiel. Ich brauche eine Beratung über SGB V, über SGB XI, SGB XII, SGB II usw. Die Gefahr, wenn nur eine Stelle berät, ist, dass andere Dinge dann hinten runter fallen. Deswegen bin ich ein Verfechter von Pflegestützpunkten. Ich glaube, viele Leute wissen gar nicht, welche Ansprüche sie haben, und leider werden diese nicht immer auf dem Tablett serviert. Ich merke es ja als Krankenkassenvertreter, wenn einer zur Kasse kommt, dann sagt er, ich möchte ein Hilfsmittel, ich möchte eine Reha oder ich möchte sonst was. Geht er in den Pflegestützpunkt sagt er, mein Vater hat einen Schlaganfall, was kann ich jetzt tun? Und dann kriegt er diese umfassende Beratung. Dann gibt es eben diese ganze Palette.

Karin P. Vanis: Ehrenamt ist das eine, Frau Vorholz, teurer wird es sicher aber auch. Ich meine die Beiträge zur Pflegeversicherung. Ist das für Sie in Ordnung?

Dr. Irene Vorholz: Ich würde das in der Tat auch nicht auf das Ehrenamt engführen. Wir brauchen das Ehrenamt im gesamten sozialen Bereich. Wir wissen, dass wir das nicht mehr alles professionell leisten können. Das wird ohne Ehrenamt nicht mehr gehen. Aber im Bereich der Pflege liegt mir sehr daran, die Angehörigen zu befähigen und zu entlasten, damit sie weiterhin die häusliche Pflege übernehmen können. Wir sollten auch den Einzelnen nicht aus der Verantwortung entlassen, also ihn anregen, Vorsorge zu treffen, zu Zeiten, wo man noch fit ist.

Zur Frage, ob die Beiträge zur Pflegeversicherung ausreichen, möchte ich mich nicht äußern. Ich will nur darauf hinweisen, das ist eine Teilkaskoversicherung. Also, wir wissen, dass der Bürger am Ende derjenige ist, der die Differenz zwischen Versicherungsleistungen und den extrem hohen Kosten im Heim zahlt. Denn nur dann, wenn er kein Einkommen oder Vermögen mehr hat, muss die Sozialhilfe über die Hilfe zur Pflege eingreifen. Insofern wird es eine gesellschaftliche Frage sein, was wir an Pflege inhaltlich und finanziell erbringen können. Über die Wahrnehmung in der Öffentlichkeit bin ich im Augenblick eigentlich sehr zufrieden. Ich glaube, dass wir in den vergangenen Jahren da einen großen Schritt vorwärts getan haben. Die demographische Entwicklung, die Pflege insgesamt, und vor allen Dingen die Demenz, ist derzeit so sehr in der öffentlichen Wahrnehmung, wie sie es zuvor überhaupt noch nicht der Fall war.

Karin P. Vanis: Herr Voß, Pflege ist mit Sicherheit, Sie sagten es Frau Vorholz, eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Und ich denke auch, dass in den Medien, egal jetzt, ob Fernsehen oder Print, dass das Thema Pflege und speziell Demenz in den letzten Jahren einen sehr breiten Raum eingenommen hat. Da haben auch die Kassen dazu beigetragen? Ist das richtig?

K.-Dieter Voß: Ja, klar, wir sehen ja die Bedarfslagen der Mitglieder. Wir sehen auch, dass der Anteil demenziell Erkrankter steigt und es sind ja nicht nur die dementen Menschen, es sind ja auch psychisch Kranke, es sind geistig Behinderte und all die anderen, die unter einer eingeschränkten Alltagstauglichkeit leiden. Sie wurden durch die klassische Pflegeversicherung bisher nicht erreicht. Herr Dr. Gohde hat es richtig ausgeführt, dass der Gesetzgeber 1995 vorsätzlich (aus finanziellen Gründen) diese Gruppe nicht mit einbezogen hat. Das sind aber Bedarfslagen, und denen müssen wir als Gesellschaft und auch wir als Krankenversicherung, als Pflegekassen, Rechnung tragen. Das geschieht auch, allerdings natürlich mit einem höheren Aufwand. Der höhere Aufwand zeigt sich dann eben auch in höheren Belastungszahlen bei limitierten Beiträgen. Das ist dann schon ein Problem. Die gegenwärtige Finanzierung in der Pflegeversicherung mit 1,95 Prozent hält nicht ewig. Sie wird an Grenzen stoßen und wenn der vom Beirat entwickelte neue Bedürftigkeitsbegriff mit der neuen Begutachtung Platz greift, werden die Aufwendungen, Herr Dr. Gohde hat das deutlich gemacht, deswegen auch noch mal höher werden. Das wird nicht zu geringeren Kosten möglich sein. Es sei denn, dass der Gesetzgeber Sozialleistungen radikal streicht. Aber dann muss er sich mit den Bürgern befassen, die hohe Bedarfe haben und deren Bedarfe abgeschmettert werden. Das dürfte dann zu einer sozialen Unruhe führen. Das wird sich möglicherweise kein Gesetzgeber erlauben können. Und noch zum Begriff „Fan“: Herr Dr. von Schwannflügel hat mich zum Fan gemacht. Ich habe in Bremen gelernt, dass man dort schnell zum Fan von Werder Bremen wird, aber ich denke, es braucht noch eine Zeit, bis die Krankenversicherung insgesamt, und auch ich als Person, zum Fan von Pflegestützpunkten werden. Andererseits ist eine gewisse Aufgeschlossenheit für die Idee, die dahintersteckt schon vorhanden. Sie hat auch Vorzüge.

Karin P. Vanis: Frau Walter, Sie möchten jetzt noch weiter überzeugen, denke ich mal?

Helga Walter: Nein, ich will einfach einen Punkt ansprechen, den wir bisher noch nicht angesprochen haben, und zwar: Der Hausarzt ist ein wesentlicher Bestandteil in der gesamten Versorgung. Und wenn die Hausärzte zukünftig bessere Schulungen haben, was Geriatrie angeht, dann könnte man da auch prophylaktisch tätig werden und eine mögliche Demenz nicht erst dann merken, wenn der Patient ganz viel vergisst und nicht zum Termin kommt. Dann könnten die Kassen sparen.

Karin P. Vanis: Das war ein Beitrag zum Sparen. Das Thema Hausarzt oder Heimarzt, das können wir leider heute nicht mehr vertiefen. Das Bundesgesundheitsministerium ist gut gerüstet für die Zukunft über 2030 hinaus? Richtig, Herr Dr. von Schwanenflügel?

Dr. Matthias von Schwanenflügel: Na klar, wir sind immer gut gerüstet. Wir haben heute ja eine interessante Diskussion. Wir stellen fest, dass die Pflegestützpunkte letztendlich die pflegerische Versorgung, da wo die Menschen leben, erheblich erweitern. Es kommen neue Player dazu. Neben den Pflegekassen spielen die Kommunen eine ganz wichtige Rolle. Und wie wir von Frau Dreyer gehört haben, ist dies gut und wichtig. Herr Adryan hat es ja auch in Ansätzen dargestellt, wie in Bremen damit umgegangen wird. So bekommt man auch mit Hilfe der Pflegestützpunkte das Ehrenamt in die Versorgung der pflegebedürftigen Menschen. Das heißt, der Sozialraum in der Kommune spielt eine ganz zentrale Rolle. Die Pflegestützpunkte helfen sowohl, was das Individuum anbelangt, wie auch in Bezug auf das Care Management, d.h. die Organisation der Versorgung. Das hat ja Frau Dreyer sehr deutlich gemacht. So kann die Versorgung weiter vernetzt werden. Hausärzte und Krankenhäuser können einbezogen werden, so dass wir Drehtüreffekte, die wir gerade bei pflegebedürftigen Menschen häufig feststellen, vermeiden können. Hier kommen also viele Facetten in die Diskussion. Das wird die Diskussion in der kommenden Wahlperiode höchst spannend machen.

Karin P. Vanis: Ein besseres Schlusswort gibt es nicht. Ich darf den Damen und Herren hier auf dem Podium Dank sagen. Ich danke Ihnen im Saal, und wünsche Ihnen einen guten Heimweg.

Anhang

Teilnehmer/innenliste

1. Adryan, Manfred, AOK Bremen/Bremerhaven, Bürgermeister-Smidt-Straße 95, 28195 Bremen; E-Mail: manfred.adryan@hb.aok.de
2. Altewischer, Hans-Jürgen, Dipl.-Verwaltungswirt, Gartenbau-Berufsgenossenschaft, Frankfurter Straße 126, 34121 Kassel; E-Mail: hans-juergen.altewischer@gartenbau.lsv.de
3. Augath, Katharina, Nds. Städte- und Gemeindebund, Aruswaldstraße 28, 30159 Hannover; E-Mail: augath@nsgb.de
4. Bahr, Christian, Landeswohlfahrtsverband Hessen, Ständeplatz 6-10, 34117 Kassel; E-Mail: christian.bahr@lww-hessen.de
5. Bandt, Gabriele, Landratsamt Rhein-Neckar-Kreis, Kurfürstenanlage 40, 69115 Heidelberg; E-Mail: gabriele.bandt@rhein-neckar-kreis.de
6. Barth, Daniel, Deutscher Städtetag, Straße des 17. Juni, 10623 Berlin
7. Bastians-Osthaus, Uda, Dr., Deutscher Städtetag, Straße des 17. Juni, 10623 Berlin; E-Mail: uda.bastians@staedtetag.de
8. Bauer, Fritz, Dr., Erster Landesrat, Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Landeshaus, 48133 Münster
9. Bauer, Wolfgang, AOK Berlin – Die Gesundheitskasse, Wilhelmstraße 1, 10957 Berlin
10. Behrendt, Renate, Ministerium für Soziales und Gesundheit, Werderstraße 124, 19055 Schwerin; E-Mail: renae.behrendt@sm.mv-regierung.de
11. Behrens, Chris, AOK Brandenburg – Die Gesundheitskasse, Potsdamer Straße 20, 14513 Teltow; E-Mail: chris.behrens@BRB.AOK.de
12. Bell, Roland, Leiter Vertragsgebiet DAK Sachsen, DAK – Unternehmen Leben, Freiburger Straße 37, 01067 Dresden; E-Mail: roland.bell@dak.de

13. Berswordt-Wallrabe, von, Martin, CareEffects, Friedrichstraße 90, 10117 Berlin; E-Mail: martin.von-berswordt@careeffects.de
14. Blatt, Oliver, VdEK, Askanischer Platz 1, 13503 Berlin; E-Mail: oliver.blatt@vdek.com
15. Blinkert, Baldo, Prof. Dr., Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Institut für Soziologie, Rempartstraße 15, 79085 Freiburg i. Breisgau; E-Mail: baldo.blinkert@soziologie.uni-freiburg.de
16. Bode, Ulrike, FDP-Bundestagsfraktion, Platz der Republik 1, 11011 Berlin; E-Mail: bode@fdp-bundestag.de
17. Börner, Angela, FH Jena, Georg-Streiter Institut für Pflegewissenschaft, Petristeinweg 61, 99974 Mühlhausen; E-Mail: angela.boerner@fh-jena.de
18. Borosch, Roland, MAGS NRW, Fürstenwall 25, 40219 Düsseldorf; E-Mail: roland.borosch@mags.nrw.de
19. Bosse, Hilke, Gesellschaft für Prävention im Alter e.V., Brandenburger Straße 9, 39104 Magdeburg; E-Mail: hilke.bosse@pia-magdeburg.de
20. Brauner, Thomas, Geschäftsführer, Brauner SPP, Reinhardtstraße 27a, 10117 Berlin; E-Mail: brauner@brauner-spp.de
21. Brede, Susanne, IKK Brandenburg und Berlin, Keithstraße 9-11, 10787 Berlin; E-Mail: susanne.brede@ikkbb.de
22. Brenn, Wolfgang, Japanisch-Deutsches Zentrum Berlin, Saargemünder Straße 2, 14195 Berlin; E-Mail: wbrenn@jdzb.de
23. Bublely, Sabine, Bundesministerium für Gesundheit, Rochusstraße 1, 53123 Bonn; E-Mail: sabine.bublely@bmg.bund.de
24. Bude, Norbert, Vorsitzender, Städtetag Nordrhein-Westfalen, Postfach, 50942 Köln; E-Mail: post@staedtetag.de
25. Caesar, Gudrun, Kreis Lippe, Felix-Fechenbach-Straße 5, 32756 Detmold; E-Mail: g.caesar@lippe.de
26. Caspers-Merk, Marion, Parlamentarische Staatssekretärin, Bundesministerium für Gesundheit, Friedrichstraße 108, 10117 Berlin

27. Christen, Olaf, AWO Bundesverband e.V., Heinrich-Albertz-Haus, Blücherstraße 62/63, 10961 Berlin; E-Mail: olaf.christen@awo.org
28. Claus, Katja, Koordinatorin Pflegestützpunkte, IKK-LVN, Mommsenstraße 10, 23843 Bad Oldesloe; E-Mail: Katja.Claus@ikk-nord.de
29. Czernomoriez, Henrik, IVG Connect AG, Reinhardtstraße 37, 10117 Berlin; E-Mail: henrik.czernomoriez@igv-connect.com
30. Demmler, Christel, LandesSeniorenvertretung für Sachsen, Bahnhofstraße 7, 08107 Kirchberg
31. Dietrich, Hartmut, Dr., Stiftung PRO ALTER, Mainzer Straße 4a, 33613 Bielefeld; E-Mail: hakadietrich@t-online.de
32. Dietze, Alf, AWO Wohnen & Pflegen gGmbH, Schleswiger Straße 31, 30165 Hannover; E-Mail: info-E314@awo-wup.de; alf.dietze@awo-wup.de
33. Dorsch, Jürgen, Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen, Bauhofstraße 9, 55116 Mainz; E-Mail: juergen.dorsch@masgff.rlp.de
34. Dreyer, Malu, Ministerin, Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen des Landes Rheinland-Pfalz, Bauhofstraße 9, 55116 Mainz
35. Duske, Peter, BARMER Landesgeschäftsstelle Berlin-Brandenburg, Axel-Springer-Straße 44, 10969 Berlin; E-Mail: peter.duske@barmer.de
36. Eisele, Mathias, Deutsches Rotes Kreuz Kreisverband Nürtingen, Laiblinstegstraße 7, 72622 Nürtingen; E-Mail: mathias.eisele@kv-nuertingen.drk.de
37. Elbers, Heinz, Stadt Hamm - Sozialamt -, Amtsstraße 19, 59073 Hamm; E-Mail: elbers@stadt.hamm.de
38. Engel, Harold, AOK Bayern – Zentrale –, Carl-Wery-Straße 28, 81739 München; E-Mail: harold.engel@by.aok.de
39. Ernst, Rolf, Kommunalen Sozialverband Sachsen, Thomasiusstraße 1, 04109 Leipzig; E-Mail: rolf.ernst@ksv-sachsen.de

40. Felderhoff, Friedrich-Wilhelm, Knappschaft, Königsallee 175, 44799 Bochum; E-Mail: wilhelm.felderhoff@kbs.de
41. Feldkamp-Glende, Susanne, Barrierefreies Rostock e.V., Dierkower Damm 39a, 18146 Rostock; E-Mail: gs@barrierefreies-rostock.de
42. Fichtmüller, Uwe-Martin, Arbeiter -Samariter-Bund, Am Brauhaus 8, 01099 Dresden; E-Mail: kontakt@asb-sachsen.de
43. Fix, Elisabeth, Dr., Deutscher Caritasverband, Reinhardtstraße 13, 10117 Berlin; E-Mail: elisabeth.fix@caritas.de
44. Fonfara, Stephan, Landwirtschaftliche Krankenkasse Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland, Luisenstraße 12, 34119 Kassel; E-Mail: stephan.fonfara@hrs.lsv.de
45. Franke, Annette, TU Dortmund, Emil-Figge-Straße 50, 44227 Dortmund; E-Mail: annette.franke@gmx.de
46. Freund, Henning, Dr., HELIOS Kliniken Lutherstadt Eisleben, Hohe-torstraße 25, 06295 Lutherstadt Eisleben; E-Mail: henning.freund@helios-kliniken.de
47. Freund, Yvette
48. Frey, Christoph, Gmünder Ersatzkasse GEK, Gottlieb-Daimler-Straße 19, 73529 Schwäbisch-Gmünd; E-Mail: christoph.Frey@gek.de
49. Fuchs, Sabine, Pflegestützpunkt im Landkreis St. Wendel, Mommstraße 27, 66606 St. Wendel; E-Mail: s.fuchs@lkwnd.de
50. Fuhrer, Matthias, AOK Baden-Württemberg, Heilbronner Straße 184, 70191 Stuttgart; E-Mail: matthias.fuhrer@bw.aok.de
51. Fuhrmann, Christina, Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales, Oranienstraße 106, 10969 Berlin; E-Mail: christina.fuhrmann@senias.berlin.de
52. Geiger, Manfred, Dr., *iso*-Institut Saarbrücken, Trillerweg 68, 66117 Saarbrücken; E-Mail: geiger@iso-institut.de
53. Genge, Alina, Bundesministerium für Gesundheit - Geschäftsstelle der Patientenbeauftragten, Friedrichstraße 108, 10117 Berlin; E-Mail: pk1_as1@bmg.bund.de

54. Gerking, Sylvia, LAG Freie Wohlfahrtspflege, Auf den Häfen 30/32, 28203 Bremen; E-Mail: lag@sozialag.de
55. Germann, Ingeborg, Landeszentrale für Gesundheitsförderung, Hölderlinstraße 8, 55131 Mainz; E-Mail: igermann@lzug-rlp.de
56. Girts, Sabine, Deutscher Pflegerat e.V., Salzufer 6, 10587 Berlin; E-Mail: s.girts@deutscher-pflegerat.de
57. Gohde, Jürgen, Dr., Kuratorium Deutsche Altershilfe, An der Pauluskirche 3, 50677 Köln
58. Grabowski, Roland, Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales, Oranienstraße 106, 10969 Berlin; E-Mail: roland.grabowski@senias.de
59. Greuel, Iris, Leiterin des Referates II 4, Bundesversicherungsamt, Friedrich-Ebert-Allee 38, 53113 Bonn; E-Mail: iris.greuel@bva.de
60. Gunsilius, Alexander, Landeshauptstadt Stuttgart, Sozialamt, Eberhardstraße 33, 70173 Stuttgart; E-Mail: alexander.gunsilius@stuttgart.de
61. Haar, Bernd, hkk Bremen, Martinstraße 26, 28195 Bremen; E-Mail: bernd.haar@hkk.de
62. Hackenberg, Thomas, Verband der Ersatzkassen e.V., Arnulfstraße 201a, 80634 München; E-Mail: thomas.hackenberg@vdek.com
63. Hagen, Gräfin vom, Angelika, KDA, Lochower Weg 2a, 39291 Möckern; E-Mail: gut-moeckern@claranet.de
64. Hartl, Viktor, BKK Landesverband Baden-Württemberg, Stuttgarter Straße 105, 70806 Kornwestheim; E-Mail: vhartl@bkk-bw.de
65. Hartmann, Sigrid, AOK Bremen/Bremerhaven, Bürgermeister-Smidtstraße 95, 28195 Bremen; E-Mail: sigrid.hartmann@hb.aok.de
66. Heidrich, Barbara, Paritätischer Niedersachsen e.V., GandhisträÙe 5a, 30559 Hannover; E-Mail: barbara.heidrich@paritaetischer.de
67. Herrmann, Birgit, BARMER-Landesgeschäftsstelle Mitte, Halberstädter Straße 17, 39112 Magdeburg; E-Mail: birgit.herrmann@barmer.de
68. Herweck, Rudolf, Bayerische Str. 30, 10707 Berlin

69. Hinkelbein, Elke, Apotheke Adoc; Schumannstraße 2, 10117 Berlin;
E-Mail: info@apotheke-adhoc.de
70. Höfer, Annette, Stadtverwaltung Brandenburg, Neuendorferstraße 90,
14770 Brandenburg
71. Hokema, Anna, Deutsches Zentrum für Altersfragen, Manfred-von-
Richthofen-Straße 2, 12101 Berlin; E-Mail: anna.hokema@dza.de
72. Hornemann, Barbara, Bundesministerium für Gesundheit - Geschäfts-
stelle der Patientenbeauftragten, Friedrichstraße 108, 10117 Berlin; E-
Mail: barbara.hornemann@bmg.bund.de
73. Hunold, Ulrike, Bundesministerium für Gesundheit - Geschäftsstelle
der Patientenbeauftragten, Friedrichstraße 108, 10117 Berlin;
E-Mail: pk3_as1@bmg.bund.de
74. Igel, Christian, Dr., BMFSFJ, Rochusstraße 8-10, 53123 Bonn;
E-Mail: christian.igel@bmfsj.bund.de
75. Ingrosso, Dorit, Region Hannover Fachbereich Soziales, Hildesheimer
Straße 20, 30169 Hannover;
E-Mail: dorit.ingrosso@region-hannover.de
76. Jäger, Wolfgang, Landesseniorenrat Nds., Feldstraße 70, 38640 Gos-
lar; E-Mail: wolfgangjaeger2@web.de
77. Jahns, Klaus, Techniker Krankenkasse - Landesvertretung Berlin und
Brandenburg, Alte Jakobstraße 81/82, 10179 Berlin;
E-Mail: klaus.jahns@tk-online.de
78. Jansen, Sabine, Geschäftsführerin, Deutsche Alzheimer Gesellschaft
e.V., Friedrichstraße 236, 10969 Berlin;
E-Mail: sabine.jansen@deutsche-alzheimer.de
79. Jeschke, Sandra, Hamburgische Krankenhausgesellschaft e.V., Gre-
venweg 89, 20537 Hamburg; E-Mail: sandraj@gmx.de
80. Kalmbach-Kutz, Isolde, AOK Baden-Württemberg, Heilbronner Straße
184, 70191 Stuttgart; E-Mail: isolde.kalmbach-kutz@bw.aok.de
81. Keller, Christina, Wetteraukreis – Fachbereich Jugend, Familie und
Soziales, Berliner Straße 31, 63654 Büdingen;
E-Mail: christina.keller@wetteraukreis.de

82. Kilian, Monika, Dr., AWO KV Fürstenwalde e.V., Lotichiusstraße 36, 15517 Fürstenwalde; E-Mail: post@awo-fuerstenwalde.de
83. Kipper-Woll, Horst, Projektleiter Mobile Kompetenzteams, Sozialverband VdK Saarland e.V., Neugeländstraße 11, 66117 Saarbrücken; E-Mail: horst.kipper-woll@vdk.de
84. Koch, Eva-Maria, Freie Medizinerin; E-Mail: Eva-Maria_Koch@online.de
85. Köhler, Leonore, Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik, Zeilweg 42, 60439 Frankfurt a.M.; E-Mail: leonore.koehler@iss-ffm.de
86. Korf, Claudia, Leiterin des Hauptstadtbüros der Barmer Ersatzkasse Berlin, Axel-Springer-Straße 44, 10969 Berlin
87. Krause, Roswitha, Eigenbetrieb Sozialstation Hettstedt, Schillerstraße 22, 06333 Hettstedt; E-Mail: sozial.krause@web.de
88. Kreuger, Kerstin, Leiterin Politik, Deutscher Hausärzterverband, Bleibtreustraße 24, 10707 Berlin; E-Mail: kerstin.kreuger@hausaerzterverband.de
89. Kröger, Andreas, AHK Pflorgeteam GmbH, Blücherstraße 35, 10961 Berlin; E-Mail: akroeger@ahk-pflegeteam.de
90. Kröner, Susanne, Johanniter-Unfall-Hilfe e.V., Landesverband Berlin-Brandenburg, Berner Straße 2-3, 12205 Berlin; E-Mail: s.kroener@juh-bb.de
91. Krüger, Jens-Uwe, Seniorenzentrum Göttingen gGmbH, Ingeborg-Nahnsen-Platz 1, 37083 Göttingen; E-Mail: seniorenzentrum@goettingen.de
92. Krutwage, Gisela, Stadt Bielefeld, Amt für soziale Leistungen – Sozialamt, Niederwall 23, 33602 Bielefeld; E-Mail: gisela.krutwage@bielefeld.de
93. Kücking, Monika, Dr., Abteilungsleiterin Gesundheit, GKV-Spitzenverband, Mittelstraße 51, 10117 Berlin; E-Mail: monika.kuecking@gkv-spitzenverband.de
94. Kuhmann, Christian, Eigenbetrieb Sozialstation Hettstedt, Schillerstraße 22, 06333 Hettstedt

95. Kuhn, Magnus, Bundesministerium für Gesundheit, Rochusstraße 1, 53123 Bonn; E-Mail: magnus.kuhn@bmg.bund.de
96. Kühnemund, Christina, Deutsches Zentrum für Altersfragen, Manfred-von-Richthofen-Straße 2, 12101 Berlin; E-Mail: christina.kuehnemund@dza.de
97. Künzel, Alexander, Bremer Heimstiftung, Marcusallee 39, 28359 Bremen; E-Mail: alexander.kuenzel@bremer-heimstiftung.de
98. Lachwitz, Klaus, Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V., Raiffeisenstraße 18, 35043 Marburg; E-Mail: bundesvereinigung@lebenshilfe.de
99. Langerhans, Gabriele, Bundesministerium für Gesundheit, Rochusstraße 1, 53123 Bonn; E-Mail: gabriele.langerhans@bmg.bund.de
100. Lehr, Andreas, Dr., LetV-Verlag GmbH, Loeschckestraße 37, 53129 Bonn; E-Mail: lehr@letv-verlag.de
101. Lober, Ines, Landkreis Spree-Neiße, Heinrich-Heine-Straße 1, 03149 Forst
102. Looock, Hans-Dieter, Aura - Sozialeinrichtung gGmbH, Kirchstraße 3, 35287 Amöneberg-Rolsdorf; E-Mail: loock-hans-aura@t-online.de
103. Malik, Markus, IVG Connect AG, Reinhardtstraße 37, 10117 Berlin; E-Mail: markus.malik@igv-connect.com
104. Marx, Jörg, Amt 50 - Sozialplanung - ,Stadt Mühlheim an der Ruhr, Viktoriastraße 26-28, 45468 Mühlheim an der Ruhr; E-Mail: joerg.marx@stadt-mh.de
105. Meier, Tanja, LAG Freie Wohlfahrtspflege, Auf den Häfen 30/32, 28203 Bremen; E-Mail: t.meier@sozialag.de
106. Meißner, Gertrud, LK Potsdam-Mittelmark, Niemöller Straße 1, 14806 Belzig; E-Mail: gertrud.meissner@potsdam-mittelmark.de
107. Merda-Piehl, Andrea, DRK LV Brandenburg, Alleestraße 5, 14469 Potsdam; E-Mail: andrea.merda-piehl@drk-lv-brandenburg.de
108. Michell-Auli, Peter, Dr., Kuratorium Deutsche Altershilfe, An der Pauluskirche 3, 50859 Köln; E-Mail: josefine.amir@kda.de

109. Mohr, Ulrich, Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek), Karlplatz 7, 10117 Berlin; E-Mail: ulrich.mohr@vdek.com
110. Mückschel, Hans-Dieter, Angehörigenberatung e.V. Nürnberg, Adam-Klein-Straße 6, 90429 Nürnberg; E-Mail: info@angehoerigenberatung-nbg-de
111. Müller, Reinhard, Der Paritätische Thüringen, Bergstraße 11, 99192 Neudietendorf; E-Mail: kneue@paritaet-th.de
112. Neber, Ludwig, SPD AG 60 plus, Westendstraße 16a, 64846 Groß-Zimmern; E-Mail: Ludwig.Neber@t-online.de
113. Neumann, Jürgen, Sächsischer Landkreistag, Käthe-Kollwitz-Ufer 88, 01309 Dresden; E-Mail: slkt@landkreistag-sachsen.de
114. Niederdalhoff, Paul, Akademieleiter, Europäische Senioren-Akademie, Hindenburgallee 25, 48683 Ahaus; E-Mail: niederdalhoff@europaeische-senioren-akademie.de
115. Nogli, Doris, Pflegestützpunkt Hettstedt, Rathaus Hettstedt, Markt 1-3, 06333 Hettstedt
116. Nostadt, Franziskus, Bundesministerium für Gesundheit, Rochusstraße 1, 53123 Bonn; E-Mail: franziskus.norstadt@bmg.bund.de
117. Nowak, Meinolf, Stadtrat und Mitglied des Verwaltungsrates BKK NW, Postfach 101820, 44621 Herne; E-Mail: dezernat4@herne.de
118. Okoniewski, Albert, Geschäftsführer, Arbeiter-Samariterbund Regionalverband Herne-Gelsenkirchen e.V. Siepenstraße 12a, 44623 Herne; E-Mail: info@asb-mail.de
119. Opfermann-Kersten, Martina, Landwirtschaftliche Pflegekasse HRS, Luisenstraße 12, 34112 Kassel; E-Mail: martina.opfermann-kersten@hrs.lsv.de
120. Osing, Gabriele, Arbeiter-Samariter-Bund Deutschland e.V., Sülzburger Straße 140, 50937 Köln; E-Mail: g.osing@asb.de
121. Paetow, Brigitte, Landesseniorenbeirat M-V, Perleberger Straße 17, 19063 Schwerin; E-Mail: lsb@landesseniorenbeirat-mv.de
122. Palm, Gunda, Bundesministerium für Gesundheit, Rochusstraße 1, 53123 Bonn; E-Mail: gunda.palm@bmg.bund.de

123. Parrino, Antonietta, Deutsches Rotes Kreuz Kreisverband Nürtingen, Laiblinstegstraße 7, 72622 Nürtingen;
E-Mail: antonietta.parrino@kv-nuertingen.drk.de
124. Pfahler, Johannes
125. Pick, Peter, Dr., MDS, Lützowstraße 53, 45141 Essen;
E-Mail: p.pick@mds-ev.de
126. Pickrodt, Gerlinde, Thüringer Ministerium für Soziales, Familie, Senioren und Gesundheit, Werner-Seelenbinder-Straße 6, 99096 Erfurt;
E-Mail: gerlinde.pickrodt@tmsfg.thueringen.de
127. Pohl, Rudolf, Bundesministerium für Gesundheit, Rochusstraße 1, 53123 Bonn; E-Mail: rudolf.pohl@bmg.bund.de
128. Reitberg, Uta, Albatros e.V., Berliner Straße 14, 13507 Berlin;
E-Mail: kontakt@albatrosev.de
129. Reitberger, Cornelia, Bundesministerium für Gesundheit, Rochusstraße 1, 53123 Bonn; E-Mail: cornelia.reitberger@bmg.bund.de
130. Roes, Martina, Prof. Dr., Hochschule Bremen /IQC, Neustadtswall 30, 28199 Bremen; E-Mail: martina.roes@hs-bremen.de
131. Rosenfeld, Tina, rpr-rosenfeld public-relation
132. Röttger, Hans-Joachim, Deutsche Rentenversicherung Knappschaft Bahn-See, August-Bebel-Straße 85, 03046 Cottbus;
E-Mail: hans-joachim.roettger@kbs.de
133. Rudolph, Marina, vdek-Landesvertretung Berlin, Axel-Springer-Straße 44-47, 10969 Berlin; E-Mail: marina.rudolph@vdek.com
134. Scharkus, Bettina, ARD Hauptstadtstudio, Wilhelmstraße 67a, 10117 Berlin
135. Schlapeit-Beck, Dagmar, Dr. phil., Dezernentin für Kultur und Soziales, Stadt Göttingen, Hiroshimaplatz 1-4, 37083 Göttingen;
E-Mail: d.schlapeit-beck@goettingen.de
136. Schlichting, Ruth, Landkreis Marburg-Biedenkopf, Im Lichtenholz 60, 35043 Marburg; E-Mail: schlichtingr@marburg-biedenkopf.de

137. Schmerer, K. Friedrich, Geschäftsführer, Heim gGmbH für medizinische Betreuung, Senioren und Behinderte, Lichtenauer Weg 1, 09114 Chemnitz
138. Schmidt, Doris, Teamleitung Altenhilfe und Gesundheitsförderung, DRK-Generalsekretariat, Carstennstraße 58, 12205 Berlin; E-Mail: schmidtd@drk.de
139. Schmidt, Ulla, Bundesministerin, Bundesministerium für Gesundheit, Friedrichstraße 108, 10117 Berlin
140. Schulze, Vivien, Gesellschaft für Prävention im Alter e.V., Brandenburger Straße 9, 39104 Magdeburg; E-Mail: info@pia-magdeburg.de
141. Schwanenflügel, von, Matthias, Dr., Bundesministerium für Gesundheit, Friedrichstraße 108, 10117 Berlin; E-Mail: matthias.schwanenfluegel@bmg.bund.de
142. Schweizer, Carola, *iso*-Institut Saarbrücken, Trillerweg 68, 66117 Saarbrücken; E-Mail: schweizer@iso-institut.de
143. Seifert, Ilja, Dr., MdB, Bundestagsbüro, Platz der Republik 1, 11011 Berlin; E-Mail: ilja.seifert@bundestag.de
144. Sendler, Jürgen, DGB-Bundesverband, Bereich Sozialpolitik, Henriette-Herz-Platz 2, 10178 Berlin; E-Mail: Juergen.Sendler@dgb.de
145. Siewert, Stefanie, Pflegestützpunkt Erkner, Neuzittauer Straße 15, 15537 Erkner; E-Mail: awo.abc-stelle@ewetel.net
146. Skowronek, Marleen, Deutscher Pflegerat e.V., Salzufer 6, 10587 Berlin; E-Mail: info@deutscher-pflegerat.de
147. Spilling, Frank, Stadtverwaltung Erfurt, Juri-Gagarin-Ring 150, 99084 Erfurt; E-Mail: frank.spilling@erfurt.de
148. Springfield, Holger, Diakonisches Werk der EKD e.V., Reichensteiner Weg 24, 14195 Berlin; E-Mail: springfeld@diakonie.de
149. Stahlberg, Martina, MDK Berlin-Brandenburg, Martin-Luther-Straße 3-7, 10777 Berlin; E-Mail: martina.stahlberg@mdk-bb.de
150. Stefan, Jürgen, Stadt Hamm - Sozialamt -, Amtsstraße 19, 59073 Hamm; E-Mail: stefan@stadt.hamm.de

151. Steiner, Iren, Dipl.-Psych., BELA-Fachkoordination, Randecker Maar Straße 16; 73266 Bissingen; E-Mail: steiner@iren-steiner.de
152. Tybussek, Kai, Rechtsanwalt/Prokurist, BDO Deutsche Warentreuhand AG, Konrad-Adenauer-Ufer 79-81, 50668 Köln; E-Mail: kai.tybussek@bdo.de
153. Übelein, Linda, Bundesministerium für Gesundheit, Friedrichstraße 108, 10117 Berlin; E-Mail: linda.uebelein@bmg.bund.de
154. Utecht, Karin, DRK-Landesverband Mecklenburg-Vorpommern, Wismarsche Straße 298, 19055 Schwerin; E-Mail: k.utecht@drk-mv.de
155. Vanis, Karin P., Redakteurin, Hauptstadtstudio ZDF, Unter den Linden 36-38, 10117 Berlin; E-Mail: Vanis.K.@zdf.de
156. Viol, Madeleine, Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen, Platz der Republik 1, 11011 Berlin; E-Mail: elisabeth.scharfenberg.ma03@bundestag.de
157. Vorholz, Irene, Dr., Deutscher Landkreistag, Ulrich-von-Hassell-Haus, Lennéstraße 11, 10785 Berlin; E-Mail: Irene.Vorholz@Landkreistag.de
158. Voß, K.-Dieter, Vorstand, GKV-Spitzenverband, Mittelstraße 51, 10117 Berlin; E-Mail: dieter.voss@gkv-spitzenverband.de
159. Walter, Helga, Vorstand, Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO) e.V., Bonngasse 10, 53111 Bonn; E-Mail: kontakt@bagso.de
160. Wasel, Peter, AWO Ida-Wolff-Pflegewohnheim, Juchaczweg 21, 12351 Berlin; E-Mail: peter.wasel@awo-pflegeretz.de
161. Weibler-Villalobos, Ursula, Dr., Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Rheinland-Pfalz, Albiger Straße 19d, 55232 Alzey
162. Weidenhaus, Petra, Deutsche Rentenversicherung Knappschaft Bahn-See, Galvanistraße 31, 60486 Frankfurt am Main; E-Mail: petra.weidenhaus@kbs.de
163. Welke, Antje, Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge, Michaelkirchstrasse 17/16, 10179 Berlin; E-Mail: welke@deutscher-verein.de

164. Wichert, Agnes, Senatorin für Arbeit, Frauen, Jugend, Gesundheit und Soziales, Bahnhofplatz 29, 28195 Bremen;
E-Mail: Agnes.Wichert@soziales.bremen.de
165. Wolf, Heike, Kommunaler Sozialverband Sachsen, Thomasiusstraße 1, 04109 Leipzig; E-Mail: heike.wolf@ksv-sachsen.de
166. Wolle, Martina, AOK Sachsen-Anhalt, Lüneburger Straße 4, 39106 Magdeburg; E-Mail: martina.wolle@san.aok.de
167. Wollenberg, Dieter, Dr., Referent für Altenhilfe, Pflege und Senioren, AWO Landesverband Brandenburg e.V., Kurfürstenstraße 31, 14467 Potsdam; E-Mail: dieter.wollenberg@awo-brandenburg.de
168. Woltering, Ursula, Stadt Ahlen, Leitstelle „Älter werden in Ahlen“, Westermauer 10, 59227 Ahlen; E-Mail: wolteringu@stadt.ahlen.de
169. Zentgraff, Ute, Der Paritätische Gesamtverband, Oranienburger Straße 13/14, 10178 Berlin; E-Mail: altenhilfe@paritaet.org
170. Zörkler, Maria, *iso*-Institut Saarbrücken, Trillerweg 68, 66117 Saarbrücken; E-Mail: zoerkler@iso-institut.de
171. Zückert, Andrea, ARD-Hauptstadtbüro, Wilhelmstraße 67a, 10117 Berlin