



Diakonie 
Deutschland



Altenhilfe weiterentwickeln und neu versichern - Herausforderungen für die Altenarbeit und -pflege in Deutschland

Positionspapier des Deutschen Caritasverbandes (DCV) und der Diakonie Deutschland mit ihren Fachverbänden Verband der katholischen Altenhilfe in Deutschland e.V. (VKAD) und Deutscher Evangelischer Verband für Altenarbeit und Pflege e.V. (DEVAP)

Die beiden christlichen Wohlfahrtsverbände - der Deutsche Caritasverband und die Diakonie Deutschland - sind seit über 100 Jahren in der Pflege von alten und kranken Menschen engagiert. 1899 setzte sich Lorenz Werthmann in der Caritas „mit Entschiedenheit für die Ausbildung der ländlichen Krankenpflegerinnen“ ein; ein wesentlicher Impuls im Bereich der Diakonie geht auf Amalie Sieveking zurück, die in den 1830er Jahren in Hamburg einen Verein der Kranken- und Armenpflege gründete. Die Anfänge der modernen Altenhilfe in den 1920er bzw. 1950er Jahren wurden wesentlich durch die konfessionellen Altenhilfefachverbände (die Vorgänger von DEVAP und VKAD) mitgestaltet.

Viele der Errungenschaften, die uns heute selbstverständlich erscheinen, mussten von den Verbänden politisch erkämpft und gestaltet werden - von der Einführung der Sozialstationen bis zur Durchsetzung einer sozialen Absicherung des Pflegerisikos in der Pflegeversicherung. An vielen Orten gelang es mit den Gliederungen von Caritas und Diakonie, die gesetzlichen Neuerungen und Möglichkeiten zum Wohle alter und pflegebedürftiger Menschen mit Leben zu füllen.

Es ist den konfessionellen Trägern ein besonderes Anliegen, mit ihrem Angebot sichtbar zu halten, dass eine gute Pflegeinfrastruktur die sozial Schwachen, die Menschen in entlegenen Dörfern und die Menschen mit besonderem Unterstützungsbedarf (z. B. am Lebensende) nicht vergessen darf.

Caritas und Diakonie stehen auch für eine faire und sachgerechte Entlohnung in der Altenhilfe mit tariflichen Vergütungen der Mitarbeitenden. Seit Jahrzehnten setzen wir uns für eine hochwertige berufliche Qualifizierung der in der Altenhilfe Tätigen ein. An unseren Fachschulen und Hochschulen wird durch Lehre und Forschung an der Qualifizierung und Weiterentwicklung der Altenhilfe gearbeitet.

Wir wollen auch zukünftig mit diesem am Gemeinwohl orientierten Profil erkennbar die Situation in der Pflege in Deutschland mitgestalten - als sozialer Dienstleister, als Anwalt der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen, als fairer und innovativer Partner unserer Mitarbeitenden und als Möglichkeitsraum für freiwilliges soziales Engagement für alte und kranke Menschen. Der demographische Wandel, die zunehmende Anzahl pflegebedürftiger Menschen und der gravierende Fachkräftemangel in der Pflege stellen dabei besondere Herausforderungen dar.



Diakonie 
Deutschland



Die unterzeichnenden Verbände sehen vor allem fünf große Aufgaben:

1. Sozialräumliche Sorgestrukturen vorhalten

Pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen sind auf ein unterstützendes, ressourcenförderliches Umfeld in ihrer Nachbarschaft und auf lokal verfügbare Unterstützungsleistungen angewiesen. Diese örtliche soziale Infrastruktur muss im Zusammenwirken der Akteure der Altenhilfe und professionellen Pflege, der Selbst- und Nachbarschaftshilfe und der kommunalen Daseinsvorsorge organisiert werden.

Eine zentrale Aufgabe der kommunalen Daseinsvorsorge ist die Gestaltung einer altersgerechten Infrastruktur, zu der die Schaffung seniorengerechter Wohnformen im Quartier, eine attraktive Dienstleistungs- und Behördenstruktur, die Förderung des öffentlichen Nahverkehrs, die Schaffung von Begegnungsräumen von Jung und Alt sowie von Angeboten der Kultur- und Freizeitgestaltung gehört. Dazu bedarf es einer umfassenden responsiven und partizipativen Planung und Kooperation im Sinne einer bedarfsgerechten Quartiers- und Stadtentwicklung. Als Träger von sozialer Infrastruktur kennen Caritas und Diakonie die Lebenswirklichkeit der (alten) Menschen und ihr soziales Umfeld; sie nehmen mit dieser Expertise eine unverzichtbare Funktion in den kommunalen Planungsprozessen und operativen Entscheidungen wahr und unterstützen diese zusätzlich mit ihrer zielgruppen- und generationenübergreifenden Perspektive.

2. Sorgende Gemeinschaften und zivilgesellschaftliches Engagement fördern

Gemeinwohlorientierung lebt von freiwilligem bürgerschaftlichen Engagement - gerade auch von und für ältere Menschen. Freiwilliges Engagement ermöglicht es, soziale Beziehungen zu stärken und der Vereinsamung im Alter entgegenzuwirken. Die Bereitschaft und Fähigkeit der Menschen im Sozialraum zur Übernahme von Verantwortung für ihre Mitmenschen kann durch Pflegedienste, aber auch ins Quartier geöffnete Pflegeeinrichtungen moderierend und unterstützend aktiviert werden. In der Betreuung pflegebedürftiger Menschen und ihrer Alltagsbegleitung und -gestaltung arbeiten Pflegeeinrichtungen und niedrighschwellige, von Nachbarschaftshilfe und ehrenamtlichem Engagement getragene Unterstützungsangebote sektorenverbindend eng zusammen. So können sorgende Gemeinschaften entstehen, die nachhaltig und zuverlässig Verantwortung für das Miteinander übernehmen - unterstützt u. U. auch durch neue (genossenschaftliche) Modelle des Wohnens und der Unterstützung im Alter.

Die Einbindung ehrenamtlichen Engagements in die professionelle Dienstleistungserbringung - als echter Mehrwert für die Pflegebedürftigen - sowie die Moderation und Aktivierung zivilgesellschaftlichen Engagements gehören zu den Kernaufgaben von Diakonie und Caritas. Mit den Grünen Damen und Herren, mit Freiwilligenagenturen und Seniorenkontaktbörsen bieten und erschließen die konfessionellen Träger von Einrichtungen der Altenhilfe Räume für konkretes Engagement.



Diakonie 
Deutschland



3. Bedarfsgerechte, flexible Angebote sektorenverbindender Pflege und Unterstützung entwickeln

Die steigende Zahl der pflegebedürftigen Menschen zeichnet sich durch eine sehr große Heterogenität der Lebensvorstellungen und der Unterstützungsbedarfe aus. Hinzu kommen wachsende regionale Unterschiede im Hinblick auf die demografische Entwicklung, die wirtschaftlichen und sozialstrukturellen Entwicklungen.

Mehr denn je ist für diese spezifischen unterschiedlichen Bedarfe ein System vernetzter Versorgungsformen erforderlich. Die bestehende Angebots- und Dienstleistungsstruktur für pflegebedürftige Menschen, die mehr als häusliche Pflege benötigen, aber nicht ins Pflegeheim übersiedeln wollen, ist auszubauen. Zu diesem differenzierten Angebot gehören Tagespflege, Nachtpflege und Kurzzeitpflege, Betreutes Wohnen, Wohngemeinschaften in Verbindung mit niedrigschwelligen Leistungen, mit Nachbarschaftshilfe, Mittagstisch und Freizeitangeboten. Auch medizinische und therapeutische Angebote gehören in diese Netzwerkstrukturen hinein. Sowohl für die Verhinderungspflege bei dringend erforderlicher Erholung der pflegenden Angehörigen als auch für die Nachsorge nach dem Krankenhausaufenthalt fehlt es an Plätzen. Die kirchlichen Wohlfahrtsverbände setzen sich für den Ausbau flexibler Angebote und solitärer Kurzzeitpflegeeinrichtungen ein, die nur auf der Grundlage einer verlässlichen Finanzierung entstehen können.

In diesem System von vernetzten Versorgungsformen wird die vollstationäre Pflege ein wichtiger Baustein in der Angebots- und Dienstleistungsstruktur für die Menschen bleiben, die diese Wohnformen wählen und / oder ihre Versorgungssicherheit benötigen. Ihre Konzeptionen gilt es zielgruppenbezogen weiterzuentwickeln.

Um den zukünftigen steigenden Pflege- und Betreuungsbedarf abdecken zu können, braucht es auch neue, innovative Angebote, die den Bedürfnissen von älteren, hilfs- und pflegebedürftigen Menschen und deren Angehörigen entsprechen. Dabei bedarf es einer Weiterentwicklung des Leistungs- und des Ordnungsrechts, um abgestufte Begleitungs-, Wohn- und Versorgungsformen im Bereich zwischen den vollstationären Pflegeangeboten einerseits und den ambulanten Pflegediensten andererseits zu entwickeln.

Die Rahmenbedingungen für die ambulanten Wohnsettings müssen so geändert werden, dass eine Versorgungskontinuität bei einem sich verändernden bzw. zunehmenden Hilfe- und Pflegebedarf möglich ist. Gleichzeitig müssen aber auch die verlässlichen Unterstützungsleistungen die Selbstbestimmung und Selbständigkeit der pflegebedürftigen Menschen fördern. Hierzu gehört auch, dass die Leistungen der Pflegeversicherung einfacher, übersichtlicher und flexibler gestaltet werden müssen, als dies heute der Fall ist. Sie müssen passgenau auch den Bedürfnissen alleinstehender Menschen Rechnung tragen, die nicht mit der Unterstützung von Familienangehörigen rechnen können. *Live-In-Care* bedarf als ergänzendes individuelles Angebot einer ausreichenden Qualifizierung. Die Leistungen der Pflegeversicherung müssen geeignet sein, die Hauptpflegeperson zu unterstützen, zu entlasten und ökonomisch abzusichern, wenn diese die wesentliche Verantwortung für die Pflege



Diakonie 
Deutschland



übernimmt. Die Pflegekassen sollen die Arbeit in quartiersbezogenen Netzwerken fördern, die im kommunalen Raum entwickelt werden.

4. Pflegeversicherung weiterentwickeln

Die Einführung der Pflegeversicherung zielte darauf, das Risiko der Pflegebedürftigkeit eigenständig abzusichern und dabei die zusätzliche Belastung der Beitragszahler sowie die öffentliche Finanzierung in einem engen Rahmen zu halten. Um dies zu gewährleisten, sollten die Leistungen der Pflegeversicherung von vornherein nur ergänzenden Charakter haben. Die Pflegeversicherung ist als Teilleistungssystem konzipiert und dient einer teilweisen Entlastung der Versicherten von den pflegebedingten Kosten. Reichen die Eigenmittel des Versicherten trotz der Leistungen der Pflegeversicherung nicht aus, erhalten diese subsidiär Leistungen der Sozialhilfe.

Aufgabe der Sozialversicherung ist es, das jeweilige Lebensrisiko, in diesem Fall das Risiko der Pflegebedürftigkeit, für die Bürgerinnen und Bürger auf ein kalkulierbares Maß zu reduzieren. Das gelingt bei der Pflegeversicherung nicht umfassend. Die tatsächlichen durchschnittlichen pflegebedingten Kosten liegen in allen Pflegestufen in der vollstationären Pflege deutlich über den Leistungssätzen der Pflegeversicherung. Dies hat sich auch mit den im PSG II eingeführten einrichtungseinheitlichen Eigenanteilen nicht geändert. Jede Qualitätsentwicklung muss in dieser Logik von den pflegebedürftigen Menschen bzw. subsidiär vom Sozialhilfeträger finanziert werden. In der stationären Pflege schlägt sich dies in den steigenden Eigenanteilen nieder, in der ambulanten Pflege bedeutet es höhere Zuzahlungen oder eine Reduktion der Leistungszeiten für die Versicherten.

Eine Vereinbarkeit von häuslichen familiären Pflegeaufgaben mit einer Vollzeit-Berufstätigkeit ist kaum möglich, insbesondere wenn der Pflegebedarf nach und nach ansteigt. Die Hauptpflegepersonen sind daher oft genötigt, ihre Berufstätigkeit (schrittweise) zu reduzieren oder ganz aufzugeben. Die familienergänzenden Leistungen und auch die Beiträge für die Alterssicherung dieser Pflegepersonen erweisen sich heute als unzureichend, weil sie die Hauptpflegeperson wirtschaftlich nicht ausreichend absichern.

Die Pflegeversicherung wird als Soziale Pflegeversicherung aus einkommensabhängigen Beiträgen analog zur Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) finanziert. Die Beiträge sind - wie auch die Leistungen - gesetzlich festgeschrieben.

Die skizzierten Beschränkungen sind der Bedeutung des Risikos der Pflegebedürftigkeit in einer Gesellschaft des langen Lebens nicht angemessen.

Es bedarf deshalb einer grundlegenden Weiterentwicklung in der Pflegeversicherung. Die Pflegeversicherung muss in Richtung einer „echten Pflege(teil)kaskoversicherung“ zu einer vollgültigen fünften Säule der Sozialversicherung ausgebaut werden, die den Selbstbehalt begrenzt. Die Pflegesachleistungen sollen dabei auch zukünftig nicht den gesamten Bedarf



Diakonie 
Deutschland



decken, der im Zusammenhang mit der Pflegebedürftigkeit entsteht (z. B. die Kosten für Unterkunft und Verpflegung im Pflegeheim).

Da das Risiko der Pflegebedürftigkeit gesamtgesellschaftlich steigt, werden auch die Beiträge zur Pflegeversicherung steigen müssen. Ergänzend ist u. U. der Einsatz von Steuermitteln zu prüfen.

Die skizzierten Veränderungen in der Pflegeversicherung müssen in einem gesamtgesellschaftlichen Diskurs erörtert werden, um zu einer Lastenverteilung zu gelangen, die als gerecht und effizient empfunden wird. In diesem Zusammenhang ist auch über eine andere Beitragssystematik für die Gesetzliche Pflege- und die Gesetzliche Krankenversicherung zu diskutieren, wie z. B. die Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze und der Pflichtversicherungsgrenze oder über eine Zusammenführung von gesetzlicher und privater Pflegeversicherung.

Diese Diskussion wollen wir nicht unter dem Vorzeichen zunehmender „Belastung“ führen, sondern unter der Überschrift der Arbeit an einer humanen Gesellschaft, wobei die Investitionen in die Pflege nicht nur den Pflegebedürftigen zugutekommen, sondern auch vielfältige positive Beschäftigungseffekte und binnenwirtschaftliche Nachfrage erzeugen.

5. Länder und Kommunen in die Verantwortung nehmen

Gute Altenpflege wird möglich, wenn die pflegebedürftigen Menschen und ihre An- und Zugehörigen im Bedarfsfall auf verlässliche und bezahlbare Dienstleistungen und Einrichtungen in ihrem näheren Umfeld zurückgreifen können. Diese Rahmenbedingungen zu schaffen, ist Aufgabe der Bundesländer und der Kommunen.

In die Verantwortlichkeit der Bundesländer fällt insbesondere die Förderung der baulichen Infrastruktur. In den letzten Jahren ist die Investitionsförderung für Pflegeeinrichtungen zur Ausnahme geworden. Entsprechend haben sich die Investitionskosten als Bestandteil der Heimentgelte für die pflegebedürftigen Menschen stark verteuert. Diese Entwicklung muss umgekehrt werden. Es geht um eine Förderung von zeitgemäßen teil- und vollstationären Einrichtungen entsprechend dem regionalen Bedarf. Die Mobilisierung privaten Kapitals der Bürgerinnen und Bürger vor Ort, die über Jahrhunderte durch Stiftungen, Bruderschaften, Vereine und Kirchengemeinden für die Pflege geleistet wurde, ist neu in den Fokus zu nehmen. Solche Institutionen sorgen z. B. durch Schenkung von Grundstücken bis heute dafür, dass die Investitionskosten gemeinnütziger und öffentlicher Träger im Schnitt unter denen privatgewerblicher Anbieter liegen. Die Förderung von Genossenschaften, Stiftungen und anderen gemeinnützigen Investitionsformen für die Altenpflege ist neu zu beleben und zu fördern.

Die Aufgaben der Kommunen beschränken sich nicht auf die Hilfe zur Pflege, sondern beziehen sich auf das Leben der älteren Generation im Ganzen. Bislang werden diese Aufgaben weithin als freiwillige Leistungen angesehen. Angesichts des demografischen Wandels



Diakonie 
Deutschland



ist die Altenhilfe künftig als eine prioritäre Aufgabe der Kommune anzusehen. Durch die vorgeschlagene Pflegevollversicherung mit festen Eigenanteilen werden die Kommunen bei der Hilfe zur Pflege finanziell beträchtlich entlastet. Diese Mittel sollten zum Aufbau einer neuen kommunalen Altenhilfe- und zur Infrastrukturförderung eingesetzt werden.

In diesem Zusammenhang sollte der Kommune die Aufgabe der Altenhilfeplanung zugeordnet werden, mit der u. a. die vom Land zu fördernde pflegerische Infrastruktur gestaltet werden kann. Dies umfasst auch eine sektorenübergreifende Planung von medizinischen und pflegerischen Bedarfen auf kommunaler, regionaler und Landesebene. Eine Pluralität der Anbieter sichert das Wunsch- und Wahlrecht der Betroffenen. In die Landespflegeausschüsse sind auch die Wohlfahrtsverbände und Betroffenenorganisationen verpflichtend mit einzubinden.

Den Ländern kommt in besonderer Weise die Verantwortung zu, für die Entwicklung gleichwertiger Lebensverhältnisse in den Kommunen und Regionen Sorge zu tragen, auch im Hinblick auf die bedarfsgerechte Versorgung alter und pflegebedürftiger Menschen. Gebraucht wird eine Infrastruktur, die Teilhabe alter und pflegebedürftiger Menschen unterstützt und soziales Engagement fördert. Hierzu gehört auch ein bedarfsgerechter und angeglichener Personaleinsatz in Pflegeeinrichtungen, der Mitarbeiter/innen und Menschen mit Pflegebedarf aus fachlicher und ethischer Perspektive hinreichend unterstützt.