

Diakonie 

Diakonisches Werk der
Evangelischen Kirche von
Westfalen

Auch in

Zukunft

**würdig
pflegen!**

Inhalt

Vorwort	5
Stellungnahme: Auch in Zukunft würdig pflegen	7
Jürgen Boeckh/Ernst-Ulrich Huster: Entwicklungsperspektiven im Bereich Pflege und Gesundheit	13
Stichwort: Evangelische Altenhilfe in Westfalen	26
Ausgewählte Hinweise	28
Der Theologisch-Sozialpolitische Ausschuss des Diakonischen Werkes der Evangelischen Kirche von Westfalen	30

Die 14. Westfälische Landessynode befasste sich auf ihrer 2. (ordentlichen) Tagung im November 2001 mit dem Thema „Pflegetotstand“ und bat die Kirchenleitung, hierzu eine Stellungnahme zu erarbeiten und diese auf allen kirchlichen, diakonischen und politischen Ebenen einzubringen. Daraufhin beauftragte die Kirchenleitung den Theologisch-Sozialpolitischen Ausschuss des Diakonischen Werkes der Evangelischen Kirche von Westfalen, ein solches Positionspapier zu erstellen. Dies traf sich mit dem Interesse des Diakonischen Werkes, diesbezüglich thematisch einen Schwerpunkt zu setzen.

Die aus diesen Vorüberlegungen erwachsene, im Theologisch-Sozialpolitischen Ausschuss erarbeitete Stellungnahme „Auch in Zukunft würdig pflegen!“ wird hiermit der kirchlich-diakonischen und politischen Öffentlichkeit vorgelegt. Sie zielt darauf ab, eine theologisch-sozialethische Grundlegung für einen Handlungsbereich zu bieten, der die sozialpolitische Diskussion der Gegenwart vielfältig bestimmt und in naher Zukunft noch stärker bestimmen wird.

Bei seinen Diskussionen um die Weiterentwicklung der Pflege hat sich der Theologisch-Sozialpolitische Ausschuss vom zugespitzten, holzschnittartigen Begriff des „Pflegetotstands“ bewusst gelöst – ohne dass hiermit der Ernst der Situation in der Pflege verharmlost werden soll. Die Stellungnahme des Ausschusses steht im Zusammenhang mit vielfältigen Kampagnen, Aktionen vor Ort, Demonstrationen und Initiativen, mit denen sich Diakonie, Kirche und Freie Wohlfahrtspflege gemeinsam mit Betroffenen und Mitarbeitenden seit Jahren für Verbesserungen im Gesundheitssystem einsetzen.

So gingen 15.000 Menschen bereits im Mai 2000 in Bochum auf die Straße, um gegen die Diskriminierung Altersverwirrter zu protestieren. Bei ihrer „Kampagne für Pflege“ im Jahr 2002 haben die Wohlfahrtsverbände in Nordrhein-Westfalen mit starker Beteiligung von Diakonie und Caritas mehr als 100.000 Unterschriften für ihre „Resolution zur Zukunft der Pflege“ gesammelt und dem Landtag überreicht. Die Diakonischen Werke etlicher Landeskirchen, so Schleswig-Holstein, Hamburg, Hessen-Nassau und Kurhessen-Waldeck, führten in jüngster Zeit Kampagnen zur „Pflegetot“ oder zur „Pflege in der Krise“ durch, um deutlich zu machen, dass der pflege-

bedürftige wie auch der pflegende Mensch im Mittelpunkt stehen müssen, wenn ein Gesundheitssystem aufrechterhalten werden soll, das der Würde des Menschen gerecht wird. Die ökumenische „Woche für das Leben“ 2001 formulierte den Leitsatz „Menschen würdig pflegen“. Ein Jahr später veröffentlichte die Evangelische Arbeitsgemeinschaft für Altenarbeit in der EKD (EAfA) das Positionspapier „Alter und ältere Menschen in Kirche und Gesellschaft“. In Westfalen stand das Thema „Alt werden in unserer Gesellschaft“ im Frühjahr 2003 im Mittelpunkt der jährlichen Tagung von Mitgliedern der westfälischen Kirchenleitung mit Politikerinnen und Politikern aus Nordrhein-Westfalen.

Die Stellungnahme des Theologisch-Sozialpolitischen Ausschusses skizziert in kurzen Worten die Herausforderung der alternden Gesellschaft für die Gestaltung des Gesundheits- und Sozialsystems der Zukunft. Sie betont die von Gott gegebene Würde des Alters als Ausgangs- und Zielpunkt praktisch-pflegerischer Hilfe für alte Menschen. Sie benennt den Beitrag von Kirche und Diakonie zum Aufbau eines angemessenen Versorgungssystems und nimmt wesentliche Faktoren in den Blick, die dazu geführt haben, dass die Pflege in die Krise geraten ist. Hieraus ergeben sich Fragen, die für erste Schritte zur Neuorientierung besonders wichtig sind und die dazu anregen sollen, die bisherigen Prioritäten kirchlich-diakonischer Arbeit zu überprüfen.

Der Stellungnahme wird der Aufsatz von Jürgen Boeckh und Ernst-Ulrich Huster angefügt, der über Zahlen, Fakten und Entwicklungstendenzen des deutschen Pflege- und Gesundheitssystems informiert.

Im Anschluss an diesen Fachbeitrag werden Grunddaten zur evangelischen Altenhilfe in Westfalen-Lippe zusammengestellt und kurze Materialhinweise gegeben.

Stellungnahme: Auch in Zukunft würdig pflegen!

Die alternde Gesellschaft als zentrale Herausforderung

Schätzungen zufolge wird in Deutschland zwischen 2000 und 2050 die Zahl der über 80-Jährigen von heute 2,9 Millionen auf 7,9 Millionen Menschen steigen; in Prozentzahlen ausgedrückt erhöht sich der Anteil von heute vier Prozent der Bevölkerung auf elf bis zwölf Prozent in 50 Jahren. Dieser demographische Wandel führt – verbunden mit einer ständig sinkenden Geburtenrate – zu einem völlig neuen Bevölkerungsaufbau in Deutschland: Immer mehr alte Menschen leben mit immer weniger jungen gleichzeitig.

Die daraus resultierende Ausgangssituation ist sowohl positiv als auch negativ wahrzunehmen: Die Verlängerung der Lebensphase des Alters eröffnet viele Möglichkeiten, die in der Vergangenheit für alte Menschen nicht gegeben waren; sie führt aber auch dazu, dass immer mehr Hochbetagte zunehmend auf Unterstützung angewiesen sind und diese nur noch bedingt erhalten. Beide Entwicklungstendenzen müssen berücksichtigt werden, wenn die Zukunft des Sozialstaates menschenwürdig und realistisch gestaltet werden soll. Hierin liegt die zentrale Herausforderung für das Gemeinwesen unserer Gegenwart.

Last des Alters?

Älter-Werden und Alt-Sein sind keineswegs ausschließlich Belastungsgrößen. Und doch gibt es die Rede von der „Last des Alters“; sie taucht verständlicherweise immer dort auf, wo Überforderung Raum greift oder Ängste vor Überforderung entwickelt werden. In diesem Zusammenhang ist dann schnell die Rede von „Überalterung“, „Vergreisung“ und der sogenannten „Altenlawine“. An dieser Stelle kommt auf Kirche und Diakonie ein doppelter Auftrag zu: Sie haben sich gegen sprachlich vermittelte Abwertungen des Älter-Werdens beziehungsweise Alt-Seins zu wenden und gleichzeitig dafür Sorge zu tragen, dass die Lebenssituation alter Menschen und der sie unterstützenden jüngeren so gestaltet sind, dass Lasten gemeinsam getragen werden können und so Entlastung möglich wird („Einer trage des anderen Last, so werdet ihr das Gesetz Christi erfüllen.“ Gal. 6,2). Im Hintergrund steht dabei die biblische Grundüberzeugung, dass

menschliche Existenz tragfähige Beziehungen benötigt, um Alltagsleben mit seinen vielfältigen Anforderungen bewältigen zu können.

Würde des Alters und der Pflege!

Betrachtet man menschliches Leben unter theologischen Gesichtspunkten, ist es insbesondere im Blick auf seine „Würdefähigkeit“ beziehungsweise „Würdigkeit“ zu beleuchten. Dabei darf nicht außer Acht gelassen werden, dass Würde stets von außen kommt und niemals von bestimmten (inneren) Eingangs- oder Ausgangsvoraussetzungen eines einzelnen Menschen abgeleitet werden darf: Die Würde aller Menschen ist – theologisch gesprochen – eine gottgegebene Größe und als solche Gabe und Aufgabe zugleich: Gott spricht „Ja“ zu seinen Menschen und verleiht durch die damit geäußerte Zuwendung grundsätzlich begrenzter menschlicher Existenz besonderes „Gewicht“ (Würde heißt im Hebräischen „kabod“, was so viel wie „Schwere“ bedeutet.) Er schenkt und würdigt menschliches Leben durch liebende Annahme und besiegelt die Zusage seiner lebensschaffenden Nähe durch den Kreuzestod und die Auferweckung Jesu Christi, die Maßstäbe für den christlichen Umgang mit allen Menschen – gleich welchen Alters – vermitteln. Vor diesem Hintergrund sind alle Altersstufen im menschlichen Lebenslauf (auch das Alter!) als „Würdestufen“ zu betrachten und dementsprechend würdig zu begleiten: Alte und Junge müssen begreifen, dass Begrenztheit und Hilfebedürftigkeit grundsätzlich zum Menschsein dazugehören. Dennoch ist die Gefahr, dass Alter und Altsein primär als Last empfunden werden, vorhanden. Ihr kann durch eine doppelte Maßnahme begegnet werden: Ältere und alte Menschen müssen dazu befähigt werden, Begrenztheit und Hilfebedürftigkeit nicht ausschließlich negativ zu sehen und Hilfeangebote anzunehmen, und jüngere beziehungsweise junge Menschen müssen in die Lage versetzt werden, adäquate Hilfeangebote zu machen.

Wo das eingelöst ist, wird würdige Pflege möglich, das heißt eine Pflege, die die umfassenden körperlichen, psychischen, geistigen, sozialen, kulturellen und religiös-spirituellen Bedürfnisse des „ganzen Menschen“ wahrnimmt und diese berücksichtigt. Auf diese Weise entsteht eine Grundhaltung, die dazu beiträgt, Menschen im Alter in deren Würde aktiv zu bewahren. Sie ermöglicht es, dass alte Menschen im Pflegealltag als Wesen in Beziehung wahrgenommen und behandelt werden und dass sie dabei nicht ausschließlich als Bedürftige und als Empfangende, sondern auch als Gebende zu sehen sind. Gerade alte Menschen fördern durch ihr So-Sein die Menschlichkeit in unserer Gesellschaft.

Der Beitrag von Kirche und Diakonie

Als Trägerinnen kirchlicher Einrichtungen der Altenhilfe leisten Kirche und Diakonie einen wesentlichen und unverzichtbaren Beitrag zur Verwirklichung des theologisch und sozial begründeten Menschenrechts auf angemessene Versorgung Hilfebedürftiger.

Gegründet auf ihr christliches Ethos gestalten sie das Pflege- und Gesundheitswesen aktiv mit. Gemeinsam mit ihren Partnern in Staat und Gesellschaft bemühen sie sich darum, optimale humanitäre, fachliche, organisatorische und ökonomische Standards zu entwickeln und zu realisieren.

Das hat konkrete Auswirkungen auf unterschiedliche Bereiche des kirchlich-diakonischen Dienstes: Die Verkündigung berücksichtigt die besondere Situation alter Menschen und ihrer Angehörigen. Die Gemeinden nehmen ihren Auftrag, Alte zu begleiten und zu unterstützen, qualifiziert wahr; sie übernehmen zum Beispiel Mitverantwortung für die Schaffung und Erhaltung von Pflegeeinrichtungen, in denen Menschen sich im Alter wohlfühlen können. Insgesamt wird mit dem Einsatz für Ältere dem anwaltschaftlichen Prinzip entsprochen und damit dem kirchlich-diakonischen Auftrag Rechnung getragen, Schwache zu vertreten und das Gemeinwesen zu stärken.

Pflege in der Krise

Die Pflegeversicherung hat als zusätzliche Säule im System der sozialen Sicherung zunächst zwar spürbare Verbesserungen mit sich gebracht, erweist sich aber angesichts zunehmender Finanzierungsprobleme beim Pflegerisiko als ein Instrument, das auf Dauer nicht dazu ausreichen wird, die vielfältigen auszumachenden Probleme zu lösen. Hier besteht eindeutig Veränderungsbedarf, denn: Der somatisch verengte Pflegebegriff, der den rechtlichen Rahmenbedingungen zu Grunde liegt, ist unzureichend und unangemessen. Die Zahl demenzkranker, stark betreuungsbedürftiger Menschen steigt; Altenheime entwickeln sich zu gerontopsychiatrischen Einrichtungen. Dies verändert die beruflich-fachlichen und menschlichen Anforderungen an die Pflegekräfte; es werden mehr Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für die Pflege benötigt als gegenwärtig vorhanden sind, die Arbeitssituation wird von den Pflegekräften dementsprechend häufig als belastend empfunden. Die Pflegewissenschaft in Deutschland muss weiter ausgebaut werden. Die Altenheim-Architektur entspricht in vielen Fällen

nicht dem, was die Umsetzung angemessener Pflegekonzepte eigentlich erfordert. Die berechtigten Ansprüche alter und pflegebedürftiger Menschen auf Selbstbestimmung werden in vielem nicht eingelöst.

Zentrale Fragen zur Zukunft der Pflege

Die Herausforderung der Bevölkerungsentwicklung bildet in vielfältiger Hinsicht eine Anforderung an das kirchliche Engagement und die diakonische Praxis in Pflege, Behindertenhilfe, Krankenhilfe und Altenhilfe. Jenseits von Skandalisierung und Krisenrhetorik müssen die statistisch absehbaren Entwicklungstendenzen in der Gesellschaft, speziell in den Familien und in ihren Hilfesystemen, nüchtern zur Kenntnis genommen und reflektiert werden. Dabei entsteht eine Vielzahl von Fragen. Kirche und Diakonie sollten sie als Lebensfragen wahrnehmen und zielgerichtet dazu beitragen, dass ihnen im kirchlichen und im gesamtgesellschaftlichen Raum die Aufmerksamkeit verschafft wird, die ihnen tatsächlich zukommt. Widersprüchlichkeiten, Zwänge und Handlungsspielräume müssen in den dabei entstehenden Prozessen erkannt, ausgelotet und in Bezug auf ihre Zukunftsbedeutung gewichtet werden.

Die dringend notwendige Beantwortung der Fragen ist gemeinsame Zukunftsaufgabe und gehört als solche ebenso auf die Tagesordnung von Synoden wie auf die politischer Gremien. Einfache Antworten können hier wegen der Komplexität der Fragestellungen nicht gegeben werden, es geht aber darum, erste Richtungsanzeigen zu formulieren.

- Was kann der Sozialstaat noch oder nicht mehr leisten?
- Wie viel sind Staat und Gesellschaft bereit, für eine menschengerechte, würdige Pflege zu zahlen?
- Welche Potenziale von Selbstbestimmung und Selbstverantwortung sind bei hilfebedürftigen Menschen vorhanden, und wie können sie sinnvoll aufgenommen und gestärkt werden?
- Wie lassen sich die vorhandenen, zweifellos noch optimierbaren Ressourcen zielgerichteter einsetzen?



Aktuell gibt die EKD-Studie „Soziale Dienste als Chance“ 2002 erste Orientierungen zur Fortentwicklung der sozialen Dienste innerhalb und außerhalb der Diakonie.

Es ist zu prüfen, ob die gegenwärtige Finanzierung über die Pflegeversicherung zu ergänzen ist durch eine zusätzliche Steuerfinanzierung beziehungsweise die Verbreiterung der Beitragspflicht.

Insgesamt ist die Zielgenauigkeit des Sozialsystems zu verbessern.

- Wie müssen ambulante, stationäre und vernetzte Systeme der Hilfe gestaltet sein, die finanzierbar, bedürfnisgerecht und zukunftsfähig sind?
- Wie lässt sich dem Fachkräftemangel in der Pflege begegnen?



Die Veränderung der Bewohnerstruktur ist dabei besonders zu berücksichtigen. Die Bewohner werden immer älter, der Grad der Pflegebedürftigkeit wird tendenziell immer höher.

Die Pflegeberufe müssen mehr öffentliche Anerkennung erfahren, die bisher getrennten Ausbildungen müssen zusammengefasst werden.

Der somatisch verengte Pflegebegriff des Sozialgesetzbuches (SGB XI) muss im Sinne dieser Stellungnahme substantiell erweitert werden.

- Welchen Beitrag kann man realistischerweise von Ehrenamt, Familien- und Nachbarschaftshilfe im Zeitalter der Individualisierung und der damit verbundenen Veränderung von Familienstrukturen erwarten?
- Wie viel ist jeder einzelne Bürger, jede einzelne Bürgerin bereit, für eine menschengerechte Pflege zu zahlen?



Die Bereitschaft, sich begrenzt und konkret zu engagieren, muss abgerufen werden; dabei können die Kirchengemeinden eine besondere Rolle übernehmen. Allerdings kann fachliche Hilfe nicht durch Ehrenamt ersetzt werden.

- Welchen Stellenwert hat die menschengerechte Pflege hochbetagter, vor allem auch dementer Menschen in Kirche und Gesellschaft?
- Welchen Eigenbeitrag wollen und können Kirche und Diakonie leisten?
- Und welchen Eigenbeitrag wollen und können Christen und Christinnen als einzelne einbringen?

! Hochbetagte sind Gemeindeglieder, auch wenn sie im Altenheim leben, ebenso ihre Angehörigen. Kirchengemeinden sind ein Ort, an dem alte Menschen akzeptiert werden, Unterstützung finden und in das Gemeindeleben zu integrieren sind. Daran müssen sich Christinnen und Christen in ihrem Reden und Handeln messen lassen.

Schritte zur Neuorientierung

Durch die alternde Gesellschaft sind Kirche und Diakonie dazu aufgefordert, neue Prioritäten für ihre sozialen und pflegerischen Dienste zu entwickeln. Die vorliegende Stellungnahme kann und soll nur ein erster Schritt von vielen weiteren, notwendigen Schritten in die so gewiesene Richtung der Neuorientierung sein. Sie möchte deutlich machen: Alte Menschen dürfen nicht als Kostenfaktoren verrechnet werden, sondern sind entsprechend ihrer von Gott verliehenen Würde wahrzunehmen und zu behandeln – im hier gegebenen Zusammenhang heißt das: Alte Menschen brauchen eine würdige Pflege; sie sind auch in Zukunft würdig zu pflegen!

Entwicklungsperspektiven im Bereich Pflege und Gesundheit

Jürgen Boeckh/Ernst-Ulrich Huster

Die Entwicklung des deutschen Sozialstaates war lange Zeit durch einen **breiten gesellschaftlichen Konsens** darüber gekennzeichnet, dass *allen* Bürgerinnen und Bürgern im Krankheitsfall die zur Heilung bzw. Linderung der Erkrankung notwendigen Dienst- und Sachleistungen zur Verfügung gestellt werden sollen. Dieses Ziel kann aber nur erreicht werden, wenn die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen nicht von der materiellen Situation des Einzelnen abhängig gemacht wird. Nach etwa zwanzigjähriger kontroverser sozialpolitischer Debatte wurde dieser Konsens auch auf den Bereich Pflege ausgeweitet. Mit Verabschiedung des Gesetzes zur Einführung der Pflegeversicherung 1994 und dessen Wirksamwerden 1995/96 ist eine deutliche Verbesserung bei der Versorgung, Finanzierung und Organisation erreicht worden.

Die gesetzliche **Absicherung des Risikos Pflegebedürftigkeit** war eine Reaktion auf zwei gesellschaftliche Tendenzen: Zum einen steigt die Zahl der Hochbetagten und/oder chronisch Kranken in unserer Gesellschaft. Dies hängt einmal damit zusammen, dass nicht nur die durchschnittliche Lebenserwartung weiter zunimmt, sondern dass mit dem Erreichen eines hohen Lebensalters auch die Chance wächst, noch älter zu werden. Anfang der 1990er Jahre hat es in Deutschland rund 1,7 Mio. Pflegebedürftige gegeben, etwa 420.000 davon lebten in Heimen. Bis zum Jahr 2010 wird mit einem zahlenmäßigen Anstieg auf 2,3 Mio. Personen (davon 1,6 Mio. ambulant und teilstationär sowie 0,7 Mio. vollstationär), bis zum Jahr 2020 sogar auf 2,9 Mio. Personen gerechnet (2 Mio. ambulant und teilstationär sowie 0,9 Mio. vollstationär). Zum anderen verringert sich aber kontinuierlich die Zahl derer, die – sei es im familiären Verbund, sei es als Nachbarn – in der Lage sind, die Pflege gewissermaßen „nebenbei“ mit zu erledigen.

Dies war mit erheblichen finanziellen Aufwendungen verbunden, zumal sich etwa die Renten und die Kosten für stationäre Pflege höchst ungleich entwickelt hatten: Zwischen 1980 und 1993 – also vor Einführung der Pflegeversicherung – sind die durchschnittlichen Renten – nominal – nur um 32 Prozent, die Kosten für einen Pflegeplatz aber um 57 Prozent gestiegen, so dass immer mehr

pflegebedürftige Rentner/innen **Hilfen zur Pflege** im Rahmen der Sozialhilfe in Anspruch nehmen müssen, 1993 waren dies 660.000 Personen, davon 394.000 in stationären Einrichtungen. Die Kommunen als Träger der Sozialhilfe waren folglich mit ständig steigenden Kosten belastet, die ihren Handlungsspielraum bei anderen kommunalen sozialen Aufgaben in erheblichem Maße einengten. Die kommunale Sozialhilfe ist als Ausfallbürge für die Risiken geschaffen worden, die nicht standardisierbar und deshalb von den Regel-sicherungssystemen nicht erfassbar sind, nicht aber für eine existenz-minimale Grundsicherung von Standardrisiken wie etwa der Pflege-bedürftigkeit. Auch wenn ein Teil dieser Ausgaben durch Ein-nahmen (etwa: Kostenersatz von Angehörigen und/oder bei Erbschaften) wieder ausgeglichen wurde, haben die Kommunen gleichwohl den größten Teil der Aufwendungen für stationäre Pflege zu tragen.

Im Jahr 2000 bezogen 1,3 Mio. Personen **Leistungen für ambulante** und 561.000 Personen **Leistungen für stationäre Pflege** im Rahmen der Pflegeversicherung, zusammen also 1,8 Mio. Personen. Dieses hat insbesondere die Sozialhilfeträger von Kosten entlastet, gleich-zeitig verblieben erhebliche Kosten bei den privaten Haushalten, weil etwa bei stationärer Unterbringung die sog. „Hotelkosten“ (Unterkunft und Verpflegung) von dem Pflegebedürftigen zu bezahlen sind. Der Versuch des Gesetzgebers jedoch, den Beitragssatz in Höhe von 1,7 Prozent des Bruttoeinkommens festzuschreiben – hälftig von Arbeitnehmern und Arbeitgebern, bei bestimmten Personengruppen durch den Staat oder andere Träger aufgebracht – schafft neue Probleme. Angesichts des Fortschritts bei der Finanzierung des Pflegerisikos wurde es mit Blick auf die öffentliche Kassenlage sowie auf die allgemeine wirtschaftliche Entwicklung unterlassen, aktuelle und zukünftige Risikoentwicklungen und Pflegebedarfe weiterhin zufriedenstellend zu regeln.

Dies führt bereits heute wieder zu Mehrbelastungen vor allem der kommunalen Haushalte. Nachdem zwischen 1995 bis 1998 die Zahl der Personen, die im Rahmen der Hilfe zur Pflege aus der Sozialhilfe Unterstützung bezogen von 573.600 auf 289.000 gesunken war, stieg 1999 deren Anteil erstmals wieder an, und zwar besonders in Einrichtungen.

In erster Linie liegt dies daran, dass die Pflegebedürftigkeit im Rah-men der Sozialhilfe weiter gefasst wird als in der Pflegeversicherung und deren Leistungen – gerade im stationären Bereich – deutlich unter den anfallenden Pflegekosten liegen. Der Verzicht auf eine

Hilfen zur Pflege (im Berichtsjahr insgesamt)

Jahr	In Einrichtungen <i>Index 1994 = 100</i>	Außerhalb von Einrichtungen <i>Index 1994 = 100</i>	Insgesamt <i>(Bei Bezug beider Leistungsarten nur Einfachzählung)</i>	Index <i>1994 = 100</i>
1994	330.429	100,0	238.792	100,0
1995	364.773	110,4	213.936	101,8
1996	332.823	100,7	94.537	75,7
1997	241.586	73,1	87.539	58,3
1998	204.882	62,0	85.387	51,3
1999	228.886	69,3	81.941	55,0
2000	245.680	74,4	79.558	57,5

Quelle: Statistisches Bundesamt, Sozialleistungen, Fachserie 13, Reihe 2 Sozialhilfe div. Jahrgänge; eigene Zusammenstellung und Berechnung

automatische Dynamisierung in der Pflegeversicherung führt so schon allein durch die tarifbedingten Personalkostensteigerungen zu einer wachsenden Unterdeckung zwischen Pflegekosten und Versicherungsleistungen. Im Bereich der ambulanten Versorgung schlägt sich dieser Effekt ebenso nieder wie bei den pflegenden Angehörigen, deren Eigenanteile an den Pflegeleistungen durch allgemeine Kostensteigerungen stetig wachsen.

Die demographische Entwicklung lässt für die Zukunft eine dynamische Nachfrageentwicklung im Bereich der Pflegeversicherung erwarten. Nach Berechnungen des DIW wird bis 2020 die Zahl der Heimbewohner um 57 Prozent, die der ambulanten Pflegefälle um 50 Prozent steigen. In dem Maß wie außerfamiliäre Versorgungsformen an Bedeutung gewinnen, wird also die Kostenbelastung der Pflegeversicherung zu nehmen. Bleibt es unter diesen Rahmenbedingungen bei einem festgelegten Beitragssatz zur Pflegeversicherung von 1,7 Prozent und wird sich aufgrund von Massenarbeitslosigkeit zugleich die Zahl der Beitragszahler nicht nennenswert steigern lassen, droht die Pflegeversicherung bei der Finanzierung des Pflege Risikos zunehmend an Bedeutung zu verlieren.

Betrachtet man die **Ausgaben für Gesundheit einschließlich Pflege** nach Ausgabenträgern im Zeitraum 1992 bis 2000, dann zeigen sich beachtliche Verschiebungen. Bei den öffentlichen Haushalten schlagen sich die Einsparungen im Zuge der Einführung der Pflegeversicherung am deutlichsten nieder. Der Anteil an den Gesamtausgaben (incl. Einkommensleistungen) sinkt von 11,9 Prozent im Jahr 1992 auf 7,6 Prozent im Jahr 2002. Bezogen auf 1992 sparen die öffentlichen Kassen damit ca. 4 Mrd. Euro bei den Gesundheitsausgaben und noch einmal 0,7 Mrd. Euro bei den Einkommensleistungen.

Die Anteile der privaten Haushalte und der privaten Organisationen ohne Erwerbszweck sind im Vergleichszeitraum deutlich gestiegen. Der Anstieg an den Gesamtausgaben von 1,6 Prozent zwischen 1992 und 2000 bedeutet absolut ein Ausgabenplus von 9,2 Mrd. Euro, dies ist bezogen auf 1992 ein Plus von 52,6 Prozent. Offenbar findet durch die Einführung der Gesetzlichen Pflegeversicherung eine deutliche Verlagerung der Ausgaben von den öffentlichen Haushalten und der GKV hin zu den privaten Haushalten statt. Denn von den 2,02 Millionen pflegebedürftigen Menschen in Deutschland wurden im Jahr 1999 etwa 1,03 Millionen ausschließlich durch Angehörige und 415.000 durch Pflegedienste zu Hause versorgt. Nur 28 Prozent der Pflegebedürftigen (573.000 Personen) lebten in der gleichen Zeit in Heimen.

Tabelle: Ausgaben für Gesundheit nach Ausgabenträgern 1992 – 2000
(Anteile an den gesamten Ausgaben incl. Einkommensleistungen in Prozent)

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Öffentliche Haushalte	11,9	12,2	11,7	10,8	9,9	8,4	7,9	7,8	7,6
Gesetzliche Krankenversicherung	47,9	46,8	47,9	46,9	46,9	46,5	46,5	46,5	46,6
Soziale Pflegeversicherung	-	-	-	2,1	4,1	5,7	5,8	5,9	5,9
Gesetzliche Rentenversicherung	7,3	7,8	7,9	7,9	7,9	7,6	7,5	7,3	7,4
Gesetzliche Unfallversicherung	2,6	2,8	2,8	2,6	2,6	2,7	2,7	2,6	2,6
Private Krankenversicherung	5,8	6,1	6,1	5,9	5,9	6,4	6,6	6,6	6,8
Arbeitgeber	16,7	16,2	15,3	15,6	14,2	13,5	13,3	13,8	13,7
Private Haushalte/ Private Organisationen ohne Erwerbszweck	7,8	8,1	8,3	8,2	8,5	9,2	9,7	9,5	9,4
nachrichtlich: jeweilige jährliche Gesamtausgaben in Mrd. Euro	222,9	229,5	242,9	262,0	269,4	266,1	270,7	278,5	283,2

Quelle: Statistisches Bundesamt 2002, eigene Zusammenstellung und Berechnung

Für die Arbeitgeber ist der Anteil an den Gesamtausgaben von 1992 bis 2000 mit 3 Prozent deutlich zurückgegangen. Für die Einkommensleistungen mussten sie im Jahr 2000 ca. 0,5 Mrd. Euro weniger verausgaben als noch 1992. Gestiegen ist ihr Anteil an den anderen Gesundheitsausgaben und zwar um 2,1 Mrd. Euro. Dies entspricht im Durchschnitt jährlichen Mehrausgaben von 0,2 Mrd. Euro. Im Gegensatz zu den privaten Haushalten sind die absoluten Ausgaben der Arbeitgeber im Betrachtungszeitraum jedoch nur um 29,9 Prozent gestiegen, was einer durchschnittlichen jährlichen Mehrbelastung von 3,3 Prozent entspricht.

Setzt man die Entwicklung der Gesamtausgaben im Gesundheitswesen in Bezug zur Entwicklung der Wirtschaftskraft in Deutschland, zeigt sich über den Untersuchungszeitraum eine erstaunliche Kontinuität der Ausgabenentwicklung. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes stiegen die Gesundheitsausgaben zwischen 1992 bis 1996 nominal – also in den jeweiligen Preisen – stärker als das Bruttoinlandsprodukt (BIP).¹ Dies hatte zur Folge, dass der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP von 10,1 Prozent in 1992 auf 11,1 Prozent in 1996 angestiegen ist. Nach 1996 drehte sich diese Entwicklung um, die Gesamtleistung der Volkswirtschaft lag wieder über dem Anstieg der Kosten im Gesundheitswesen, mit dem Ergebnis, dass im Jahr 2000 ihr Anteil am BIP auf 10,7 Prozent zurückgegangen ist. Ganz offensichtlich hat in der Vergangenheit die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen im wesentlichen mit der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung Schritt gehalten.

In der Pflegeversicherung übersteigt die Einnahmeseite bislang noch die gesamten Leistungsausgaben, so dass im Jahr 2001 ein positiver Saldo von 0,5 Mrd. Euro erzielt werden konnte. Zwischen 1996 und 2001 sind die Einnahmen der Pflegeversicherung von 11,9 auf 16,56 Mrd. Euro gestiegen – die gesamten Leistungsausgaben im gleichen Zeitraum von 10,25 auf 16,03 Mrd. Euro. Während der Kostenanteil für die vollstationäre Pflege seit 1996 von 2,69 Mrd. Euro kontinuierlich bis 2001 auf 7,75 Mrd. Euro angewachsen ist, verhält sich der Anteil der Geldleistungen nahezu konstant (1996: 4,44 Mrd. Euro; 2001: 4,11 Mrd. Euro). Für die soziale Sicherung der Pflegepersonen ergibt sich ebenfalls eine nahezu konstante Ausgabenentwicklung (1996: 0,93 Mrd. Euro; 2001: 0,98 Mrd. Euro) Für Pflegesachleistungen stieg der Kostenansatz von

¹ BIP = Summe aller produzierten Waren und Dienstleistungen einer Berichtsperiode (ohne Vorleistungen).

1,54 Mrd. Euro auf 2,29 Mrd. Euro. Ob diese positive Einnahme-Ausgabeentwicklung allerdings auch Ausweis für eine bedarfsdeckende Leistungsgestaltung in der Pflegeversicherung sein kann, darf im Hinblick nicht nur etwa auf die Diskussion um die Berücksichtigung demenzkranker Menschen bezweifelt werden. Denn schon heute nehmen die jährlichen Pro-Kopf-Leistungen in der Pflegeversicherung ab. 1996 wurden pro Leistungsempfänger im Schnitt 9.179 Euro erbracht, bis 1999 sank dieser Durchschnittswert auf 8.500 Euro ab.

In der fachwissenschaftlichen Diskussion in Deutschland besteht zwar ein weit verbreiteter Konsens, dass das deutsche Gesundheitssystem in der Vergangenheit ein insgesamt hohes Versorgungsniveau garantiert hat. Dies schließt allerdings nicht aus, dass eine **Lücke zwischen dem Mitteleinsatz und den Ergebnissen des Gesundheitswesens** entsteht. Es zeigen sich im internationalen Vergleich Erosionsprozesse bei der Behandlungsqualität einerseits und Fehlentwicklungen bei der Ausgabenstruktur andererseits. Während der erste Aspekt also vor allem auf eine Diskussion um Qualitätssicherung im Gesundheitswesen einschließlich Pflege sowie den sinnvollen Einsatz der für den therapeutischen wie präventiven Einsatz zur Verfügung stehenden Mittel zielt, fragt der zweite nach den spezifischen Rahmenbedingungen und der Finanzierbarkeit der GKV und der Pflegeversicherung in Deutschland.

Angesichts der dauernden politischen Diskussion um Sparzwänge bei der Gesundheits- und Pflegeversorgung stellt sich die Frage, in wie weit das Gesundheitswesen nicht doch an einem überhöhten Kostenniveau krankt. So sind die Gesundheitsausgaben pro Kopf zwischen 1992 und 2000 um 31 Prozent gestiegen. Dies entspricht absolut einem Zuwachs von 630,- Euro pro Person. Damit lagen die Kosten des deutschen Gesundheitswesens im internationalen Vergleich aber immer noch deutlich höher als bei den europäischen Nachbarn. Während Deutschland im Jahr 1998 – gemessen am Anteil des BIP – 10,6 Prozent für das Gesundheitswesen verausgabte, waren es in Frankreich 9,3 Prozent, in Italien nur 7,7 Prozent, in den Niederlanden 8,7 Prozent und in Großbritannien sogar nur 6,8 Prozent. Gemessen in US-Dollar Kaufkraftparitäten (US-\$ KKP) gaben die Deutschen damit pro Einwohner 2.430 US-\$ KKP, Frankreich 2.030 US-\$ KKP, Italien 1.720 US-\$ KKP, die Niederlande 2.150 US-\$ KKP und die Engländer lediglich 1.510 US-\$ KKP aus. Hier zeigt sich ein deutlich unterschiedliches Ausgabenverhalten, dem nicht automatisch eine höhere Qualität in der Versorgungslage

gegenüber steht. Vergleichende Studien zeigen, dass die Qualität bzw. die Ergebnisse des deutschen Gesundheitswesens nicht in Relation zum Mitteleinsatz stehen. Die Lebenserwartung in Deutschland liegt unter dem EU-Durchschnitt und in Bezug auf die Sterblichkeit bei Erkrankungen wie Schlaganfall, Diabetes mellitus, Darm- und Brustkrebs belegt die Bundesrepublik im internationalen Vergleich ebenfalls hintere Ränge. Der Sachverständigenrat für das Gesundheitswesen fasste die Ergebnisse damit kurz zusammen, dass das deutsche Gesundheitssystem nicht das leiste, was es leisten könne.

Eine Diskussion über **Finanzierungsprobleme beim Pflegerisiko** muss folglich in drei Richtungen denken:

- Welchen Stellenwert hat eine menschengerechte Pflege in unserer Gesellschaft und wer ist bereit, wie viel dafür zu bezahlen?
- Wie können die vorhandenen und zukünftigen finanziellen Ressourcen optimiert eingesetzt werden, welche Qualitäts- und Professionalisierungsstandards sind anzustreben, um notwendige Vernetzungs- und Synergieeffekte zu erreichen? Wieweit können und müssen die weitgehend dominierenden körperbezogenen Maßnahmen („handwerkliche Pflege“) ergänzt, vielleicht sogar teilweise ersetzt werden durch „edukative, anleitende und beratende Aufgaben einer auf Gesundheits- und Autonomieerhalt zielenden Pflege“ (Wingerfeld/Schaeffer)?
- Wie motiviert eine Gesellschaft Familienmitglieder, Nachbarn, Freunde und professionelle Pflegekräfte, sich den aufreibenden und belastenden Bedingungen häuslicher, ambulanter, teilstationärer oder stationärer Pflege stellen zu wollen?

Deutlich ist dabei, dass bestehende und zukünftige Finanzierungsprobleme nicht bloß über ein „Mehr“ gelöst werden können. Es besteht nicht nur stets eine starke Mittelkonkurrenz schon innerhalb des großen Bereichs sozialer Aufwendungen, sondern auch zwischen den Sozialausgaben und anderen öffentlichen sowie privaten Ausgaben. Auch sind private Ressourcen in angemessener Weise bei der Lösung sozialer Problemlagen einzubeziehen. Allerdings verkürzen nicht wenige Vertreter aus Gesellschaft und Politik diese Problemzusammenhänge auf eine vorrangige Infragestellung der Strukturen einer sozialen Gesundheits- und Pflegeversorgung und kündigen damit den eingangs zitierten Konsens auf. Unter Hinweis

auf Veränderungen im Krankheitspanorama², den allgemeinen Morbiditätswandel mit einer deutlichen Zunahme chronisch-degenerativer Erkrankungen und die demographische Entwicklung mit einer zunehmenden Überalterung der Gesellschaft wird die Finanzierbarkeit der GKV und der Pflege unter herkömmlichen Leistungsprinzipien gänzlich in Frage gestellt. Es werden „Reform“-modelle diskutiert, die verstärkt Gesundheitsleistungen aus dem Aufgabenkatalog der GKV aussortieren und andere in die Pflegeversicherung erst gar nicht aufnehmen wollen, um so letztlich neben eine medizinische Grundsicherung privat finanzierte Vorsorge-modelle setzen zu können.

Dagegen ist geltend zu machen, dass sich mit Verlängerung der durchschnittlichen Lebenserwartung die Morbidität nicht nur quantitativ, sondern auch qualitativ verändert: Ein Bergmann im Silberbergbau des Harzes im 18. Jahrhundert mit einer durchschnittlichen Lebenserwartung von 35 Jahren konnte nicht an Alzheimer erkranken! Doch diese Veränderung von Morbidität und Lebenserwartung muss mit **veränderten Angebotsstrukturen** einhergehen, die unterschiedliche Bedarfsstrukturen integriert angehen. Der Gegensatz etwa zwischen ambulant und stationär ist beispielsweise in den Niederlanden in starkem Maße faktisch eingeebnet. Dem liegt nicht zuletzt eine sehr viel längere akademische Forschung, Entwicklungsarbeit und Ausbildungstätigkeit zu Grunde. Beispiele für Versorgungsintegration- und -koordination, für die je mögliche Aufrechterhaltung gesundheitlicher Integrität und Lebensqualität können in Theorie und Praxis nicht nur in den Niederlanden studiert werden, sondern auch in anderen Ländern. Des weiteren müssen Trägerinteressen nicht gegeneinander geltend gemacht werden, in integrierten Verbänden mit größeren Synergieeffekten könnten sehr wohl Win-Win-Effekte für alle Beteiligten eintreten. Vor allem aber bedarf es besserer, differenzierterer und erheblich mehr Ausbildungs-, Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten im Bereich Pflege. Ausgehend von einer Grundausbildung müssen baukastenförmig/modularisiert weitere Ausbildungsangebote folgen, die zugleich zur Ausdifferenzierung von Verantwortlichkeiten, Zuständigkeiten und Arbeits- einschließlich Entlohnungsbedingungen führen müssen, um so dem aktuellen Defizit an Beschäftigten in der Pflege erfolgreich entgegenwirken zu können. Im Jahr 2000 standen etwa 42.000 offenen Stellen im Krankenhauswesen, der stationären Altenhilfe und der ambulanten Pflegedienste nur 18.000 arbeitssuchende Pflegekräfte

² Gemeint ist die Auftretenshäufigkeit einzelner Krankheiten und deren Bedeutung für die Sterblichkeit der Menschen.

gegenüber. Angesichts des zu erwartenden Bedeutungszuwachses professioneller Pflegeangebote ist mit einem weiteren Auseinanderklappen dieser Schere zu rechnen. Damit stellt sich auch die Frage nach Überwindung des nach wie vor hohen Sozialprestige-, Entlohnungs- und hierarchischen Gefälles zwischen medizinischem und nichtmedizinischem Personal im Bereich Gesundheit/Pflege. Angesichts des hohen Frauenanteils im Bereich Pflege bedarf es besonderer Anstrengungen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Beruf und Familie (Organisationsformen des Schichtbetriebs, Regelungen bei Erkrankungen der Kinder etc.). In jedem Falle ist der Bereich Pflege mit jetzt schon knapp einer Million dort Arbeitenden einer der dominierenden Sektoren auf dem Arbeitsmarkt geworden, der wie alle personenbezogenen Dienstleistungsbereiche auch weiter expandieren wird.

Das Beispiel Schweden zeigt: Die Bürgerinnen und Bürger sind dann bereit, Steuern und/oder Sozialabgaben zu zahlen, wenn sie deren Sinnhaftigkeit erkennen. Es bedarf deshalb sehr viel mehr **Transparenz, Berichtspflichten und Öffentlichkeitsarbeit** über die Einnahmen und Ausgaben im Sozialbereich insgesamt wie im Bereich Pflege und Gesundheit. Es macht unter diesen Bedingungen – und nur unter diesen – sehr wohl Sinn, darüber nachzudenken, wie durch Reformen auf der Einnahmeseite einerseits und eine effiziente Steuerung der Ausgaben andererseits der gleiche Zugang zu solidarisch finanzierten Gesundheits- und Pflegeleistungen dauerhaft gesichert werden kann. In diesen Kontext gehören Forderungen nach der Berücksichtigung weiterer Einkommensarten, die Neuregelung von Versicherungspflichtgrenzen und Beitragsbemessungsgrundlagen, die Umfinanzierung versicherungsfremder Leistungen sowie die Einführung eines morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs. Gleichzeitig legt der internationale Vergleich in Bezug auf Ausgabenentwicklung und erzielte Leistungen/Ergebnisse im Gesundheitswesen den Schluss zumindest nahe, dass in der spezifischen Binnenstruktur des deutschen Gesundheitswesens noch deutliche (materielle) Effizienzreserven lokalisierbar sein müssen.

Eine strategisch angelegte politische Debatte muss aber auch nach mehr Verteilungsgerechtigkeit zwischen den einzelnen Sphären sozialer Sicherungsinstrumente fragen. Wenn sich in einem politisch gewollten und demographisch wünschenswerten Prozess durch Migration potenzielle Leistungsempfänger der Pflegeversicherung in Deutschland niederlassen können, die zuvor nichts in die solidarischen Sozialversicherungssysteme einbezahlen konnten, so ist

durchaus zu fragen, inwieweit nicht – analog zur Gesetzlichen Rentenversicherung – ein Bundeszuschuss an die Gesetzliche Pflegeversicherung zum Ausgleich der entstehenden Lasten rechtfertigbar wäre. Oder die Veränderung von Lebensgewohnheiten und Lebensentwürfen bedarf einer Diskussion darüber, wie steuerliche Anreize und Vergünstigungen neu verteilt werden können. So kann beispielsweise statt der fortgesetzten Subventionierung des Instituts der Ehe über das steuerliche Ehegattensplitting auch über eine stärkere steuerliche Entlastung von Lebensgemeinschaften mit Kindern gegenüber Singles und oder kinderlosen Paaren nachgedacht werden. Das Bundesverfassungsgericht hat zumindest für die Beitragsseite bereits richtungsweisend entschieden. Und schließlich kann angesichts einer demographischen Entwicklung, bei der der Anteil von Kindern und jungen Menschen stetig zurückgeht, auch darüber nachgedacht werden, inwieweit ein hier entstehender Minderbedarf an infrastrukturellen Ausgaben nicht auch als investives Mittel für die Versorgung alter betreuungsbedürftiger Menschen umgeleitet werden kann.

Ansätze für eine steuernde, *solidarische* Gesundheitspolitik sind mithin vorhanden. Eine durch die faktische Entwicklung – steigende Kosten im Bereich Pflege bei gleichzeitigem relativen Sinken der Einnahmen der Pflegeversicherung – herbeigeführte Rückkehr zu einer stärkeren Bedürftigkeitsprüfung und Heranziehung von Angehörigen etwa im Rahmen der Sozialhilfe muss und sollte es jedenfalls nicht geben.

Literatur

- Bäcker, Gerhard, Bispinck, Reinhard, Hofemann, Klaus, Naegele, Gerhard ³2000: Sozialpolitik und soziale Lage in Deutschland, Wiesbaden (Datenupdate: www.sozialpolitik-aktuell.de)
- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (2002), Sozialbericht 2001, Bonn
- Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. 2002: Pflege-Thermometer 2002. Frühjahrsbefragung zur Lage und Entwicklung des Pflegepersonalwesens in Deutschland, Köln
- Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) (2001): Auswirkungen der demographischen Entwicklung auf die Zahl der Pflegefälle. Vorausschätzungen bis 2020 mit Ausblick auf 2050; DIW Diskussionspapiere Nr. 240, Berlin
- Deutscher Bundestag 2002: Der demographische Wandel ist politisch zu gestalten. Schlußbericht der Enquête-Kommission des Bundestages, abgedruckt in: pflegen-online.de, <http://www.pflegen-online.de/themen/news/enquete-kommission-demographischer-wandel.htm>
- Glaeske, Gerd, Lauterbach, Karl W., Rürup, Bert, Wasem, Jürgen 2001: Weichenstellungen für die Zukunft – Elemente einer neuen Gesundheitspolitik, Arbeitspapier vorgelegt zum Gesprächskreis Arbeit und Soziales der Friedrich Ebert-Stiftung am 05. Dezember 2001 in Berlin
- Kukla, Gerd 2002: Weiterentwicklung der Pflegeversicherung – aber nur in kleinen Schritten, in: KrV, Februar 2002, S. 58 ff.
- Miegel, Meinhard 2002: Vor uns: 30 magere Jahre, in: DIE ZEIT Nr. 31/2002
- Neumann, Lothar F., Schaper, Klaus ⁴1998: Die Sozialordnung der Bundesrepublik Deutschland, Frankfurt a.M./New York
- Schaeffer, Doris 2000: Care Management. Pflegewissenschaftliche Überlegungen zu einem aktuellen Thema. Pflege 13, Nr. 1, S. 17 ff.
- Schulz, Erika, Leidl, Reiner, König, Hans-Helmut 2001: Auswirkungen der demographischen Entwicklung auf die Zahl der Pflegefälle. Vorausschätzungen bis 2020 mit Ausblick auf 2050, in: DIW-Diskussionspapiere Nr. 240, Berlin

Statistisches Bundesamt 2001: Kurzbericht: Pflegestatistik 1999 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse, Wiesbaden

Statistisches Bundesamt 2002: Gesundheit. Ausgaben 1992 bis 2000, Wiesbaden

Statistisches Bundesamt div. Jahrgänge: Sozialhilfe, Sozialleistungen Fachserie 13, Reihe 2, Stuttgart

Wingenfeld, Klaus, und Schäffer, Doris 2002: Zur aktuellen Situation der Pflege in Deutschland, in: Public Health Forum 10, Nr. 34, April, S. 23 f.

(In bearbeiteter Form ist dieser Aufsatz auch erschienen in Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit Nr. 1/2003.)

Stichwort: Evangelische Altenhilfe in Westfalen

In den Altenheimen der Diakonie in Westfalen leben circa 15.000 alte Menschen, die von circa 5.800 Pflegenden in 176 diakonischen Altenheimen gepflegt werden. Das Eintrittsalter bei Einzug ins Heim liegt bei durchschnittlich 85 Jahren. Von den Pflegebedürftigen leiden schätzungsweise mindestens 50 Prozent an einer Form der Altersverwirrtheit, das heißt mindestens rund 7.500 Menschen. In den stationären Einrichtungen aller Verbände in ganz Nordrhein-Westfalen werden über 122.000 alte Menschen von über 90.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern gepflegt. In ganz Deutschland werden in den Einrichtungen der Altenhilfe rund 656.000 Menschen von über einer halben Million Pflegenden gepflegt und betreut. Fast 330.000 dieser stationär Pflegebedürftigen sind altersverwirrt.

Insgesamt leben in Deutschland rund 1 Million Menschen, die unter einer Form der Altersverwirrtheit leiden. Sie werden zu circa zwei Dritteln zu Hause und zu einem Drittel in Altenheimen gepflegt. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Altersverwirrten, die unter schwerwiegenderen Formen der Altersverwirrtheit leiden, überproportional häufig in den Altenheimen anzutreffen sind. Der Personalbedarf, der sich aus dem besonderen Leistungsbedarf für Menschen mit einer Demenz in den Altenheimen ergibt, ist aufgrund des auf die körperliche Pflege ausgerichteten Pflegebegriffes in der Pflegeversicherung über die Pflegesätze der Einrichtungen nicht abgedeckt. Zum tatsächlich erforderlichen Personalbedarf gibt es unterschiedliche Erhebungen. Zurzeit liegen allerdings noch keine allgemein anerkannten Daten vor, die eine exakte Aussage zum Personalmehrbedarf zulassen. Allerdings weisen einige aktuelle Erhebungen auf einen Mehrbedarf von über 10 Prozent hin.

Zu den diakonischen Angeboten für ältere Menschen gehören auch Einrichtungen der Tagespflege, der Kurzzeitpflege und des Betreuten Wohnens. 145 Diakoniestationen in Westfalen-Lippe bieten häusliche Pflege nicht nur, aber vor allem auch für Ältere. Der ganz überwiegende Teil der Pflege wird durch pflegende Angehörige zu Hause geleistet. Kirchengemeinden und Diakonische Werke unterstützen in starkem Maße die offene Altenarbeit und die Seelsorge an alten Menschen. Gezählt wurden in Westfalen über 600 Gruppen, die mit mehr als 12.000 Engagierten in Ehrenamtsgruppen und Selbsthilfegruppen aktiv sind.

Beim Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche von Westfalen in Münster ist der Evangelische Fachverband für Altenarbeit und ambulante gesundheits- und sozialpflegerische Dienste in den Diakonischen Werken Westfalen und Lippe angesiedelt. Der Fachverband berät in allen Fragen rund um das Alter, organisiert Tagungen und Fachveranstaltungen und betreibt diakonisch-sozialpolitische Lobbyarbeit.

Ausgewählte Hinweise

- **„Demographischer Wandel – Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik“.**
Schlussbericht der Enquête-Kommission des Deutschen Bundestages. Als CD-Rom kostenlos zu bestellen beim Deutschen Bundestag, Referat Öffentlichkeitsarbeit, (0 30/2 27 23 20 72), www.bundestag.de.
- **Soziale Dienste als Chance. Dienste am Menschen aufbauen, Menschen aktivieren, Menschen Arbeit geben.**
Studie der Kammer der Evangelischen Kirche in Deutschland für soziale Ordnung, EKD-Texte 75, November 2002.
- **Herausforderung Demenz. Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen in der Kirchengemeinde. Eine Entscheidungs- und Planungshilfe.**
Hrsg.: Evangelische Arbeitsgemeinschaft für Altenarbeit in der EKD und Deutscher Evangelischer Verband für Altenarbeit und ambulante pflegerische Dienste, Hannover/Stuttgart 2003.
- **Alter und ältere Menschen in Kirche und Gesellschaft. Positionen der EAfA.**
Hrsg.: Evangelische Arbeitsgemeinschaft für Altenarbeit in der EKD, April 2002.
- **Diakonische Altenarbeit mit demenziell erkrankten Menschen. Anforderungen an Leistungsanbieter, Forderungen an politisch Verantwortliche und Verhandlungspartner.**
Hrsg.: DEVAP Deutscher Evangelischer Verband für Altenarbeit und ambulante pflegerische Dienste e.V., Stuttgart 2002.
- Blätter der Wohlfahrtspflege, 5/2002, **„Lebenslagen im Alter“** (mit Beiträgen u.a. zu: Soziale Dienste im demographischen Wandel. Kultursensible Pflege, neues Curriculum in der Altenpflegeausbildung).
- **Aus Politik und Zeitgeschichte**, B20/2003 (mit zahlreichen Beiträgen u.a. von Ursula Lehr, Herwig Birg u.a.), Beilage zur Wochenzeitung Das Parlament, Hg. Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn.

- Rudolf Michel-Fabian, **Heime können mehr** – Welche Werte kann die Konzeption „Heim“ garantieren? In: *Altenheim* 12/2002, Seite 38 – 40.
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.), **Wenn das Gedächtnis nachlässt** – Ratgeber für die häusliche Betreuung demenzkranker älterer Menschen, Bonn 2000.
- Ev. Fachverband für Altenarbeit und ambulante gesundheits- und sozialpflegerische Dienste in den Diakonischen Werken Westfalen und Lippe (Hrsg.), **Altenhilfe und Demenz**, Diakonisches Werk Westfalen, Münster 2001.
- **Pflegethesen** der Diakonie Schleswig-Holstein, Rendsburg, Juni 2003.
- www.altersverwirrten-helfen.de
- www.kampagne-fuer-pflege.de
- www.diakonie-westfalen.de

1. Berufene Mitglieder

Pastor Hermann Adam

Theologischer Direktor, Evangelische Stiftung Eben-Ezer, Lemgo

Pfarrer Günther Barenhoff

Vorsitzender des Vorstandes, Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche von Westfalen, Münster

Superintendent Dr. habil. Dieter Beese

Evangelischer Kirchenkreis Münster

Prof. Dr. Corinna Dahlgrün

Kirchliche Hochschule Bethel, Bielefeld

Oberkirchenrätin Doris Damke

Landeskirchenamt der Evangelischen Kirche von Westfalen, Bielefeld

Prof. Dr. Ernst-Ulrich Huster

Evangelische Fachhochschule Rheinland-Westfalen-Lippe, Bochum

Pfarrer Dr. habil. Udo Krolzik

Vorsitzender des Vorstandes, Evangelisches Johanneswerk, Bielefeld

Pfarrer Dr. Werner Max Ruschke

Vorstandsvorsitzender, Evangelisches Perthes-Werk e.V., Münster

Thomas Schächter

Vorstand, Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche von Westfalen, Münster

Synodalgeschäftsführer Johannes Schäfer

Vorstand, Diakonisches Werk Hochsauerland-Soest e.V., Meschede

Pfarrer Johannes Schildmann

Theologischer Vorstand, Diakonisches Werk im Kirchenkreis Gladbeck-Bottrop-Dorsten, Gladbeck

Pfarrer Friedrich Schophaus

Vorstandsvorsitzender, v. Bodelschwingsche Anstalten Bethel, Bielefeld

Pfarrer Ernst Springer

Evangelische Stiftung Volmarstein, Wetter

Pfarrerin Angelika Weigt-Blätgen

Evangelische Frauenhilfe in Westfalen e.V., Soest

2. Mitarbeitende Gäste**Britta Anger**

Geschäftsführerin für Altenarbeit und Pflege, Behindertenarbeit und Soziale Hilfen, Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche von Westfalen, Münster

Rudolf Michel-Fabian

Referent für stationäre Altenarbeit, Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche von Westfalen, Münster

Pastorin Dr. habil. Martina Plieth

Referentin für Theologisch-Diakonische Grundsatzfragen, Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche von Westfalen, Münster

Martin Schofer

Geschäftsführer für Altenarbeit und Pflege, Behindertenarbeit und Soziale Hilfen, Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche von Westfalen, Münster (bis Anfang 2003)

Reinhard van Spankeren

Referent für Öffentlichkeitsarbeit, Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche von Westfalen, Münster