



FRANKFURTER FORUM ■ DISKURSE

Versorgungskonzepte für eine alternde Gesellschaft



Heft 2
September 2010
ISSN 2190-7366

FRANKFURTER FORUM
für gesellschafts-
und gesundheitspolitische
Grundsatzfragen



Ziele

Das Frankfurter Forum für gesellschafts- und gesundheitspolitische Grundsatzfragen will zentrale Fragen in der Gesellschafts- und Gesundheitspolitik mit führenden Persönlichkeiten aus Politik, Wissenschaft und Gesellschaft diskutieren und versuchen, darauf Antworten zu geben. Die unterschiedlichen ethischen, medizinischen, ökonomischen, politischen und rechtlichen Standpunkte sollen transparent und publik gemacht werden. Anregungen und Handlungsempfehlungen sollen an die Entscheider in Politik und Gesundheitssystem weitergegeben werden, um so an dessen Weiterentwicklung mitwirken zu können.



Heft 2
September 2010
ISSN 2190-7366

FRANKFURTER FORUM
für gesellschafts-
und gesundheitspolitische
Grundsatzfragen

Inhalt

Nicht Lösungsansätze fehlen,
sondern der Wille zur Umsetzung 4

Versorgungskonzepte für eine alternde Gesellschaft –

**Spezielle Versorgungsanforderungen
für ältere und alte Patienten 6**

**Alt werden in einer Zeit
des gesellschaftlichen Wandels 14**

**Alt, krank, pflegebedürftig –
werden wir den Anforderungen gerecht? 26**

Das smarte Versorgungskonzept aus einem Guss
ist noch nicht gefunden 34

Organisations- und Programmkuratorium

Philosophisch-Theologische Hochschulen : Prof. Dr. theol. Peter Dabrock, Fachbereich Ev. Theologie, Universität Marburg

Kassenärztliche Vereinigungen : Dr. med. Jürgen Bausch, Ehrenvorsitzender KV Hessen, Frankfurt |
Dr. med. Margita Bert, Vorsitzende des Vorstandes, Frankfurt

Krankenkassen : Dr. med. Bernhard Egger, Leiter Abteilung Medizin, Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Berlin

Politik : Gudrun Schaich-Walch, Parlamentarische Staatssekretärin a. D., Frankfurt

Ökonomie/Gesundheitsökonomie : Prof. Dr. rer. pol. Volker Ulrich, Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre, insbes. Finanzwissenschaften, Bayreuth

Gesundheitsmanagement : Dr. med. Nick Schulze-Solce, Arzt und Apotheker, Bad Homburg

Forschende Pharmaindustrie : Dr. phil. Gary Lee Geipel, Director Corporate Affairs, Lilly Deutschland, Bad Homburg

Kommunikation : Wolfgang van den Bergh, Chefredakteur Ärzte Zeitung, Neu-Isenburg |
Dr. Florian Staeck, Redakteur Gesundheitspolitik/Gesellschaft Ärzte Zeitung, Neu-Isenburg

Projektmanagement : Dietmar Preding, Health Care Relations, Hanau

Nicht Lösungsansätze fehlen, sondern der Wille zur Umsetzung

DR. JÜRGEN BAUSCH, GUDRUN SCHAICH-WALCH, STAATSEKRETÄRIN A.D.



Mit der zweiten Ausgabe der Diskurse des Frankfurter Forums realisiert sich schrittweise das Vorhaben, über unsere gemeinsamen Zukunftsprobleme vertiefend zu diskutieren und diese auch konkreter zu benennen. In Heft 2 berichten wir zusammenfassend, was zum Thema „Versorgungskonzepte für eine alternde Bevölkerung“ auf unserer Frühjahrstagung fachkundig zusammengetragen und diskutiert wurde. Ein besonders spannendes Ergebnis war: Es gibt viele, erstaunlich gute und darüber hinaus auch praktisch erprobte Lösungsansätze in unserem Land. Aber es fehlt mehrheitlich an der flächendeckenden Umsetzung vor Ort. Offenkundig ist: Viele Experten wissen um gute Lösungen, aber die konkrete Umsetzung bleibt im Wirrwarr der Instanzen, der organisatorischen Vielfalt und lokalen Eifersüchteleien und der mangelhaften nachhaltigen Finanzierbarkeit stecken. Diese Ausgabe will einen Beitrag zu einer laufenden Diskussion liefern, Informationen bündeln und den Anstoß geben, vor Ort nach Lösungsansätzen Ausschau zu halten.

Man kann nicht die Augen davor verschließen, dass der sich wandelnde Altersaufbau unserer Wohnbevölkerung uns dazu zwingt, die vorhandene Versorgung von alten Menschen zu optimieren und die Angebotspalette kräftig zu erweitern.

Alte Menschen haben, soweit sie Herr ihrer körperlichen und geistigen Kräfte sind, mehrheitlich den übermächtigen Wunsch, dort alt werden und sterben zu können, wo sie einen Großteil ihres Lebens verbracht haben. Das sind nun einmal die eigenen vier Wände. Das geht aber nur so lange gut, so lange man sich noch schlecht und recht selbst versorgen kann. Die Kinder sind längst aus dem Haus und anderweitig durch Beruf und Familie gebunden. Legale häusliche Pflege über 24 Stunden ist mit bis zu 7000 Euro im Monat fast für jeden unbezahlbar. Kein Wunder, dass das deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung in Köln von mindestens 100.000 Frauen ausgeht, die illegal für ein siebtel dieses Betrages einspringen. Diese Frauen aus Polen, Rumänien, Ungarn und weiteren osteuropäischen Ländern verdienen damit immer noch etwa dreimal so viel, wie sie zu Hause erwirtschaften könnten, wenn sie vor Ort Arbeit fänden. Zukunftsträchtige offizielle und legale Möglichkeiten, alten und hilfsbedürftigen Menschen ihren Hauptwunsch zu erfüllen, den sie auch noch selbst finanzieren, sehen anders aus.

Beobachtungen aus der ärztlichen Praxis und im erweiterten Bekanntenkreis signalisieren, dass mit Hilfe dieser Frauen aus dem Osten Europas die Möglichkeit erhalten bleibt, zu Hause leben zu bleiben bis zum

Tod. Ohne dass diese stillen und duldsamen Helferinnen Altenpflege auch nur ansatzweise systematisch gelernt hätten. Heimunterbringung und Versorgung erfahren dadurch eine notwendige Entlastung. Das gilt auch für die Mitverantwortung tragenden Familienangehörigen. Dennoch rufen die bereits jetzt bestehenden Angebots- und Qualitätsdefizite nach einer mutigen und kraftvollen Verbesserung in den vorhandenen Strukturen und Organisationen. Ein Tatbestand, der von den Experten in dieser Ausgabe nicht ausgeklammert wurde.

Nicht untersucht wurde jedoch die Frage, ob das neuerliche inhaltlich sehr ehrliche Urteil des Bundesgerichtshofs vom Sommer dieses Jahres zur Frage des Rechts des Patienten auf einen würdigen Tod zu einer geringeren Inanspruchnahme von stationären Pflegeleistungen führen wird. Denn die Zahl der Menschen, die im vollen Bewusstsein der Konsequenzen Patientenverfügungen für den Fall getroffen haben, wo sie über den weiteren Fortgang ihrer Versorgung nicht mehr mitentscheiden können, nimmt zu. Und fast immer entscheiden sie sich dafür, keine lebensverlängernden Maßnahmen dulden zu wollen, wenn der Tod nicht mehr abzuwenden ist und das Leben nur künstlich medizinisch prolongiert wird. Die kommenden beiden Forumsveranstaltungen im Herbst dieses

und im Frühjahr nächsten Jahres haben die Finanzierungsprobleme des Systems im Fokus. Angesichts milliardenschwerer Defizite im Gesundheitsfonds wird die Debatte in unserem Land über die weiteren Einschnitte bei Leistungserbringern, über die Belastbarkeit der Versicherten durch Beiträge und Zuzahlungen, aber auch über die Frage der Elimination überflüssiger Leistungen an Fahrt gewinnen. Da kann es gar nicht ausbleiben, dass Kosten-Nutzen-Relationen bei medizinischen Maßnahmen auf den Prüfstand geraten. Priorisierung und Rationierung werden ebenso ein kontrovers diskutiertes Thema sein, wie die Frage nach den nicht ausgeschöpften Rationalisierungsréserven, die in jedem System stecken, aber immer schwieriger zu mobilisieren sind. Gemäß unserer Verfassung ist Deutschland ein sozialer Rechtsstaat. Das schließt den Zugang zu einer notwendigen und zweckmäßigen medizinischen Versorgung nach dem aktuellen medizinischen Wissensstand für alle Bürger mit ein. Kürzungen und Ausschlüsse sind nur da möglich, wo sie ohne Gefährdung der Gesundheit der Bürger verantwortbar sind, dann aber für alle, und nicht bei Einzelnen oder bestimmten Gruppen.

Kontakt:

Dietmar Preding | Health Care Relations | Mozartstrasse 5 | 63452 Hanau | E-Mail: dp-healthcarerelations@online.de

Versorgungskonzepte für eine alternde Gesellschaft

Spezielle Versorgungsanforderungen für ältere und alte Patienten

PROFESSOR DR. ADELHEID KUHLMEY

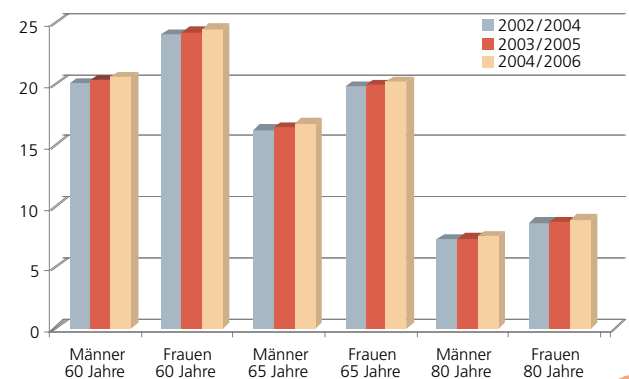
Ohne nennenswerte Propaganda“ – wie Peter Sloterdijk es formulierte – „ohne Agitation, ohne Massenversammlungen hat sich die Klasse der Alten von Jahrzehnt zu Jahrzehnt vermehrt und organisiert, sich ausgestattet und eingerichtet, bis sie zahlreicher und machtvoller als je in der Geschichte der Gattung ihren Rang behaupteten. Indem ihnen – so Sloterdijk weiter – ihr Altwerden gelang, beweisen sie nichts anderes, als dass sie ihren Anteil an der Erfolgsgeschichte der modernen Welt in Anspruch genommen haben.“ Wie paradox, dass wir diesen Erfolg nicht schätzen: Wir freuen uns nicht über die Tatsache, das Privileg des langen Lebens erkämpft zu haben. Altwerden ist sicher geworden; Altsein eine Zumutung. Es gibt unter anderem aus diesem Grund in den Gesellschaften des langen Lebens nicht nur einen Mangel an neuen Finanzierungsquellen für die alten sozialen Systeme, sondern vor allem einen Mangel an Rollen- und Leitbildern für immer mehr Alte. „Anti-Aging“ ist dann folgerichtig die medizinische Antwort der hochtechnisierten Welt. Aus diesem Grund fehlt dem Zukunftsbild der Versorgung älterer und alter Menschen ein Konsens darüber, was Gesundheit und angemessenes Leben im hohen Alter überhaupt ist.

Altern und Gewinn an Gesundheit

Der Wert des demographischen Alterns zeigt sich u.a. in der Entwicklung der sogenannten ferneren Lebenserwartung. Die Tatsache, dass die durchschnittlich noch erwartbare Lebenszeit 80-jähriger für deutsche Frauen weit über 8 Jahre, für Männer beinahe 7 Jahre beträgt, ist ein demographischer Siegeszug

Menschen über achtzig Jahre stellen den am schnellsten wachsenden Teil der Bevölkerung dar. So steigt der Altenquotient „85“ in der Variante „mittlere“ Bevölkerung (Untergrenze) von 3,22 im Basisjahr bis 2050 auf 15,92 d. h. auf beinahe das 5fache. Auf Basis der Variante „relativ alte“ Bevölkerung nimmt er sogar auf das über 6-fache zu.

Fernere Lebenserwartung von Frauen und Männern in Deutschland



Quelle: Statistisches Bundesamt 2008

Die Rest-Lebenserwartung einer 80-jährigen Frau beträgt heute über acht Jahre, für Männer über sieben Jahre.

Der Anteil der über 85-Jährigen steigt stark

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

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

Quelle: Statistisches Bundesamt 2006, SVR 2009



Diese Relationen verdeutlichen bereits, dass die demographische Entwicklung das Gesundheitswesen künftig vor erhebliche Herausforderungen stellt; Herausforderungen, die bestimmte Regionen Deutschlands insbesondere betreffen. Die einzelnen Bundesländer weisen schon 2005, d. h. zum Basiszeitpunkt der Prognose, spürbar divergierende Altenquotienten auf.

Bei dem Altenquotient „85“ zeigt sich, dass im Basisjahr 2005 die geringere Lebenserwartung in den neuen Bundesländern tendenziell zu niedrigeren Werten führt. So weisen Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg und Thüringen die niedrigsten Altenquotienten „85“ auf. Da die Prognose aber davon ausgeht, dass die Lebenserwartung in den neuen Bundesländern schnell das bundesdeutsche Niveau erreicht, nehmen diese Länder auch beim Altenquotient „85“ bald die Spitzenpositionen ein. Im Jahre 2050 rangiert Brandenburg mit 23,72 vor Thüringen mit 20,34 und Sachsen-Anhalt mit 20,20 an der Spitze. Die letzten Plätze in dieser Skala nehmen Bremen und Hamburg mit den vergleichsweise günstigen Altenquotienten 11,64 bzw. 11,85 ein.

Ein langes Leben wird immer häufiger zur individuellen und sozialen Realität und das persönliche Erreichen eines Alters von über 80 bis 100 Jahren eher die Regel als die Ausnahme. Der Streit darüber, in welchem Gesundheitszustand die Menschen die gewonnenen Lebensjahre verbringen, ist nicht entschieden. Und doch häufen sich die Befunde, denen zufolge das handicapfreie Alter stärker als die gesundheitlich eingeschränkte Lebensphase wächst.

Schon vor 10 Jahren zeigte Dinkel auf der Basis von Kohortendaten des Mikrozensus, dass der Gesundheits-

Länder sind unterschiedlich stark betroffen

	2005	2015	2025	2040	2050
Baden-Württemberg	2,91	4,35	6,68	9,67	15,21
Bayern	2,93	4,28	6,37	9,18	14,33
Berlin	2,54	3,41	6,15	8,87	13,88
Brandenburg	2,28	4,24	8,76	13,90	23,72
Bremen	3,53	4,92	6,85	8,52	11,64
Hamburg	3,09	3,98	5,58	7,30	11,85
Hessen	2,91	4,48	6,66	10,03	15,42
Mecklenburg-Vorpommern	2,08	4,26	8,79	12,97	19,95
Niedersachsen	3,14	4,68	7,17	10,12	15,43
Nordrhein-Westfalen	2,80	4,42	6,49	9,02	13,83
Rheinland-Pfalz	2,95	4,59	6,70	9,91	15,15
Saarland	2,76	4,66	7,11	10,09	14,74
Sachsen	3,29	5,90	10,06	13,75	19,32
Sachsen-Anhalt	2,69	5,17	9,47	13,84	20,20
Schleswig-Holstein	3,26	4,53	7,47	10,27	15,66
Thüringen	2,53	4,90	8,99	13,73	20,34
Deutschland	2,86	4,49	6,99	9,96	15,26

85-Jährige und Ältere je 100 Personen im Alter von 20 bis unter 65 Jahren, gerundete Daten als Ausgangsbasis

Quelle: Statistisches Bundesamt 2006, SVR 2009



Brandenburg wird 2050 den größten Anteil an Menschen über 85 Jahren aufweisen.

zustand der deutschen Bevölkerung sich verbesserte. Der Anteil der gesunden Jahre zwischen dem 59. und 77. Altersjahr lag bei den 1907 geborenen noch bei 72 Prozent und beim Jahrgang 1919 bei 77 Prozent. Der Amerikaner Fries publizierte u.a. 2003 auf der Grundlage nationaler Surveys für die USA eine Kompression bei unterschied-

lichen Schweregraden der Behinderung. Seine Daten zeigen ein Sinken der Behinderungen bei Personen über dem 65 Lebensjahr in einem 15-Jahreszyklus von 26 Prozent auf 19 Prozent.

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

Dies alles sind Gewinne, die u.a. auch aus den Ausgaben für die medizinische und pflegerische Versorgung resultieren, die so gesehen Investitionen in das Humankapital und damit in die Fähigkeit zu einem gesunden und selbständigen Leben im Alter sind.

Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit als besondere Anforderung an die Versorgung

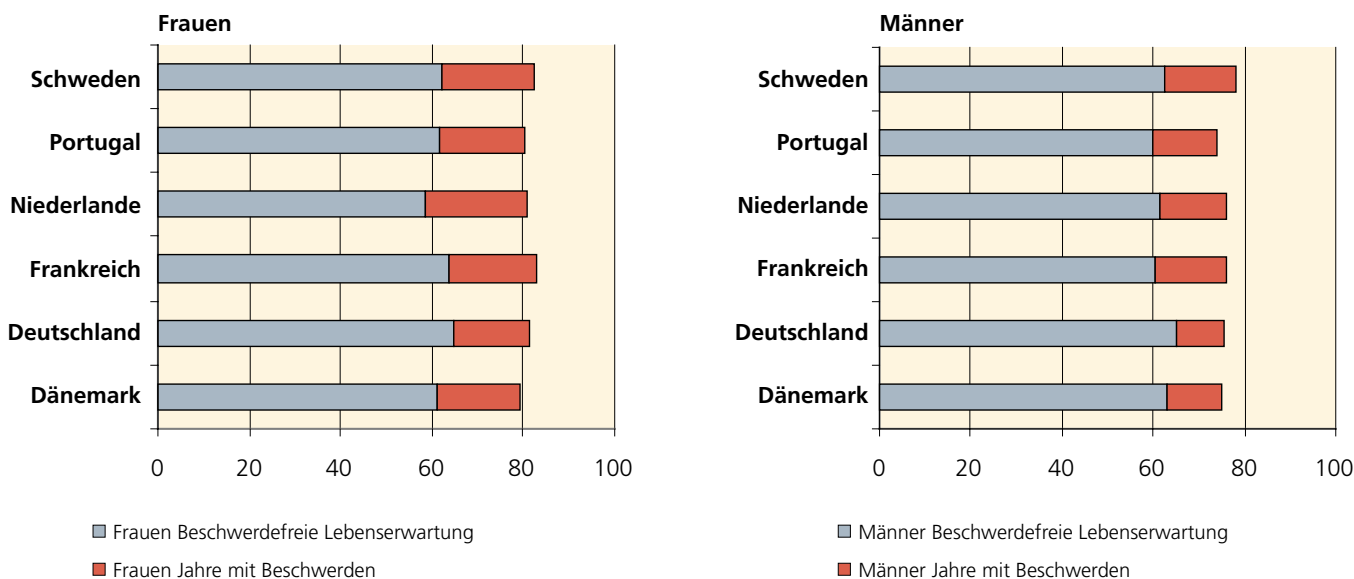
Die Verluste an Gesundheit und an Selbständigkeit, die sich ebenso mit dem demographischen Altern verbinden wie der Zugewinn an gesunden Lebensjahren, werden dazu führen, dass der Anteil der Ressourcen, die für den Gesundheitssektor verwendet werden, weiter steigt. Denn die allgemeine Verlängerung des Lebens hängt eng mit einer spezifischen Krankheitslast älterer und alter

Menschen zusammen. Dazu gehören geriatrische Phänomene wie Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit.

Multimorbidität ist das Auftreten und Bestehen von mehreren Erkrankungen gleichzeitig, deren Bedeutung für die Wiederherstellung von Gesundheit nicht in eine Hierarchie gebracht werden können. Die Beurteilung der Krankheitslast durch die Betroffenen ist abhängig vom Erkrankungsmuster, der zeitlichen Entwicklung sowie von sozialen Faktoren. Im Gegensatz zur Komorbidität ist Multimorbidität von einer Grunderkrankung (Indexerkrankung) unabhängig. Zusätzlich treten in das Krankheitsgeschehen emergente Syndrome wie beispielsweise Inkontinenz, Verwirrtheit, Sturzgefährdung und komplexe Schmerzzustände und es entstehen Funktionseinschränkungen und Behinderungen für den Patienten, die sich auf seine Fähigkeiten, den Alltag zu bewältigen, auswirken.

Die Prävalenz- und Inzidenzangaben zur Multimorbidität variieren je nach Definition, Zahl und Art der eingeschlossenen Erkrankungen und der untersuchten Gruppe. Nahezu alle Untersuchungen zeigen jedoch einen erstaunlich hohen Prozentsatz von Patienten mit Mehrfacherkrankungen bezogen auf die Gesamtbevölkerung.

Beschwerdefreie Lebenserwartung im Jahr 2003



Quelle: Robert Koch-Institut 2006



Der hohe Anteil beschwerdefreier Jahre in Deutschland ist auch ein Gewinn guter Versorgung.

So liegt nach der Berliner Altersstudie, einer repräsentativen Querschnittuntersuchung 70-jähriger und älterer Patienten, die Prävalenz von mindestens fünf gleichzeitig bestehenden Erkrankungen bei 88 Prozent. Im Bundesgesundheitsurvey 1998 wurde die jährliche Prävalenzrate für zwei chronische Erkrankungen bei Männern zwischen 18 und 79 Jahren auf 39 Prozent, bei Frauen auf 57 Prozent geschätzt. Der telefonische Gesundheits-survey, eine zwischen September 2002 und März 2003 vom Robert-Koch-Institut durchgeführte standardisierte telefonische Befragung, untersuchte eine repräsentative Stichprobe der (nicht in Institutionen lebenden) erwachsenen Wohnbevölkerung (18 Jahre und älter) mit Festnetz (n=8318) zu chronischen Erkrankungen. In Bezug auf Multimorbidität wurde mittels eines summarischen Ansatzes ein Multimorbiditätsindex aus verschiedenen Diagnosen gebildet. Folgende Krankheiten bzw. Krankheitsbereiche wurden zusammengefasst:

- Schlaganfall,
- Herz-Kreislaufkrankheiten
(Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzinsuffizienz, Herzrhythmusstörungen),
- Atemwegserkrankungen
(Asthma bronchiale, chronische Bronchitis),
- Krebserkrankungen,
- Rückenbeschwerden
(unabhängig von der Chronifizierung),
- Depression (unabhängig vom Prävalenzzeitraum),
- Diabetes mellitus,
- alle Formen der Hepatitis,
- Hauterkrankungen (Psoriasis),
- Erkrankungen der Sinne (Schwindel, Ohrgeräusche),
- und Augenerkrankungen
(grauer und grüner Star, Makuladegeneration).

Die Tabelle zeigt unter Berücksichtigung dieses Multimorbiditätsindex eine deutliche Zunahme von Multimorbidität mit steigendem Alter bei beiden Geschlechtern. Etwa die Hälfte der über 65-jährigen Bundesbürger weist demnach drei oder mehr relevante chronische Erkrankungen auf. Multimorbidität wirkt sich negativ auf die Lebensqualität und den subjektiven Gesundheitszustand aus. Insbesondere jenseits des 80. Lebensjahres kommt es häufig in der Folge von Mehrfacherkrankung zu Hilfeabhängigkeit und Pflegebedürftigkeit.

Die Multimorbidität steigt mit dem Alter deutlich

Krankheiten in ... Bereiche (in %)

Teilgruppe	0	1-2	3-4	>4
Männlich (gesamt)	20,0	58,6	18,8	2,6
18-29 Jahre	27,9	59,6	12,5	0,0
30-39 Jahre	24,0	63,1	12,4	0,6
40-65 Jahre	16,4	59,8	20,7	3,1
Über 65 Jahre	9,4	45,5	36,2	8,9
Weiblich (gesamt)	13,8	54,3	25,7	6,2
18-29 Jahre	18,2	63,7	17,1	1,0
30-39 Jahre	16,8	61,7	19,5	2,0
40-65 Jahre	13,2	54,5	26,5	5,8
Über 65 Jahre	7,1	37,1	39,3	16,4
Insgesamt	16,8	56,4	22,4	4,5

Quelle: Kohler/Ziese 2004



Rund die Hälfte der Bevölkerung über 65 Jahre hat drei oder mehr chronische Erkrankungen.

Pflegebedürftigkeit ist ein Zustand höchster körperlicher, psychischer und sozialer Vulnerabilität. Ein Mensch ist von Pflege und Hilfe abhängig, wenn er aufgrund körperlicher, geistiger oder seelischer Krankheit die notwendigen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Alltag nicht mehr allein bewältigen kann.

Derzeit gelten 2,13 Millionen Bundesbürger als pflegebedürftig im Sinne des Sozialgesetzbuchs XI. 82 Prozent aller Pflegebedürftigen ist 65 Jahre alt oder älter, wobei jeder Dritte das 85. Lebensjahr bereits erreicht oder überschritten hat. Zugleich belegen Analysen der altersspezifischen Pflegequote, dass sie ab einem Lebensalter von 72 Jahren erstmals 5 Prozent beträgt und danach deutlich ansteigt, so dass das Pflegerisiko unter den 80- bis 85-Jährigen bereits 20,3 Prozent und im Alter zwischen 90 und 95 Jahren sogar 60,8 Prozent beträgt. Heute sind pflegebedürftige Männer im Mittel 68 Jahre, auf pflegerische Versorgung angewiesene Frauen 79 Jahre alt. Darüber hinaus sind Frauen sehr viel stärker von Pflegebedürftigkeit betroffen und ihr Pflegebedarf wächst im Alter deutlich schneller als bei Männern.

Was bedeutet es für die betroffenen Frauen und Männer pflegebedürftig zu sein, welche Einschränkungen ihres Alltags müssen sie bewältigen? Durch

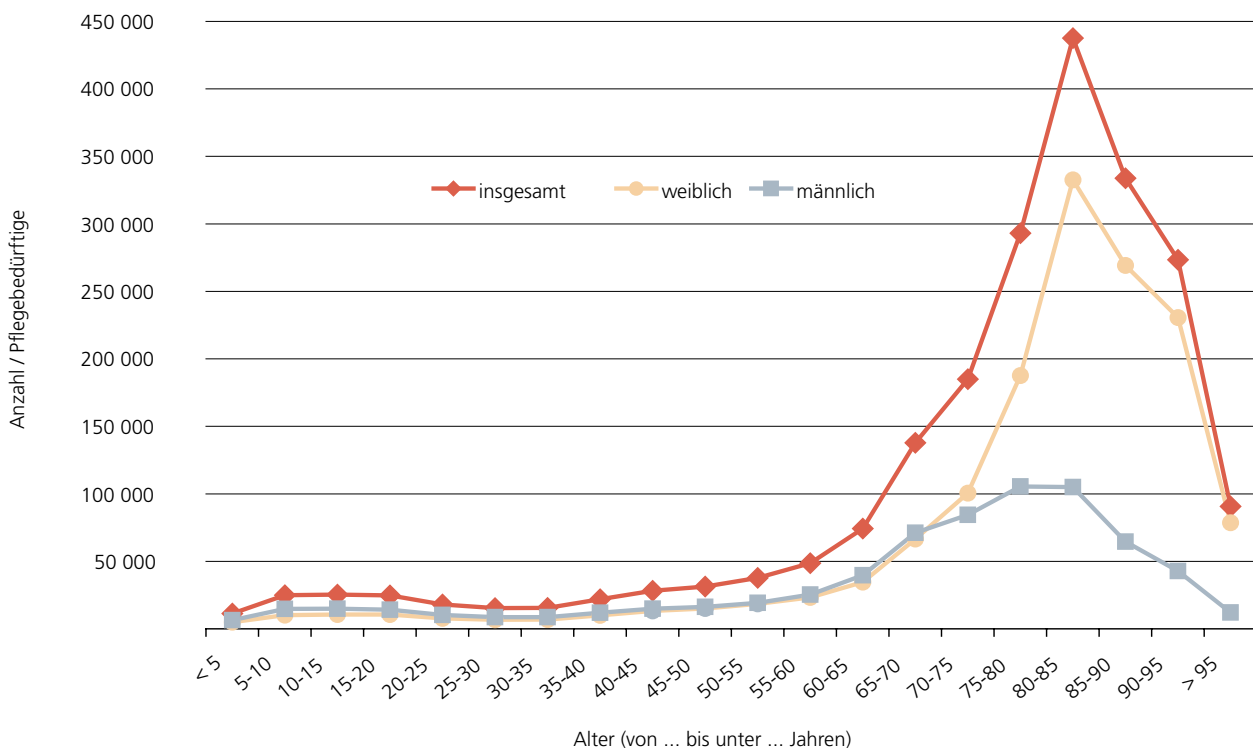
die Studien zu „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung“ (MuG), die sowohl für die Situation in Privathaushalten als auch für die stationäre Versorgung durchgeführt wurden, stehen Ergebnisse zur Verfügung, die auf das Ausmaß der Vulnerabilität der eingetretenen Lebenssituation zeigen. Die schwerwiegendsten Einschränkungen in den Alltagsverrichtungen zeigen sich beim Duschen/Waschen, gefolgt von An- und Ausziehen, der Toilettennutzung und der Nahrungsaufnahme. Hinsichtlich der instrumentellen Aktivitäten verursacht das Einkaufen die größte Abhängigkeit, gefolgt von Saubermachen, Mahlzeitenzubereitung und der Regelung finanzieller Angelegenheiten. Das Ausmaß der funktionellen Einschränkungen zeigt sich in den Befunden aus der stationären Versorgung pflegebedürftiger Menschen noch deutlicher. Fast 90 Prozent der Bewohner haben Schwierigkeiten mit dem Duschen und Waschen. Schwierigkeiten beim An- und Ausziehen, Wasser/Stuhl halten, alleiniger Toilettennutzung und im Zimmer umhergehen weisen jeweils mehr

als 50 Prozent der Bewohner auf und knapp 40 Prozent können nicht mehr eigenständig Essen und Trinken. Neben diesen Beeinträchtigungen, die vor allem den Bereich der Mobilität umfassen, leiden Pflegebedürftige unter ihrer eingeschränkten kognitiven Leistungsfähigkeit. Diese Einschätzung wird durch die Daten aus MuG IV zur Selbstständigkeit in stationären Einrichtungen unterstützt.

Etwa jeder zweite Bewohner ist räumlich gelegentlich nicht orientiert

Knapp 60 Prozent der Bewohner sind häufig oder gelegentlich unfähig zur Lösung von Alltagsproblemen, über 50 Prozent antriebsarm oder niedergeschlagen, immer noch knapp 50 Prozent zeigen sich häufig oder gelegentlich unfähig, ihre Grundbedürfnisse wahrzunehmen, sind räumlich unzureichend orientiert und bedürfen einer andauernden Überwachung. Eine gelegentlich oder häufig unzureichende Orientierung zu Personen wiesen knapp 40 Prozent auf und immer noch zwischen 30 Prozent

Pflegebedürftige nach Alter und Geschlecht im Jahr 2005



Quelle: Statistisches Bundesamt 2007a



Bei den 80- bis 85-Jährigen beträgt das Pflegerisiko 20 Prozent, bei 90- bis 95-Jährigen sogar 60 Prozent.

Übersicht über Prognosen zur Entwicklung der Zahl von Pflegebedürftigen

in Millionen

Jahr / Prognose	Basisjahr	2010	2020	2030	2040	2050	
Eigene Berechnung	SQ ¹	2,38	2,86	3,28	3,77	4,35	
	KT ²	2,24 (2007)	2,35	2,69	2,93	3,19	3,50
Rothgang (2001)	SQ	1,86 (2000)	2,13	2,47	2,71	2,98	-
	KT	1,85 (2000)	2,01	2,21	2,38	2,59	-
Statistisches Bundesamt (2008)	SQ		2,40	2,91	3,36	-	-
	KT	2,13 (2005)	2,30	2,68	2,95	-	-
Rürup (2003)	SQ	1,90 (2002)	-	-	3,10	3,40	-
Blinkert/Klie (2001)	SQ	1,81 (1998)	2,21	2,58	2,81	3,11	3,45
Dietz (2002)	SQ	1,82 (2000)	2,04	2,37	2,61	2,87	3,17
Ottndad (2003)	SQ	2,01 (2002)	-	-	3,11	-	4,00
Häcker/Raffelhüschen (2006)	SQ	1,93 (2004)	-	-	-	-	3,79
Häcker et al. 2005	SQ	1,97 (2005)	2,70	2,70	3,09	3,60	4,25

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

Quelle: GBE 2009; Statistisches Bundesamt 2006a; Rothgang 2001; Statistisches Bundesamt 2008; Rürup 2003; Blinkert 2001; Dietz 2002; Ottndad 2003; Häcker/Raffelhüschen 2005; Häcker/Höfer/Raffelhüschen 2006; SVR 2009



Für das Jahr 2030 reicht die Bandbreite der Prognosen von 2,61 bis 3,36 Millionen Pflegebedürftige.

und 35 Prozent zeigen Störungen im Tag-/Nachtrhythmus und sozial nicht angepasstes Verhalten.

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat 2009 eine Prognose zur Entwicklung der Pflegebedürftigen bis zum Jahr 2050 vorgelegt. Diese weist für 2050 eine Zahl von 4,35 Millionen Pflegebedürftigen auf. Ein Überblick über alternative Prognosen zur Entwicklung der Pflegebedürftigen bis zum Jahre 2050 zeigt, dass die Vorausberechnung des Rates mit den Größenordnungen vergleichbarer Schätzungen weitgehend übereinstimmen. Für das Jahr 2030 reicht die Bandbreite der Status quo-Prognosen zwar von 2,61 bis 3,36 Millionen Pflegebedürftigen, bezogen auf die aktuelleren Vorausberechnungen zum Basisjahr 2005 bzw. 2007 verkürzt sich die Spanne aber auf 3,09 bis 3,36 Millionen. Bei den Prognosen, die auf der Annahme der Morbiditätskompression aufbauen, gelangt das Statistische Bundesamt hier mit 2,95 Millionen Pflegebedürftigen nahezu zum gleichen Ergebnis wie die Ratsprognose (2,93 Millionen).

Insgesamt gesehen kann auf der Basis dieser Prognose kein Zweifel bestehen, dass die Entwicklung der Pflegebedürftigen die Gesundheitspolitik künftig mit erheblichen Herausforderungen konfrontiert.

Versorgungsanforderungen alter Menschen und Versorgungskonzepte

Die Versorgung mehrfach kranker oder pflegebedürftiger alter Menschen hat das Ziel mehr Gesundheit herzustellen. Mit Blick auf die Ausgangsthese des Beitrages stellt sich die nun die Frage: Was ist Gesundheit für alte Menschen mit einer Mehrfacherkrankung oder Pflegebedarf? Der Philosoph Ernst Bloch schreibt:

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

Ein bedenkenswerter Ansatz mit Blick auf das noch vorhandene Gesundheitspotenzial eines mehrfach kranken oder pflegebedürftigen alten Menschen. Seine Gesundheit ist nicht Abwesenheit von jeglicher Krankheit und Funktionsstörung, sondern zeigt sich in der Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung von Lebensqualität. Dabei geht es um die Qualität des Lebens, die im jeweiligen Abschnitt des Lebensverlaufs und für die jeweils kranke alte Frau oder den kranken alten Mann angemessen ist.

**Verbliebene Gesundheit stützen,
Lebensqualität erhalten**

Mehr Lebensqualität könnte erreicht werden, wenn die Anstrengungen zur Prävention und Gesundheitsförderung im Alter intensiviert würden. Heute ist unstrittig, dass dadurch zumindest eine Verzögerung vieler Gesundheitseinbußen möglich wäre. Dabei werden Strategien zur Verminderung der Eintrittswahrscheinlichkeit von Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit ebenso benötigt wie Maßnahmen zur Erhaltung bereits beeinträchtigter Gesundheit und Funktionsfähigkeit.

Die Zukunft einer altersangepassten Gesundheitsversorgung zu gestalten, das heißt aber auch: Diese besser auf das veränderte Morbiditätsspektrum einzustellen und die Entwicklung von Leitlinien für alte Patienten, die an mehreren chronischen Erkrankungen gleichzeitig leiden voranzutreiben. Solche Leitlinien müssen Behandlungsprioritäten setzen, an den Gesamtzustand des Patienten, seine Ressourcen und Fähigkeiten adaptiert sein und seine Lebenserwartung und individuelle Situation berücksichtigen.

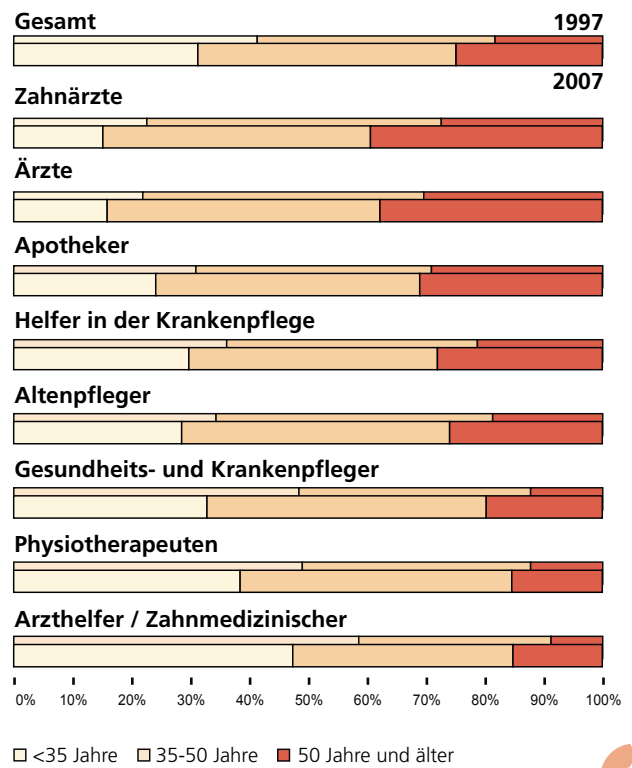
Das heißt: Die qualitative Weiterentwicklung und Ausdifferenzierung der ambulanten Pflege von gesundheitsförderlicher bis hin zu palliativer Pflege. Dabei müssen die vorhandenen Versorgungsressourcen der Regionen genutzt werden und das Angebotsspektrum muss den regionalen demographischen Entwicklungen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

Gleichzeitig muss an einer Verzahnung der Versorgung für ältere und alte Menschen, die unter chronischen Erkrankungen, Multimorbidität und/oder Pflegebedürftigkeit leiden, gearbeitet werden, um den Zustand bei langwierigen Krankheits- und Pflegeverläufen stabil zu halten. Dabei sind eine Vielzahl von Schnittstellen zu überwinden und Patienteninformationen weiterzuleiten. Der Ausbau von Case- und Care-Management könnte bei der Steuerung der Langzeitversorgung helfen.

Nicht zuletzt kann eine gute Beratung einen wichtigen Beitrag zur Lebensqualität im Falle von Mehrfacherkrankung und Pflegebedürftigkeit leisten. Die bereitgestellten Informationen müssen dann aber jederzeit erreichbar, leicht zugänglich, zielgruppenspezifisch zugeschnitten und verständlich aufbereitet sein. Gute Beratung hat längerfristige Aufgaben der Begleitung und individuellen Versorgungsplanung und -steuerung.

Diese Kriterien sollten auch beim derzeitigen Aufbau

**Altersgruppen der Berufsgruppen
im Gesundheitswesen, 1997 und 2007**



Quelle: SVR 2009

Die Gruppe der über 50-Jährigen im Gesundheitswesen ist bei Ärzten und Zahnärzten am größten.

der Pflegestützpunkte in den Regionen dringend beachtet werden.

Die Sicherstellung der Versorgung alter Menschen ist auch künftig entscheidend davon abhängig, inwieweit es gelingt, gemischte Pflegearrangements herzustellen und zu einem produktiven Zusammenwirken von professioneller sowie kommunaler und Hilfe durch Familien und pflegende Angehörigen zu gelangen.

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



gang mit kognitiven Einbußen, psychischen Problemlagen und Verhaltensauffälligkeiten gehen und um die Frage, welche Pflege die Lebensqualität der betroffenen unterstützt.

Nicht zuletzt kommt es gerade in strukturschwachen Gebieten darauf an, die Ressourcen zu nutzen, die in neuen Formen der Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe liegen und insbesondere für diese Regionen besondere Maßnahmen der Nachwuchsgewinnung zu etablieren. Die Abbildung zeigt, dass auch die Alterung der Berufsgruppen im Gesundheitswesen in den vergangenen zehn Jahren vorangeschritten ist. Die Liste der Maßnahmen, die auch künftig eine Sicherstellung der Versorgung älterer und alter Menschen garantieren, ist trotz der Fortschritte der letzten Jahre lang.

Gesundheitspotenziale stärken anstatt jedes Leiden heilen

Der demographische Wandel hat das Gesundheitsniveau bzw. Krankheitsgeschehen verändert. Dieser Veränderungsprozess wird sich fortsetzen. Ob die Menschen von Kohorte zu Kohorte immer gesünder ins hohe Alter kommen, ob es gelingt, körperliche Einbußen immer mehr in eine letzte kurze Lebensphase zu verdrängen, ist auf der Basis heutiger Erkenntnisse nicht endgültig zu entscheiden. Das gesunde Alter als eine Phase frei von jeglichen Funktionseinschränkungen scheint aus heutiger Perspektive allerdings als ein nicht erreichbares eher theoretisches Konstrukt. Die Auffassung, wir könnten alle mit anhaltender Kontrolle über die eigene Situation leben, gute Lebensbedingungen stets bewahren, immer weiter intelligent und leistungsfähig bis ins höchste Alter sein, hat eine Utopie entstehen lassen, die weder die Medizin, noch die Pharmazie, noch die Gesundheitssysteme oder das Individuum einlösen können. Wer meint, allen Krankheiten vorbeugen zu können, wer jedes Leiden zu heilen anstrebt, der verliert im Alter seine eigene Souveränität. Die Gesundheitseinbußen einer alten Bevölkerung im 21. Jahrhundert zu bewältigen heißt für das Gesundheitssystem, die jeweils vorhandenen Potenziale der alt werdenden Frauen und Männer zu unterstützen und nicht dem zum Scheitern verurteilten Versuch, einen Zustand x bis zum Lebensende erhalten zu wollen, hinterher zu jagen.

Literatur bei der Verfasserin

PROFESSOR DR. PHIL. ADELHEID KUHLMEY



hat von 1975 bis 1980 an der Berliner Humboldt-Universität Soziologie studiert. Bis 1993 war sie dort als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Abteilung Gerontologie und Medizinsoziologie der Medizinischen Fakultät beschäftigt. An der FH Neubrandenburg war Frau Kuhlmei von 1996 bis 1998 Professorin für die Fächer Gerontologie und Medizinsoziologie, anschließend lehrte sie bis 2002 am Fachbereich Gesundheitswesen der FH Braunschweig-Wolfenbüttel. Seit 2002 leitet sie das Institut für Medizinische Soziologie im Zentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften an der Charité. Adelheid Kuhlmei gehörte seit 1999 den Altenberichtscommissionen der Bundesregierung an. Von 1999 bis 2010 war sie Mitglied im Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen.



Versorgungskonzepte für eine alternde Gesellschaft

Alt werden in einer Zeit des gesellschaftlichen Wandels

PROFESSOR DR. PETER DABROCK



Der demographische Wandel der Gesellschaft lässt sich nicht leugnen. Sachlich bedeutet das zunächst: Die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland wird wie viele, aber etwas stärker noch als andere entwickelte Länder im Durchschnitt älter und schrumpft. Drei Faktoren, die nach der Werteskala der meisten hier lebenden Menschen teils begrüßt, teils bedauert, teils ohne große Regung zur Kenntnis genommen werden, tragen zu dieser Entwicklung entscheidend bei: die Zunahme der Lebenserwartung, vor allem bedingt durch den Fortschritt in der öffentlichen Gesundheitsversorgung und der Medizin, der Rückgang der Geburtenzahlen und der Saldo zwischen Zu- und Abwanderung.

Die sachlich so nüchtern skizzierbare Gesellschaftstransformation hat aber seit einigen Jahren eine regelrechte ‚Methusalem‘-Hysterie ausgelöst. Diese gern benutzte Charakterisierung für die dramatisierende und alarmistische Aufarbeitung der gesellschaftlichen Alterungsprozesse bezieht sich polemisch auf den zum Best- und Longseller avancierten Essayband ‚Das Methusalem-Komplott‘ des Herausgebers der Frankfurter Allgemeinen Zeitung, Frank Schirrmacher. Im Gefolge dessen ließen sich manch andere bekannte Sozialtheoretiker und Politikberater die Gelegenheit nicht nehmen, ihre teils schon früher erhobenen Cassandra-Rufe erneut ertönen zu lassen. Paradigmatisch für eben solche Rufe ist dann in etwa das, was der Wissenschaftsjournalist Volker Stollorz in der ‚Frankfurter Allgemeinen Sonntagszeitung‘ schon 2003 so skizzierte: „Zu viele Rentner, zu wenig künftige Beitragszahler, dazu eine immer längere Lebenserwartung. Als Resultat dieser Entwicklung steigt bis 2050 entweder der Beitragssatz für nachwachsende Generationen um das Doppelte. Oder das Rentenniveau sinkt um die Hälfte. Oder das Renteneintrittsalter wird dramatisch verzögert.“

In allen drei Fällen droht ein demokratisches Desaster. Diese Fakten kennen inzwischen alle Politiker. Sie wissen daher auch, daß Deutschland heute schon unpopuläre Reformen braucht, mehr private Vorsorge, ein höheres Renteneintrittsalter, langsamere jährliche Rentensteigerungen, steigende Zuwanderung und eine Familienpolitik, die Eltern fördert statt entmutigt.“ Neben einer Gefährdung der solidarischen Alterssicherung scheint der demographische Wandel einerseits das wirtschaftliche Wachstum zum Erlahmen zu bringen, weil die alternde

Gesellschaft nicht mehr so produktiv sei wie eine jung-dynamische und andererseits Einfluss auf das Verhältnis der Kulturen zu nehmen, weil diese von ihm unterschiedlich in Mitleidenschaft gezogen werden. Weiterhin wird der Eindruck erweckt, der demographische Wandel entzweie Menschen mit und ohne Kinder, aber auch schrumpfende und prosperierende Landstriche, Regionen, ja, ganze Bundesländer. Er führe zur Senkung des Wohlstands und zum Zusammenbruch der sozialen Sicherungssysteme. Zu tiefgreifend erscheinen den Methusalem-Hysterikern die notwendigen Reformen, als dass sie nicht ohne ein immer wieder bemühtes Szenario, den Krieg oder zumindest den Kampf der Generationen, gemeistert oder eben nicht gemeistert werden könnten.

Es geht um Weltanschauungen, nicht um Fakten

Wie ist auf diese Hysterie zu reagieren? Muss sie unwidersprochen so hingenommen werden? In einem ersten Reflexionsgang möchte ich zeigen, dass es sich, ganz im Unterschied zu Stollorz' eigener Behauptung, bei den Beschreibungen der demographischen Veränderung jedoch keineswegs einfach um Fakten, sondern um Konstruktionen handelt, die bestimmte Personen und Kreise in öffentliche Debatten einspeisen, um ihre Weltanschauungen und Interessen zu bewerben und durchzusetzen. Hier sollen zunächst Diagnostika und Therapeutika, die in der Debatte zum demographischen Wandel die Öffentlichkeit lange Zeit einseitig beherrscht haben, auf ihre Plausibilität hinterfragt und jeweilige Gegendeutungen präsentiert werden.

Wer die scheinbare Faktizität der Diagnose und die Alternativlosigkeit der entsprechenden Therapien kritisiert, sollte sich jedoch davor hüten, den Eindruck zu erwecken, dass mit der Entlarvung der Konstruktivität solcher Deutungen nun der Durchgriff auf die Fakten erfolge. Die entlarvenden Gegendiagnosen bleiben, wie bereits erwähnt, ebenfalls Deutungen. Auch die sich von ihnen ableitenden Therapievorschlüsse müssen mit Alternativen und Falsifikationen rechnen. Im Streit der unterschiedlichen Deutungen muss allerdings nicht auf epistemische und ethische Kriterien verzichtet werden, die eine Gewichtung diesseits eines ‚anything goes‘, das häufig dem Konstruktivismus vorgeworfen wird, zulassen. In epistemologischer Hinsicht wird diejenige Deutung auf höhere Plausibilität pochen können, der es gelingt, unter Einbeziehung möglichst vieler Daten eine hohe interne und externe Kohärenz der jeweiligen Information zu erzeugen.

Im konkret-ethischen Urteil als Entscheidungskriterienberatung im sittlich-politischen Diskurs sind dann diejenigen sittlich-politischen Optionen plausibler, die im Sinne eines weiten Überlegungsgleichgewichtes wohlüberlegte moralische Urteile, moralische Prinzipien und Hintergrundtheorien und von solchen her gedeutete Daten in ein möglichst kohärentes Miteinander zu integrieren in der Lage sind. Dabei zählt zu dieser Art von Reflexion auch, die sachlichen und methodischen Grenzen solcher Kohärenzbemühungen mitzubedenken. Im Sinne dieses methodologischen Programms sind die alternativen Handlungsorientierungen in einem zweiten Schritt auf ihre Kompatibilität mit leitenden sozialemischen Semantiken zu konfrontieren.

Dabei werde ich im Folgenden erstens prüfen, ob ein Rückgriff auf den kulturtheoretischen Diskurs um die Figur der Gabe, in der sich Spezifika christlichen Gemeinschaftslebens besonders adäquat außertheologisch reformulieren lassen, einen Deutungsgewinn verbuchen kann und zweitens, wie vor diesem semantischen Hintergrund die Pragmatik der beiden großen sozialetischen Konzeptionen ‚Gerechtigkeit‘ und ‚Solidarität‘ herausgefordert wird: Ist doch bei näherem Blick gar nicht klar, ob man eher von ‚Generationengerechtigkeit‘ oder ‚-solidarität‘ reden sollte. Jenseits eines alltagssprachlich diffusen Gebrauchs erheben sich nämlich höchst unterschiedliche Akzentsetzungen, wenn man das eine Konzept dem anderen vorzieht oder es stillschweigend jeweils vom anderen her begreift. Diese wirkungsvollen Präsuppositionen sollten zumindest in der sozialtheoretischen Diskussion nicht unbemerkt bleiben. Der vorliegende Beitrag wird angesichts dieser diffusen Ausgangslage inhaltlich dafür plädieren, hinsichtlich des demographischen Wandels im Generationenverhältnis stärker den semantischen Pfaden von ‚Solidarität‘ zu folgen, ohne deshalb grundlegende Einsichten des Gerechtigkeitsbegriffs zu vergessen.

Rückfragen an das Katastrophenszenario, demographischer Wandel und Gegendeutungen

Seit Ende 2005 hatten sich die Stimmen gemehrt, die der Methusalem-Hysterie nüchternere Analysen, Deutungen und Gestaltungsoptionen des demographischen Wandels gegenüberstellten. Die Kritiker des Alarmismus vertreten keineswegs eine einheitliche sozialtheoretische oder gar -politische Position. Sie soll auch nicht in die unterschiedlichsten Zugänge und Ansichten hineingelesen werden. Dennoch können die paradigmatisch ausgewählten Infragestellungen entscheidender Wahrnehmungs- und Deutungsbilder der Methusalem-Hysterie aufzeigen, wie überaus anfällig das Katastrophenszenario ist. In Frage gestellt werden a) der grundsätzliche prädiktive Anspruch der Demographie, b) die speziellen Katastrophensmantiken und c) die wenig ausgeprägte Phantasie, mit der Alterung der Gesellschaft kreativ umzugehen und sie entsprechend auch als Chance zu begreifen.

a) Prädiktiver Anspruch der Demographie

Die Kritik setzt teils ganz grundsätzlich an der oft gera-

dezu mit naturwissenschaftlichem Erkenntnisanspruch versehenen Voraussagekraft der Demographie an. Behaupten doch manche deren Vertreter, allen voran Herwig Birg, dass die von ihnen prognostizierten Entwicklungen eine überaus hohe Präzision besäßen und nur sehr schwer kurzfristig zu korrigieren seien. Sie gründen diese Einschätzung auf den Umstand, dass demographische Prognoseszenarien zum einen auf einer langen Rekonstruktionsgeschichte, zum anderen aber vor allem auf einer stabilen Sachlage beruhen. Gegen diese deterministisch wirkende Ergebnispräsentation demographischer Forschung wenden Kritiker ein, dass zumindest Jahrzehnte vorausblickende Prognosen überaus störanfällig sind: reproduktive Entscheidungen, medizinischer Fortschritt, wirtschaftliche Entwicklungen, Zu- und Abwanderbewegungen in Folge der allgemeinen Lebensverhältnisse oder politischer Entscheidungen, aber auch Katastrophen, Epidemien und Kriege lassen sich schwer als Annahmen in die mathematischen Modelle integrieren.

Zwar sind im Ergebnis manche Voraussetzungen, allerdings unter völlig anderen Bedingungen als den angenommenen, eingetroffen. Ein solches gleiches Resultat müsste dann als Koinzidenz und nicht als Bestätigung wissenschaftlicher Prognosen eingestuft werden. Blickt man beispielsweise auf die koordinierten Bevölkerungsberechnungen, so werden in der Regel vor dem Hintergrund der entscheidenden Faktoren Geburtenhäufigkeit, Lebenserwartung und Wanderungsbewegungen mehrere Szenarien entwickelt. Die 2009-Berechnung des Statistischen Bundesamtes bietet allein zwölf Normalvarianten (und drei zusätzliche Modellberechnungen) an. Die Streuung der Bevölkerungsberechnung für 2050 liegt nach dieser Studie zwischen 69,3 Mill. und 76,7 Mill. bei einem Ausgangspunkt von 82 Mill. im Basisjahr 2008. In Prozentzahlen heißt dies: Die Streuung zum Basisjahr 2008 (= 100 Prozent) prognostiziert in der am niedrigsten angenommenen Variante eine Schrumpfung der Bevölkerung auf 84,6 Prozent im Vergleich zu 2008, in der höchst angenommenen Variante allerdings nur auf 93,5 Prozent: eine Varianz, die bei näherem Hinsehen zeigt, wie unsicher die Prognosen der Demographen sind.

Bei der methodologischen Kritik an der Demographie ist schließlich nicht zu vergessen: Ganz heraus aus der eigentlichen Materie der Bevölkerungswissenschaft fallen die Gestaltungsoptionen einer Gesellschaft mit solchen Veränderungen umzugehen, angefangen von einem

möglichen Wertewandel über das Rentenrecht bis hin zum Familienförderungsausgleich. Zu erwähnen ist diese Differenz zwischen deskriptiven und normativen Aussagen, weil Bevölkerungswissenschaftler immer wieder die Grenze zwischen ihrer wissenschaftlichen Expertise und ihrem staatsbürgerlichen Engagement und Interesse überschreiten.

b) Spezielle Katastrophensemantik

Neben der grundsätzlichen Anfrage an die epistemische Prognosekraft demographischer Aussagen gilt es vor allem auf die Manipulationseinfallstore zu achten, die sich schnell öffnen können, wo Statistiken bemüht werden. Eingegangen sei auf das wichtigste Beispiel im Umgang mit dem ‚Faktum‘ demographischer Entwicklung: Gemeint ist die jeweilige, zu höchst durch Interessen steuerbare Verwendung der Kenngrößen ‚Alters-, Jugend- und Unterstützungsquotient‘. Weil der Altersquotient das Verhältnis der alten, nicht mehr erwerbstätigen Bevölkerung zur erwerbstätigen angibt, der Jugendquotient das Verhältnis der noch nicht erwerbstätigen Bevölkerung zur erwerbstätigen benennt und der Unterstützungsquotient die Summe dieser beiden Quotienten auf den Begriff bringt, kann man mit diesen Größen nicht nur das jeweilige Unterstützungspotential einer jeweiligen Gesellschaft sichtbar machen, sondern auch mögliches und als ungerecht empfundenen Ungleichgewicht zwischen den Generationen.

„Demographische Zeitbombe“ – ein modulierbares Bild

In der öffentlichen Debatte hat sich das Bild eingepreßt, das die Gewerkschaft ver.di, nicht zustimmend, sondern als Demagogie kritisierend, eine ‚demographische Zeitbombe‘ nennt: Heute trügen vier Erwerbstätige einen Rentner, 2050 müssten dies nur noch zwei tun. Doch dieses Bild, das Ungerechtigkeitsempfindungen wachrufen soll, ist vielfach modulierbar. Zum einen ist bei der Unterstützungslast, die wiederum als Indikator für die Brüchigkeit der traditionellen sozialen Sicherungssysteme ins Debattenfeld eingeführt wird, nicht nur der Altersfaktor zu berücksichtigen. Wenn es vielmehr um die Transfers zur nicht arbeitenden Bevölkerung geht, muss eben der Unterstützungsquotient im Ganzen berücksichtigt wer-

Altersspanne der Erwerbstätigen von 20 bis 60

Jugend- und Altenquotient von 1998 bis 2100

Jahre	Jugendquotient ¹	Altenquotient ²	Unterstützungsquotient ³
1998	38,0	38,6	76,6
2000	38,1	42,8	80,9
2010	33,2	48,3	81,5
2020	31,3	55,9	91,2
2030	33,1	81,3	114,4
2040	32,1	85,9	118,0
2050	31,9	91,4	123,3
2060	32,7	92,6	125,3
2070	33,1	93,0	126,1
2080	33,2	92,2	125,4
2090	34,0	90,9	124,9
2100	34,5	88,7	123,2

¹ Unter 20-Jährige auf 100 Menschen im Alter von 20 bis unter 60

² Über 20-Jährige auf 100 Menschen im Alter von 20 bis 60

³ Summe aus Jugend- und Altersquotient



Quelle: Birg 2003, 181

Der Autor dieser Zahlen suggeriert, dass die „Unterstützungslast“ für die Jungen dramatisch steigen wird.

den. In einer alternden Gesellschaft nimmt jedoch der Jugendquotient ab. Dies geschieht (nach allen Berechnungen) zwar nicht unbedingt im selben Maße, wie der Altersquotient steigt, doch die Dramatik entschärft sich. Zum anderen bieten sich selbst dann, wenn man nicht mehr nur den Alters-, sondern den Unterstützungsquotienten berücksichtigt, noch weitere Manipulationsmöglichkeiten im Kleingedruckten an. Bei Birg beispielsweise wird die Altersspanne der Erwerbstätigen von 20 bis 60 Jahren angegeben. Mit dieser Prämisse rechnet er, der zuvor selbst den Eindruck erweckte, dass der einzig sinnvolle Parameter für sozialpolitische Konsequenzen aus der Demographie der Unterstützungsquotient sei, einen Unterstützungsquotienten von 123,3 für das Jahr 2050 aus.

Gleichzeitig nimmt er in seinen Annahmen einen heutigen Unterstützungsfaktor von 81,5 an. Die Dramatik ist offensichtlich und ihre Wirkung beabsichtigt: Wir müssten die schon jetzt von vielen als grenzwertig empfundene Unterstützungslast nochmals um knapp 52 Prozent steigern – eine Aussicht, die den Kollaps der bisherigen sozialen Sicherung heraufbeschwört. Folgt man entgegen diesen Annahmen Birgs der mittleren Variante der neuesten Bevölkerungsberechnung, wie dies die

meisten Forscher tun, und zählt im Unterschied zu Birg zur Gruppe der Erwerbstätigen nicht nur die Personen im Alter von 20 bis 60, auch nicht nur die Personen von 20 bis 65 Jahren, wie dies von den meisten Statistiken derzeit dargestellt wird, sondern geht angesichts zu erwartender Lebenszeitverlängerung für das Jahr 2050 von einem Renteneintrittsalter mit erst 67 Jahren aus, dann ergibt sich nach den jüngsten Modellberechnungen des Statistischen Bundesamtes für das besagte Jahr ein Unterstützungsquotient von 81,2.

Die Prämissen der Prognosen sind interessensabhängig

Der Unterstützungsquotient hätte sich für das Jahr 2050 gegenüber dem Jahr 2008 mit dem derzeit realistischen Unterstutzungsfaktor auf der Grundlage der Erwerbszeit vom 20. bis zum 60. Lebensjahr nur leicht gesteigert, keineswegs aber in der von Birg skizzierten Dramatik. Nun kann man fragen, wo die Manipulation liegt: Ist es legitim, die Gruppe der Erwerbstätigen so eng zu fassen, wie dies Birg nicht nur für heute tut (dies erscheint angesichts der Frühverrentungspraxis, die infolge angedrohter Rentenkürzungen jedoch immer mehr zurückgeht, noch plausibel), sondern sogar bis zum Jahr 2100 meint ausdehnen zu können? Oder sollte man nicht dynamisch vorgehen und annehmen, dass längere Lebenserwartungen und der ja von niemandem geleugnete demographische Druck auch zu längeren Lebensarbeitszeiten führen, wie es beispielhaft in meiner kleinen Rechnung auf der Grundlage der Zahlen des Statistischen Bundesamtes geschehen ist? Nun unterliegen ohne Zweifel ja auch die von mir benutzen Zahlen problematischen Vorannahmen und Unsicherheiten. Deutlich machen kann das kleine Beispiel in jedem Fall, wie hochgradig die jeweiligen Berechnungen von Prämissen, die wiederum Interessen repräsentieren, abhängig sind.

Als methodologisches Fazit zu diesem Punkt, wie sehr Wahrnehmungen schon längst durch Deutungen imprägniert sind, ist festzuhalten: Viel stärker noch als bisher müssen die methodischen Voraussetzungen des Diskurses zum demographischen Wandel transparent gemacht und in die allgemeine Öffentlichkeit transportiert werden, um die Debatte seriöser voranbringen zu können. Inhaltlich kann hier natürlich nicht die große Palette der demographischen Forschung wiedergegeben werden. Nur

Alternative Berechnung – keine dramatische Entwicklung

Alternative Berechnung des Alten- und Unterstützungsquotienten

Jahre	Altersspanne der Erwerbstätigen	Unterstützungsquotient ³
2000	20-60	80,9 (Birg)
2008	20-60	80,5 (destatis.de)
2050	20-67	81,2 (destatis.de)

Variante: Obergrenze der „mittleren“ Bevölkerung, Geburtenhäufigkeit: annähernd konstant, Lebenserwartung: Basisannahme, Wanderungssaldo 200 000

Quelle: Statistisches Bundesamt, 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung



Ändert man die Prämissen der Vorhersagen, zeigt sich keine stark steigende „Unterstützungslast“ für Junge.

soviel scheint mir über die methodologischen Bemerkungen hinaus vor dem Hintergrund der Zahlen des Statistischen Bundesamtes für eine sozialetische Bewertung der sozialpolitischen Debatte um die Deutung des demographischen Wandels festgehalten werden zu können: Die deutsche Gesellschaft altert und schrumpft tatsächlich. Diese Wahrnehmung hat nicht nur nüchternen Realitätscharakter, sondern eröffnet Deutungsspielräume, die wiederum neue Realitäten als Folge aus sich entlassen. In diesem Fall bedeutet das: Ob man die Schrumpfung der Einwohnerzahl, die eben keineswegs so dramatisch ausfällt, wie die gerne bemühte Schlagzeile „Deutschland stirbt aus“ suggeriert, als Katastrophe ausmalt oder nicht, das sagt viel mehr über die jeweils kryptonormativ prägenden Menschen-, Gesellschafts- und Lebensphasenbilder derjenigen aus, die sie verbreiten, als über den demographischen Wandel selbst.

c) Geringe Phantasie, Alterung als Chance zu begreifen

Blickt man schließlich auf die Vorschläge zur Reform der sozialen Sicherungssysteme, vor allem der Altersvorsorge, so hört man in der Regel aus dem Munde der Methusalem-Hysteriker nur die Mahnung, private Vorsorge zu betreiben. Dass diese im Übrigen auch zu erwirtschaften ist, auf oft keineswegs risikolosen Verfahren aufruht – man denke nur an die ja noch immer andauernde Wirtschafts- und Finanzkrise – und dass über die Fokussierung auf die private Vorsorge hinaus noch andere wirtschafts- und bildungspolitische Maßnahmen greifen müssen, um eine

nachhaltige Sicherung der Sozialsysteme in Angriff zu nehmen, wird in der Regel verschwiegen. Überall dort jedoch, wo auf dramatisierende Rhetorik verzichtet wird, kommen selbst aus politisch unterschiedlichen Lagern recht ähnliche Reformvorschläge, die jenseits einer Fokussierung auf die Alterssicherungsmodalitäten eine umfassendere Umstellung auf die alternde Gesellschaft in den Blick zu nehmen anmahnen, um gleich einzuräumen, dass diese Änderungen nicht nur nötig, sondern auch möglich sind und in diesen Transformationen sowohl Risiken als auch Chancen liegen.

Als erstes wird in der Regel darauf hingewiesen, dass nur eine im Globalisierungswettbewerb konkurrenzfähige Wirtschaft die deutschen sozialen Sicherungssysteme, seien diese mehr durch Umlage oder durch Kapitaldeckung finanziert, nachhaltig stabilisieren kann. Von Produktivitätssteigerungen von mindestens 1,5 Prozent ist dabei die Rede. Insofern die alternde Gesellschaft, trotz des derzeitigen hohen Sockels von Arbeitslosen, mittelfristig wieder von Arbeits-, vor allem Facharbeitskräftemangel heimgesucht sein wird, muss die sozialversicherungspflichtige, und man mag ergänzen, -fähige Erwerbsarbeitsphase ausgedehnt werden. Um mehr Erwerbstätige zu akquirieren, bieten sich über die zielgerichtete Steigerung der Migrationsrate hinaus als weitere Maßnahmen die Kürzungen der Ausbildungszeiten und die Verlängerung und Flexibilisierung der aktiven Arbeitsphase an. Letzteres erfordert, wenn diese Maßnahmen nicht nur sach-, sondern auch menschengerecht von Statten gehen sollen, ein lebenslanges Lernen und Umlernen.

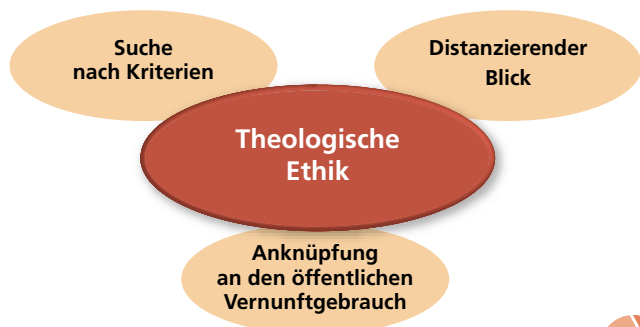
Auch die Frauenerwerbsquote kann und muss – nicht nur aus arbeitsmarktpolitischen, sondern auch aus Gründen der Geschlechtergerechtigkeit – erhöht werden. Dazu, auch das sagen alle seriösen Untersuchungen, muss die Vereinbarkeit von Arbeit und Familie durch umfassende Anstrengungen der Wertvermittlung, adäquate Betreuungseinrichtungen und fiskalische Anreizmodelle erheblich verbessert werden. Schließlich ist das Verhältnis der Generationen so neu mit Leben zu füllen, dass die unterschiedlichen Bedürfnisse, aber auch der Reichtum, den jede Generation für die andere bieten kann, inner- und außerfamiliär, in mikro-, meso- und makrosozialen Zusammenhängen, ergänzt um die Aufmerksamkeit für die unterschiedlichen Schichten, Ethnien und Geschlechter, berücksichtigt werden. Alter in seinen unterschiedlichen Phasen, von der Phase des aktiven, die Gesellschaft

bereichernden Senioren bis hin zum hoch betagten Pflegefall, kann und soll dann als integraler Bestandteil einer Kultur der diversifizierten Lebensformen geschätzt werden. Dazu zählt ausdrücklich auch, dass die letzte Phase des Lebens, in der mehr gelassen als getan werden kann, als solche gelebt werden darf und nicht unter ökonomischen Rechtfertigungsdruck gerät.

Sozialethik muss sich in den öffentlichen Diskurs einbringen

Wenn die theologische Sozialethik mit der Rezeption konkurrierender Deutungen und Gestaltungsoptionen des demographischen Wandels den ersten Schritt der Distanznahme und Warnung vor alarmistischer Protestkommunikation in Angriff genommen hat, so geht es vor allem um das Ersuchen, sich kriterienberatend in die Gestaltung des öffentlichen Vernunftgebrauchs konstruktiv und kritisch einzubringen. Das gelingt aber nur, wenn sie intrinsische Vergewisserung ihrer maßgeblichen Interpretationsmuster mit der Bereitschaft kombiniert, diese auch in solche Sprachformen zu gießen, die außerhalb der kultursprachlichen Praxis des Christentums zumindest als nachdenkenswert erachtet werden können. Dies soll mittels eines kurzen Rückgriffs auf den intensiven kulturtheoretischen Gabe-Diskurs geschehen, weil das Spezifikum christlichen Gemeinschaftslebens, wie es auch das Generationenverhältnis prägen sollte, sich mit der Gabe-Figur besonders adäquat außertheologisch reformulieren lassen kann.

Aufgabenfelder theologischer Ethik



Quelle: Dabrock



Theologische Ethik sollte sich kritisch und kriterienberatend in die öffentlichen Debatte einbringen.

Anschließend und diesen Beitrag abschließend wird zu fragen sein, wie sich vor dem Hintergrund dieser Erwägungen auf der Ebene des öffentlichen Vernunftgebrauchs die Konzeption des Generationenverhältnisses auf das Verständnis von ‚Gerechtigkeit‘ und ‚Solidarität‘ auswirkt.

Die mögliche Unmöglichkeit wechselseitiger Gabe

Ausgehend von den ethnologischen Studien des französischen Soziologen Marcel Mauss, gewonnen an indigenen Völkern Polynesiens, hat sich die Einsicht Bahn gebrochen, dass das Geben von Gaben nicht nur einen beiläufigen Vorgang darstellt, sondern häufig identitätskonstituierende Funktionen aufweist. Gerade in religiösen Praktiken, aber nicht nur in ihnen, dienen Geben, Empfangen und Erwidern von Gaben als soziale Praktiken dem Zwecke, Reziprozität, Gemeinschaft und Friedenszustände herzustellen. Dieses oft ritualisierte Handlungsdispositiv hat Rückwirkungen auf die eigene Identität wie die der anderen Beteiligten wie der sozialen Institutionen im Ganzen. In dem Zeremoniell der Gabe stiften Menschen ein Gegenmodell zu der Vorstellung, Gemeinschaft allein aus der Tauschlogik der Ökonomie zu begreifen. Der Überschuss-Charakter gehört somit konstitutiv zum Gabe-Geschehen.

Gerade weil und insofern solche Handlungen identitäts- und gemeinschaftskonstituierend wirken sollen, sind sie unter der *conditio humana* aber auch störanfällig: Man gibt nicht hinreichend, man bedankt sich nicht angemessen, der andere erwartet bessere Gaben oder intensiveren Dank, die Atmosphäre, der ‚spirit‘ des Gabegeschehens war ungünstig oder Machtinteressen spielen sich in das Geschehen ein, etc. In dem Deutungsstreit zur Gabe waren und sind die Antworten auf die Fragen umstritten, ob sich Freiwilligkeit und Verpflichtung im Gabegeschehen trennen lassen können oder überhaupt sollen, ob sich ein reines Schenken vom ökonomischen Tauschgeschäft unterscheiden lässt oder ob sich legitimerweise, und wenn wie, Spuren des einen im anderen finden lassen oder nicht.

In den kontroversen und hoch komplexen Debatten um diese Fragen ist man sich nur darin einig, wie grundlegend das Geben von Gaben für die Bildung von Gemeinschaft ist. Prägend geworden ist dabei die These

Jacques Derridas – und sie ernüchert zunächst die theologisch begründete These von der Dienstgemeinschaft als Gabe –, dass die Gabe eine unmögliche Möglichkeit darstellt. Er begründet diese Auffassung damit, dass eine Gabe nur dann diesen Namen verdiene, wenn sie ohne Gegengabe oder Schuld oder Reziprozität gegeben werden könne. Insofern aber schon das Annehmen eine Form der Gegengabe darstelle, tue sich eine unvermeidliche Aporie im Gabegeschehen auf. Entweder muss man sie vergessen – dann weiß man ja nichts von ihr – oder man verwirkt ihren genuinen Charakter der Selbstlosigkeit. Im besten Fall kann man mit Derrida von der Gabe als einer eschatologischen Möglichkeit sprechen.

Der Überschuss der Gabe im Vergleich zum Tausch

Will man innermenschlich nicht bei der Aporie stehen bleiben oder den Hinweis auf die Eschatologie als Vertröstung deuten, dann bietet sich die Deutung an, sich der Gebrechlichkeit des Phänomens der Gabe gewahr zu bleiben. Zu diesem Zwecke erinnern Emmanuel Levinas und Bernhard Waldenfels daran, dass im Ereignis der Gabe die Position des Gebers und Nehmers unvertauschbar sind. D.h.: Kommt es zu einer Gegengabe, so wird aus dem Empfänger ein Geber und ein neues Antwortgeschehen, das risikoreich ist, weil es wiederum angenommen oder abgelehnt werden kann, tut sich auf. Wer diese Wechsel im Blick hat, sieht auch: In jedem Geben steckt ein Empfangen und jedes Empfangen stellt ein Geben dar, dies jeweils unvertretbar. So bricht sich ein Überschuss der Gabe gegenüber marktförmigem Tausch Bahn, der auf Berechnung und purer Reziprozität aufruht. Allein auf diesen Überschuss kommt es an, denn – darin stimmt vor allem Waldenfels mit Derrida überein – eine reine, ganz uneigennützig Gabe gibt es nicht.

Wenn Paul Ricoeur schließlich die Gabe vor allem von der Dankbarkeit des Empfangens her deutet, sieht er mit Derrida die Aporien, mit Waldenfels aber auch die Vermischung zwischen nichtmarktförmiger Gabe und marktförmigem Tausch wie auch den Überschuss der Gabe, wenn man sich das Risikoreiche des je eigentümlichen Gebens und Nehmens bewusst vor Augen führt. Eine außerordentliche Dankbarkeit des Empfangens tut sich dann auf, wenn das Empfangen die Großzügigkeit der ersten Gabe achten kann, ohne sich gleich in die Pflicht

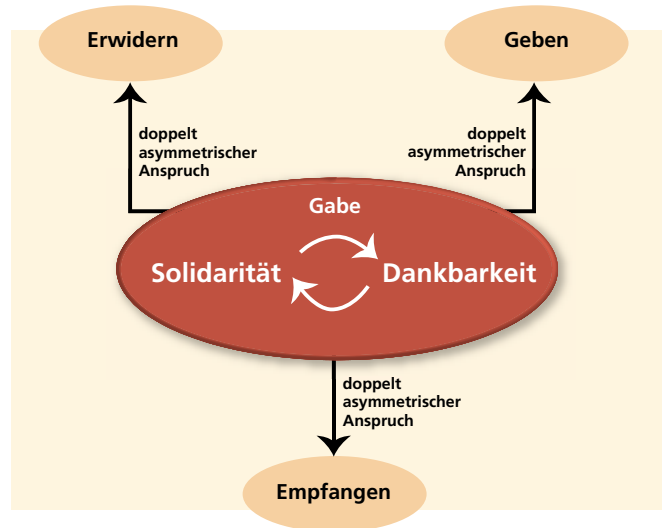
exakter Gegengabe drängen zu lassen. Auf diese Weise kann man sensibel bleiben für die Riskobehaftetheit des ganzen Geschehens: „Die Dankbarkeit macht die Last der Verpflichtung zur Gegengabe leichter und orientiert diese auf eine Großherzigkeit, die derjenigen gleicht, die zur ersten Gabe geführt hat.“ Dass sich Dankbarkeit nach Ricœur zwischen „Großherzigkeit und Verpflichtung“ ereignet, kann nicht gezwungen werden. Darauf legt Ricœur in nüchternem Eingeständnis der bleibenden Wirklichkeit des Kampfes um Anerkennung zwischen Subjekten großen Wert.

Aber darin, dass solche Erfahrungen, und seien sie die Ausnahme, überhaupt gemacht werden, sieht Ricœur bereits den Hinweis dafür, dass weder einer reinen Anthropologie, die menschliches Zusammenleben nur vom Konflikt her deutet, das Feld überlassen werden muss, noch dass man sich allein auf die romantische Utopie von Friedenszuständen konzentrieren sollte. Ihrer reinen Ereignishaftigkeit gegenüber kann das ‚gute‘, durch Dankbarkeit geprägte Empfangen auch in Ordnungen des Tausches eingebracht werden, wenn sich die beteiligten Personen für sich selbst und in ihrem Miteinander nicht nur von den jeweilig leitenden Kalkülen bestimmen zu lassen.

Konsequenzen des Gabe-Diskurses für die Deutung des Generationenverhältnisses

Betrachtet man nun nochmals das Verhältnis der Generationen zueinander, dann bietet vor allem die Ricœur'sche Deutung des Gabegeschehens Gründe, Kriterien und Motive, das Verhältnis der Generationen nicht nur und auch nicht primär nach dem do-ut-des-Schema zu interpretieren. Das bedeutet wiederum nicht, um einem möglichen Einwand von vornherein zu begegnen, dass Fragen der Reziprozität und der Gleichbehandlung in der Bewertung des Generationenverhältnisses ausgeklammert werden dürften und sollten. Selbstverständlich dürfen solche kalkulatorischen Fragen gestellt und Antworten in dieser Logik gegeben werden. Reduziert man jedoch die Debatte zum Generationenverhältnis auf den Ausgleich von Ungerechtigkeiten, ja, räumt man diesen Sorgen schon den prädominanten Platz in der öffentlichen Diskussion ein, dann steht man in der Gefahr, sich der Chance zu berauben, das Generationenverhältnis als Gabe und Geschenk für jede Generation zu begreifen.

Solidarität zwischen den Generationen als Gabe aus Dankbarkeit



Quelle: Dabrock



Das Verhältnis der Generationen geht über das simple Schema des Gebens und Nehmens hinaus.

In der Deutung des Generationenverhältnisses als Gabe gibt es Geben, Empfangen und Erwidern. Durch ordentliche, formalisierte oder kalkulatorische Reziprozität des Ausgleichs der Generationen hindurch webt sich zum einen eine responsive Asymmetrie, in der jede Generation unvertretbar auf den Appell der anderen antwortet. Natürlich denkt man hier vordringlich an die je spezifischen Sorgen und Nöte, die in jeder Lebensphase (nach Zeit-, Sach- und Sozialdimension) sehr unterschiedlich sind und spezifische Bedürfnisse, aber auch Verletzlichkeiten hervorrufen und oftmals der Fürsorge und Unterstützung der anderen Generation bedürfen.

Durch solche Appelle an die materielle, ideelle und zeitliche Fürsorge der anderen Generationen hindurch drückt sich aber möglicherweise eine viel tiefer gelagerte Bindung zwischen Familienmitgliedern, zwischen Mitgliedern partikularer Gemeinschaften, vielleicht auch bis zu einem gewissen Grade gesellschaftlicher Gruppen aus. Um gegen das Derrida'sche Verständnis der Gabe als einer unmöglichen Möglichkeit die mögliche Unmöglichkeit in den Blick zu bekommen, ist aber auch darauf zu achten, an welcher Stelle jede Generation der anderen ein je unvertretbares Geschenk macht, das man sich

selbst nicht geben kann: Eltern schenken Kindern ihr Dasein, ihre Erziehung, ihre Gemeinschaft; Kinder beschenken Eltern, indem sie diese qua ihres Daseins überhaupt von (Ehe-)Partnern zu Eltern machen, sie in der Routine des normalen Erwachsenenlebens beständig produktiv stören und sie für kindliche Neugierde zu begeistern suchen; Eltern danken Kindern durch ihre Elternliebe, Kinder danken Eltern durch ihre Kinderliebe und dadurch, dass sie (möglicherweise) ihren Eltern das Geschenk des Großelternsein-Dürfens machen, wenn sie selbst Eltern werden mögen.

Nun ist ja völlig unbestritten, dass diese idealtypisch gezeichneten Relationen aus unterschiedlichsten Gründen radikal, d.h. wurzelhaft, gebrochen sind. Doch darauf kommt es an dieser Stelle nicht an. Der Fokus liegt auf der Unvertretbarkeit von Geben, Empfangen und Erwidern, jeweils als Appell, als Antwort auf einen Appell und vor allem als Dankbarkeit verstanden, die sich aus einem bestimmten, nicht austauschbaren Status der Generationen ergeben. Dennoch zeigen empirische Studien, – entgegen allem kulturpessimistischen Geraune – wie stark tatsächlich solche innerfamiliären Bindungen und als gewollt empfundene wechselseitige und doppelt asymmetrischen Verpflichtungsrelationen sind. Sie halten in der Regel – auch und gerade durch Konflikte hindurch – ein Leben lang.

Diese Einstellung bewährt sich nicht nur in Phasen von Not und Abhängigkeit, sondern auch dann, wenn die Kinder selbst erwachsen und finanziell unabhängig sind, so dass solche Zuwendungen (die eben von reichen Eltern höher ausfallen) indirekt soziale Gegensätze verstärken. Trotz dieses Nebeneffektes bestätigen die empirischen Studien zum familialen Generationenverhältnis die sozial-phänomenologischen Reflexionen: Reine Berechnung prägt das familiale Generationenverhältnis nicht primär, vielmehr besteht eine Bindung durch und über sie hinaus. Gleichzeitig lässt sich empirisch aber auch nicht bestreiten, dass diese Solidaritätseffekte nicht überfamiliar gelten, woraus man andererseits nicht dem Fehlschluss ‚von der Faktizität zur Geltung‘ unterliegen und diesen Zustand für wünschenswert erachten darf.

Auf der Suche nach einer transpartikularen Reformulierung eines wechselseitigen Appells und Dankes zwischen den Generationen, die die Gestaltung des gesellschaftlichen Generationenverhältnisses produktiv irritieren kann, scheint sich angesichts der angedeuteten

Applikationsmöglichkeiten Dankbarkeit im Ricoeur'schen Sinne als heuristische Kategorie massiv aufzudrängen.

‚Generationengerechtigkeit‘ als ‚Generationensolidarität‘

Von dem bis hierhin erreichten Problematisierungsstand lassen sich abschließend drei Gründe anführen, um das systematische Verhältnis der eingeführten normativen Begrifflichkeiten ‚Generationengerechtigkeit‘ und/oder ‚Generationensolidarität‘ in ihrer Orientierungsfunktion für die Gestaltung des Generationenverhältnisses zu thematisieren und dabei auf die Prädominanz der ‚Generationensolidarität‘ zu setzen.

1. Zunächst drängt sich angesichts der Struktur der Ricoeur'schen Gabe-Deutung die besondere Beachtung von Solidarität zwischen den Generationen auf. Dabei ist der Solidaritätsbegriff immer in der Gefahr, einer ‚schlechten Ambiguität‘ eines diffusen ‚Sowohl als auch‘ zu verfallen. Es ist die Spezifität des Ricoeur'schen Gabeverständnisses mit seiner Pointe bei der Dankbarkeit, die nicht bloß als gleichrangige Erwidern der ersten Gabe gesehen wird, sondern ihr ein Eigenrecht lässt und so den asymmetrischen Anspruch des Anderen wachhält, die dieses Verständnis von Solidarität als ein systematisch Drittes zwischen Gerechtigkeit und Liebe produktiv und nicht nur berechnend erschließt. Eine so erschlossene Solidarität ist und bleibt zwar einerseits geprägt durch die Risikobehaftetheit von agape, verzichtet andererseits nicht auf die Ordnungsdimensionen der Gerechtigkeit, zielt wie die erste auf sozialanthropologisch nicht zu leugnende, ja sinnvolle partikulare Gemeinschaftskonstitutionen, öffnet diese aber durch die nicht einfach symmetrische, sondern doppelt asymmetrische Reziprozität, fordert aber wie letztere Verpflichtungsregeln, die jedoch die Spur des Außerordentlichen des initialen Anspruchs des Gebers, der Gabe und des Empfangens wach halten können.

Durch die Möglichkeit des Überschusses der Dankbarkeit, die erste Gabe empfangen zu haben, eröffnet sich die Chance, menschliche Relationen und Bindungen nicht nur von Ausgleichs- oder Nutzenkalkülen her zu betrachten, sondern schlechterdings von der Möglichkeit des guten Lebens und seinen Glückserfahrungen her, die solche Bindungen als Wohltat erleben und preisen. In den anonymen, abstrakten und eher machtgesteuer-

ten Mustern meso- und vor allem makrosozialer Art kann sich Solidarität dort aufbauen, wo sich durch diese (legitimerweise) kalkulatorischen Ordnungen hindurch die Bedeutung des Außerordentlichen der Dankbarkeit der Gabe des oder der Anderen an einen selbst und auch ihr im Letzten unaufhebbarer Anspruch an mich wach gehalten wird.

2. Damit wäre auch ein Beitrag geleistet, die distinktiv bisher völlig unzureichende Verwendung der Begriffe ‚Generationengerechtigkeit‘ und ‚Generationensolidarität‘ systematisch gehaltvoll zu kritisieren und der Diffusität gegenüber ein klares, kriteriengeleitetes Geltungsgefälle zu präsentieren, wann eher von ‚Generationengerechtigkeit‘ und wann von ‚Generationensolidarität‘ gesprochen werden sollte. Dabei soll für eine begründete Unterscheidung zwischen den beiden Termini plädiert werden, eben weil die erwähnten Dankbarkeitsgründe erstens nicht (primär) auf das Kalkulatorische der Gerechtigkeit setzen wollen, weil sie zweitens realistischer- und authentischerweise auch mit der methodischen Prekarität und sachlichen Nichterzwingbarkeit der Dankbarkeit rechnen und genau daraus aber drittens die motivationale Kraft der Solidarität generiert sehen. Solidarität, gerade von der Dankbarkeit des unvertretbar Empfangenen her verstanden, eignet aufgrund der Generosität der mit Dank empfangenen Gabe, eine Eigentümlichkeit, die nicht in der in anderen Kontexten völlig legitimen Berechnungslogik der Gerechtigkeit aufgeht, die die gerechtfertigte und gleichmäßige Berücksichtigung des jedem jeweils Angemessenen meint. Umgekehrt gibt es Gerechtigkeitsforderungen, die so basal sind, dass sie auch außerhalb einer partikularen Bindung normative Kraft entfalten und verpflichtende Befolgung für sich in Anspruch nehmen können.

Das Maß der sozialen Gerechtigkeit, als weit akzeptiertes Schlüsselkriterium solcher Anspruchsrechte, wäre also über die Befähigung zur Teilnahmemöglichkeit an sozialer Kommunikation zu bestimmen. Weil bei der sozialen Gerechtigkeit Gleichheit, im Sinne einer realistischen Chancengleichheit, nicht abstrakt zu berücksichtigen ist, sondern zunächst Willkürfreiheit, Unparteilichkeit und real mögliche Erzielung dieses freiheitsfunktionalen Suffizienzlevels meint, ergibt sich notwendigerweise, dass zur Erreichung dieser Chancengleichheit die jeweiligen alters-, geschlechts- und schichtenspezifischen Besonderheiten zu berücksichtigen und abzubauen sind, die

diesem Ziel entgegenstehen. Insofern kommt dem Alter, als es ohne Zweifel einen Exklusionsverstärkungs- und Inklusionshinderungsfaktor darstellen kann, eine gerechtigkeitstheoretische Bedeutung zu. In einer Gesellschaft, die ältere Menschen aus niederen Beweggründen überproportional vom Arbeitsmarkt exkludiert oder die keine altersadäquaten barrierefreien sozialen Räume schafft, werden ältere Menschen sozial ungerecht behandelt.

Fähigkeit zur Teilhabe

am gesellschaftlichen Leben

Kriterium für die Qualifizierung einer Situation oder einer politischen Entscheidung oder einer gesellschaftlichen Formation als generationengerecht bleibt das erwähnte Maß der Inklusionsbefähigung zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Sofern nicht gezeigt werden kann, dass die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Alterskohorte schon per se zu einer solchen Inklusionsgefährdung führt, muss der Begriff der ‚Generationengerechtigkeit‘ mit großer Vorsicht verwendet werden. Präzise formuliert geht es nicht darum, unter dem Stichwort der ‚Generationengerechtigkeit‘ einen Beitrag für die Festlegung des freiheitsfunktionalen Suffizienzlevels der gesellschaftlichen Inklusionsgewährung zu leisten, sondern gravierende Ungerechtigkeit zwischen solchen Kohorten im diachronen Verlauf der Weitergabe des Lebens aufzudecken oder zu verhindern.

In jedem Fall trägt man erhebliche Beweislast, wenn man Konsequenzen des demographischen Wandels als ein Problem der Generationengerechtigkeit charakterisieren will, insofern man zeigen muss, dass der jeweilige soziale und politische Konflikt primär einer zwischen Alterskohorten und nicht anderen sozialen Gruppen ist und die basale Ebene der Inklusion in die Gesellschaft tangiert. Gerade weil sich der Begriff der Generationengerechtigkeit als sachlich und methodisch so problematisch erweist, kommt dem Begriff der ‚Generationensolidarität‘ die Aufgabe zu, die führende konzeptionelle Orientierungsfunktion in der Gestaltung des Generationenverhältnisses zu übernehmen. Dass er diese nicht allein aus dem Umstand der erwähnten Insuffizienzen des Generationengerechtigkeitsbegriffs gewinnt, sondern genuin aus ihm selbst zu tragen in der Lage ist, das könnte die Neuerschließung eines qualifizierten Solidaritätsbegriffs im Anschluss an den Gabe-Diskurs zeigen.

Von dieser Semantik her macht der Begriff der ‚Generationensolidarität‘ überaus deutlich, dass sich das Verhältnis der Generationen mit sachlich und sozial angemessenerem und nachhaltigerem Erfolg gestalten lässt als auf den Gerechtigkeitsbegriff zu setzen. Klagt doch der Solidaritätsbegriff, wie er hier skizziert wurde, nicht nur wie der Gerechtigkeitsbegriff die basalen Bedingungen individueller Lebensführung in sozialen Kontexten ein, sondern bewirbt die Chancen des Miteinanders zwischen den Generationen, die nur, aber dann eben doch gerade durch aktiven Einsatz für dieses Beziehungsgeflecht, ergriffen werden können.

Wie man Vorurteilen über den demographischen Wandel begegnet

3. So könnte aber auch (quasi apologetisch) gezeigt werden, dass und wann Solidarität keinen Gerechtigkeitsunterminierenden Effekt besitzen muss. Sehr wohl würde aber auch nicht für gerecht ausgegeben, was begründungs- und anwendungstheoretisch mit der Münze der Solidarität bezahlt werden müsste. Falsche Zahlungen an falsche Stellen führen in der Regel nicht nur zu finanziellen, sondern auch sozialen und zeitlichen Kosten. Hier an bestimmten Stellen an die Fragilität von bestimmten Verpflichtungsrelationen zu erinnern, erscheint authentischer, was wiederum zu höherer Akzeptanz, in diesem Fall: im Umgang der Generationen miteinander, führen könnte.

In dem hiesigen Kontext ist vor allem daran zu erinnern, dass die Bemühungen, das Verhältnis der Generationen primär über den neu qualifizierten Solidaritätsbegriff zu erschließen, nicht dazu führen dürfen, das notwendige Niveau sozialer Gerechtigkeit, also die Inklusionsbeförderung, zu missachten und sie speziell auf altersspezifische Fragen zu beziehen. Gesellschaftliche Gestaltungsoptionen, die sich für die Solidarität zwischen den Generationen stark machen und sie zu befördern suchen, müssen also nachweisen können, dass sie die zuvor skizzierten Bedenken ausräumen können, sie kaschierten mit dem Hinweis auf einen Konflikt zwischen Altersgruppen nur noch andere, viel tiefer liegende Verwerfungen, bspw. zwischen den oberen und unteren Schichten, und verhinderten so einen sozialen Transfer zwischen diesen Kohorten. ‚Generationensolidarität‘ muss also das Level sozialer Gerechtigkeit, differenziert nach einzelnen Inklus-

sionsverhinderungen, zu denen auch das Alter zählen mag, einschließen.

Wo der hier entwickelte Generationensolidaritätsbegriff, der die Kriterien sozialer Gerechtigkeit erfüllen muss, der aber in motivationaler Hinsicht, nämlich der Bindung an partikulare Gemeinschaftsformen, in seinen Wegen, nämlich der Beachtung doppelt asymmetrischer Dankbarkeit, und in seinen Zielen, nämlich der Förderung kommunikativer Freiheit in und zwischen den Generationen, hinausreicht, beachtet wird, da eröffnet sich ein Differenzierungspotential, standardisierten Vorurteilen über den demographischen Wandel nicht einfach zu erliegen. Gleichzeitig kann angesichts der nicht zu leugnenden Entwicklung und gesellschaftlichen Sorgen darüber proaktiv, im Sinne einer realistischen Vision, die Chance ergriffen werden, ein soziales Verhältnis – nämlich das zwischen Alt und Jung – neu in den Blick zu nehmen, das enormes Potential gelingenden Lebens bietet.

Literatur beim Verfasser

.....
PROFESSOR DR. THEOL. PETER DABROCK, M.A.
.....



hat in Würzburg, Bonn und Bochum Evangelische und Katholische Theologie, Philosophie und Soziologie studiert und war anschließend im Vikariatsdienst tätig. Seine Promotion hat er im Jahr 1999 abgeschlossen. Als Wissenschaftlicher Assistent arbeitete er von 1995 bis 2002 am Lehrstuhl für Systematische Theologie (Ethik) an der Ruhruniversität Bochum. Von 2002 bis 2008 lehrte Dabrock als Juniorprofessor für Sozialethik/Bioethik am Fachbereich Evangelische Theologie der Philipps-Universität Marburg. Im Jahr 2008 wurde er zum Professor für Sozialethik in Marburg ernannt. Zum Wintersemester 2010/2011 hat Dabrock einen Ruf an die Friedrich-Alexander-Universität Nürnberg-Erlangen angenommen. Als Ordinarius für Systematische Theologie (Ethik) lehrt er dann am Fachbereich Evangelische Theologie.



Versorgungskonzepte für eine alternde Gesellschaft

Alt, krank, pflegebedürftig – werden wir den Anforderungen gerecht?

DR. H.C. JÜRGEN GOHDE



Das Thema verlangt einige Vorklärungen. Alter ist weder mit Krankheit noch mit Behinderung oder Krankheit gleichzusetzen, auch wenn sie für viele Menschen zentrale Erfahrungen sind. Leben im Alter ist mehr. „Es ist nicht zuletzt gezielter Prävention und Gesundheitsförderung zu verdanken, dass die Menschen im Durchschnitt viel älter werden und viel länger gesund bleiben“ (Gewonnene Jahre, Altern in Deutschland, Bd. 9). Als Faktoren, die ein gesundes Altern fördern, sind zu nennen:

- Prävention als gesellschaftliche und individuelle Aufgabe,
- der Ausbau der Strukturen für eine starke Altersmedizin,
- die Stärkung abgestufter Versorgungsstrukturen,
- Bildung und
- die Orientierung an ethischen Maßstäben (Leben und Sterben in Würde, Selbstbestimmung und Förderung von Selbstständigkeit, Achtsamkeit für die verwundbare Phase des Lebens).

Wer nach der Verantwortung gegenüber Anforderungen und Erwartungen fragt, muss Rahmenbedingungen beschreiben für Ressourcen und Steuerung.

Wer ist gemeint, wenn gefragt wird, ob wir Anforderungen gerecht werden?

Sind es die Verantwortlichen für Strukturen der Leistungen oder Hilfen, die Ressourcen bereitstellen wie Bund, Länder, Kommunen oder Leistungsträger und Leistungserbringer, sind es die Akteure wie Ärzte und Krankenhäuser, stationäre Pflegeeinrichtungen oder ambulante Dienste, Ausbildungsinstitutionen oder gar die Bürger selbst?

Was ist konkret gemeint, wenn wir bei begrenzten Ressourcen von „gerecht werden“ sprechen?

In der Begleitdiskussion zur Arbeit des Beirats zur Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs haben Pflegeverbände und -unternehmen immer wieder mit dem Hinweis auf die Entwertung der Leistungen der Pflegeversicherung darauf hingewiesen, es sei nötig „mehr Geld ins System“ zu geben, aber selbst keine höheren Beiträge gefordert, ebenso klar wie die neue Allianz von Sozialhilfe und Selbstzahlern.

Auch Arbeitgeber und Gewerkschaften sahen keine Spielräume für höhere Sozialbeiträge. Dagegen wird in der Koalitionsvereinbarung der Bundesregierung vom 24.10.2009 knapp festgestellt, dass die Umlagefinanzierung nicht länger ausreichend und eine Dynamisierung von Leistungen nur bei höherer Eigenbeteiligung möglich sei. Bedeutet „gerecht werden“ höhere Belastungen für den Einzelnen um der politischen Anforderung, Kostenneutralität zu wahren, nachzukommen? Und dies bei erkennbar steigenden Ausgaben in der Pflegeversicherung, der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen

aufgrund von Fallzahlsteigerungen, der Hilfe zur Pflege, der Altersgrundsicherung oder des Steuerzuschusses in der gesetzlichen Krankenversicherung?

Wer übernimmt die Verantwortung

für den sozialen Ausgleich und die Infrastruktur vor Ort?

Verlangt die Entwicklung einer älter werdenden Bevölkerung eine stärkere Privatisierung der Risiken der Pflege oder mehr Solidarität?

Nicht zuletzt die drängende Frage der Vergütung nach dem Ende der Kostendeckung angesichts der deutlich sichtbaren personalwirtschaftlichen Entwicklung: Wie sieht eine gerechte Vergütung der Pflegenden aus? Ohne klare Mindestlohnregelungen wird die Politik jedenfalls ihrer Verantwortung nicht gerecht. Jeder weiß, dass sich die Pflegeversicherung zu einem erstrangigen Jobmotor entwickelt hat, der aber nur dann nicht in Stottern kommen wird, wenn die Begleitumstände auch künftig stimmen: Ausbildung von professionellen Kräften und Einbeziehung der Zivilgesellschaft, Überwindung eines negativen Images des Berufs in der Öffentlichkeit durch eine akzeptierte Anerkennungskultur, eine Gesundheitsfördernde Führungskultur in den Unternehmen. Die Tendenz, Haushaltshilfen aus Mittel- und Osteuropa in Familien anzustellen, oft in prekärer Beschäftigung, zeigt, wie stark der Wunsch nach individueller Unterstützung ist und verweist auf Schwachstellen der gegenwärtigen Leistungserbringung.

Zusammenfassend lässt sich sagen: die Rahmenbedingungen werden entscheidend mitbestimmt durch den Wunsch älterer Menschen, in der eigenen Häuslichkeit

nach Möglichkeit auch bei Pflegebedürftigkeit in Selbständigkeit und Teilhabe zu bleiben.

Dieser Wunsch hat zur Folge, dass bei einer Vielfalt des Alterns auch mit einer Vielfalt der Pflege zu rechnen ist. Dem scheint zu widersprechen die Angst pflegebedürftig zu werden und die zunehmende Zahl von Menschen mit Beeinträchtigungen ihrer Alltagskompetenz zum Beispiel aufgrund einer steigenden Zahl demenzieller Erkrankungen. Weitere zentrale Faktoren sind die personalwirtschaftlichen Prognosen und der Bedarf an Pflegekräften sowie die wirtschafts- und arbeitsmarktpolitischen Rahmenbedingungen.

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff

Die Zeit für einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und eine nachhaltige Sicherung des Pflegerisikos ist reif. Der geltende Pflegebedürftigkeitsbegriff des Sozialgesetzbuch XI wird pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen nicht gerecht. Seine eingeschränkte Beurteilungsgrundlage nach Paragraph 14 Abs. 4. SGB XI bezieht sich vorwiegend auf den Hilfebedarf bei Alltagsverrichtungen und berücksichtigt vor allem Menschen mit kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen nicht ausreichend.

Der Faktor Zeit als Bemessungsgröße für das Ausmaß der im Einzelfall benötigten Hilfen ist nicht sach- und persongerecht. Zukunftsfähig ist ein Pflegebedürftigkeitsbegriff, der die wesentlichen körperlichen und geistigen bzw. psychischen Einschränkungen und Störungen umfasst, sowie ein akzeptiertes Bewertungssystem, das Lebens- und Bedarfslagen hilfe- und pflegebedürftiger Menschen differenziert und flexibel erfasst.

Der „Beirat zur Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ hat im Januar 2009 dem Bundesgesundheitsministerium Vorschläge für einen neuen Begriff und für ein neues Begutachtungsinstrument (NBA) vorgelegt, das vom Institut für Pflegewissenschaft der Universität Bielefeld und dem MDK Westfalen-Lippe erarbeitet wurde.

„Pflegebedürftigkeit ist die Beeinträchtigung der Selbständigkeit eines Menschen. Menschen mit Pflegebedarf sind angewiesen auf personelle Hilfe (pflegerische Hilfe) aufgrund eines Mangels eigener personaler Ressourcen. Der Maßstab zur Einschätzung von Pflegebedürftigkeit ist nicht die erforderliche Pflegezeit, sondern der Grad der Selbständigkeit bei der Durchführung von Aktivitäten und der Gestaltung von Lebensbereichen.“ (IPW Studie 2007).

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff stellt einen Paradigmenwechsel dar, der in der Praxis zu ressourcenorientiertem Handeln und Teilhabe führen wird. Das neue Verfahren eröffnet neue Wege für die qualitative Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung, für die individuelle Pflege- und Versorgungsplanung sowie für eine umfassende Pflegeberatung im Sinne des Paragraph 7a SGB XI und ein funktionierendes Care- und Casemanagement. Die Einschätzung des Bedarfs an medizinischer Rehabilitation erfolgt systematischer als heute. Die Vorschläge des Beirats bieten eine Fülle von Ansatzpunkten für eine Verbesserung der Pflege, die Selbständigkeit fördert, Abhängigkeiten mindert und umgebende Strukturen wie beispielsweise pflegende Angehörige stärkt und andere Formen von Leistungen möglich macht.

Im Mai 2009 hat der Beirat eine Studie vorgelegt, die die Eignung der erarbeiteten Instrumente wie umsetzungsrelevante Probleme der Finanzierung zeigt. Fragen der Bestandsschutzregelung wurden aufgegriffen und Hinweise für eine Implementierung der Vorschläge gegeben. Die Ergebnisse des Beirats sind von einem breiten Konsens aller Akteure getragen. Bemerkenswert war die einstimmige Verabschiedung des Endberichts. Er gibt der Politik Grundlagen für eine sorgfältige gesellschaftliche Diskussion und Umsetzung an die Hand.

Wie wird Pflegebedürftigkeit erfasst?

Der Grad der individuellen Beeinträchtigungen wird durch Begutachtung in acht Modulen ermittelt und dar-

gestellt, von denen die ersten sechs zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit herangezogen werden:

- Mobilität,
- Kognitive und kommunikative Fähigkeiten,
- Verhaltensweisen und psychische Problemlagen,
- Selbstversorgung,
- Umgang mit krankheits-/therapiebedingten Anforderungen und Belastungen,
- Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte,
- Außerhäusliche Aktivitäten,
- Haushaltsführung.

Weiter werden der Bedarf an medizinischer Rehabilitation ermittelt und präventionsrelevante Risiken erfasst und besondere Bedarfskonstellationen.

Der Beirat empfiehlt künftig unter der Prämisse der Leistungshinterlegung fünf Bedarfsgrade und dabei einen neuen Bedarfsgrad 1 zur Stärkung der Selbständigkeit sowie einen neuen Bedarfsgrad 5 für Menschen mit außergewöhnlich hoher Pflegebedürftigkeit. Die Regelungen für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz nach Paragraph 45 b SGB XI sollen nach Art und Ziel auch künftig vorgesehen werden, ebenso wie die nach Paragraph 87b SGB XI für Menschen im stationären Bereich nach Ziel und Inhalt erhalten bleiben sollen.

Für den Bestandschutz liegen klare Vorschläge vor. Das Finanzvolumen würde sich nach den jeweiligen leistungsrechtlichen Ausgestaltungen richten. Dem Assessmentverfahren entspricht der Entwurf für eine Neufassung der Paragraphen 14 und 15 SGB XI (Anlage 2).

Evaluation des Begutachtungsverfahrens

Die Evaluation des Begriffs und des Instruments durch den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS/Prof. Dr. Windeler) und das Institut für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen (IPP Bremen/Prof. Dr. Görres) zeigt, dass es gelungen ist, ein praxistaugliches, reliables und valides Instrument zu entwickeln.

Das Instrument ist vorzüglich geeignet, die Situation von Personen mit kognitiven Beeinträchtigungen zu erfassen ohne andere zu vernachlässigen. Die alten Pflegestufen und die neuen Bedarfsgrade sind allerdings nicht gleichzusetzen.

Spielräume bei der Umsetzung

Die Politik hat bei der Umsetzung erheblichen Gestaltungsspielraum, dessen Handhabung letztlich die Folgen für die pflegerische Versorgung und die Finanzen der betroffenen Sozialleistungsbereiche bestimmt. Dabei darf es nicht zu Benachteiligungen bisheriger Leistungsberechtigter kommen. Auf der gegebenen gesetzlichen Basis ist es unter bestimmten Bedingungen möglich, einen Lösungsvorschlag zu erarbeiten, der dem gegenwärtigen Leistungsvolumen weitgehend entspricht. Erkennbar wirken sich aber auch an der Schnittstelle von Pflegeversicherung und Sozialhilfe unterschiedliche Logiken und Effekte von Mehr- und Minderausgaben für Leistungsträger aus, sowie eine Kostendynamik, die sich aufgrund der demografischen Entwicklung, Leistungsdynamisierungen und Qualitätserwartungen ergibt. Es scheint nicht möglich, das neue Begutachtungsverfahren und das alte Leistungsrecht unverändert nebeneinander bestehen zu lassen, wenn man nicht Mehrausgaben und/oder zugleich Leistungseinschränkungen in Kauf nehmen will.

Der Beirat sieht es daher als erforderlich an, politische Ziele für die Umsetzung zu formulieren, die Veränderungen im Leistungsrecht und in den Leistungsformen voraussetzen. In erster Linie wäre hier an sozialräumliche Konzepte für Menschen mit Pflegebedarf und/oder Behinderungen, an Leistungsformen besonders im ambulanten Bereich sowie an verstärkte Anstrengungen in der Prävention und Rehabilitation zu denken.

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff wird zu einer veränderten Betrachtung des pflegebedürftigen Menschen und zu einer besseren Pflege führen. Eine breite gesellschaftliche Diskussion über den Wert und die Anerkennung der Pflege für eine zukunftsfähige Gesellschaft ist nötig. Sie nicht nur aus fiskalischen Gründen unvermeidlich. Angesichts der demografischen Herausforderungen ist in der Wahrung eines solidarischen Beitrags zu den Kosten der Pflege eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe zu sehen. Unsere Gesellschaft muss sich daran messen lassen, wie sie Menschen mit Pflegebedarf und/oder Behinderung begegnet und insbesondere deren Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ermöglicht.

Empfehlungen des Beirats

Der Beirat empfiehlt den neuen Begriff und das neue Begutachtungsverfahren zur Umsetzung. Ein sich am

Paradigma der Selbständigkeit orientierender Pflegebedürftigkeitsbegriff braucht Subsidiarität und verlässliche Solidarität. Soll er gerecht und personzentriert sein, muss man nicht nur bei der Aufbringung der Ressourcen, sondern auch bei den Zugängen zu Leistungen aber auch bei der Verteilung um Gerechtigkeit bemüht sein. Der Beirat hat zur Prüfung der finanziellen Umsetzbarkeit vier verschiedene Szenarien erstellt, allerdings derzeit keines zur Umsetzung empfohlen.

Diese Modellrechnungen sind im Blick auf den Gesamtaufwand auch auf Zuzahlungen und Leistungen der Sozialhilfe noch nicht aussagekräftig, weil Schnittstellen wie die zur Eingliederungshilfe und zur Hilfe zur Pflege nicht abschließend bearbeitet sind. Der Beirat hat allerdings diese identifiziert und die Frage, ob und gegebenenfalls wie der Bedarf möglicherweise zu typisieren sei, zur Untersuchung empfohlen.

Die Modelle berücksichtigen die Funktion der Pflegeversicherung, einen normativ gesetzten finanziellen Betrag zu den Kosten zu leisten, die dem Pflegebedürftigen entstehen, dadurch unmittelbar die strukturelle Sozialhilfeabhängigkeit zu mindern und mittelbar zu einer Entlastung der Sozialhilfe bei zu tragen. Es sollen keine Verschiebebahnhöfe entstehen. Sie zeigen unterschiedliche Kostenfolgen: von relativer Kostenneutralität bis hin zu nicht akzeptablen Steigerungen, verdeutlichen aber die Flexibilität und die Eignung des Verfahrens für derartige Planungen. Die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs muss sich daran orientieren Selbstständigkeit zu erhalten, Stärken zu fördern durch Prävention und Rehabilitation, Beeinträchtigungen zu mindern, umgebende Systeme stützen und ihre Pflegebereitschaft fördern. Diese Ziele müssen leistungsrechtlich abgebildet und mit neuen Inhalten beschrieben werden zum Beispiel für Menschen mit Störungen ihrer Alltagskompetenz.

Schnittstellen und Druckstellen in der gegenwärtigen Versorgung

An der Schnittstelle von Krankenhausbehandlung und teilstationärer oder häuslicher Versorgung bestehen folgende Probleme, die häufig zu einer kurzschlüssigen unerwünschten, zu schnellen Heimunterbringung führen:

- Verstopfte Kommunikationskanäle durch „Sektorenverhaftetheit“,

- gezielte individuelle Hilfeplanung ist mangelhaft,
- Sicherung der Ergebnisqualität ist verbesserungsfähig,
- Zuständigkeit für vorausschauende, komplexe, individuelle Hilfeplanung,
- Pflegeberatung ist nicht transparent genug,
- geriatrische Qualifikation der Hausärzte ist verbesserungsfähig,
- Information des Sozialhilfeträgers erfolgt häufig zu spät.

Erforderlich ist eine lösungsorientierte Kommunikation aller Akteure, die durch die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und schon jetzt mögliche vernetzte Versorgungsformen (zum Beispiel Paragraf 92 SGB XI) gestaltbar wäre nämlich:

- Krankenhaus,
- Krankenkasse (Rehabilitation und Pflegebedarf),
- Pflegekasse (Pflegebegutachtung und Finanzierung),
- Kommune: Beratungsstelle für Altenhilfe und Sozialhilfe,
- Pflegeberatung / Pflegestützpunkte,
- Leistungserbringer der Altenhilfe im Wohngebiet.

Das Ziel liegt in der verbindlichen Kooperation/Koordination von Hilfen und sozialer Infrastruktur für ein Leben im Alter im Wohngebiet.

Wohnen und Leben im Alter

Der Pflegemonitor 2007 zeigt deutlich die Vielfalt der Wünsche und die Entwicklung unterschiedlicher Optionen für Pflege und Unterstützung im professionellen und zivilgesellschaftlichen Sektor deutlich wird: es gibt keinen Königsweg, wohl aber viele unterschiedliche Ansatzpunkte für die Gestaltung. Diese werden erkennbar unterstützt durch ein neues kommunales Interesse in der Frage der Planung von Teilhabe orientierten und damit nachgefragten Angeboten der Altenpolitik. Es geht dabei um:

- Förderung von Selbstbestimmung und Selbstständigkeit,
- Schlüsselfunktion der Kommunen für eine altersgerechte Infrastruktur,
- Schlüsselfunktion des Wohnens mit Nachbarschaft,
- Schlüsselfunktion von Gesundheitsförderung und Prävention,
- Nutzung der Kompetenzen des Alters,

- Erprobung und Realisierung neuer Steuerungskompetenzen,
- Stärkung des Ehrenamts und freiwilligen Engagements,
- Sicherung der Infrastruktur für Unterstützung und Pflege,
- Altenpolitik als gemeinwesenorientierte Aufgabe.

Der vom Kuratorium Deutsche Altershilfe begleitete Modellversuch zur Einführung von Pflegestützpunkten, der im August 2010 abgeschlossen wurde, unterstreicht die Bedeutung einer vernetzten Beratung. Wachsende Bedeutung kommt der Bereitstellung altengerechten Wohnraums und der Berücksichtigung spezieller Bedürfniskonstellationen zu. Eine aktuelle Untersuchung des Kuratoriums Deutsche Altershilfe hat hier großen Handlungsbedarf und erhebliche Gestaltungschancen für die Realisierung quartierorientierter Konzepte aufgewiesen, die dem Wunsch, in der eigenen Häuslichkeit zu bleiben und der Pluralisierung von Lebensstilen gerecht werden. Die Autoren plädierten darin dafür, die Faktoren: Wohnen und Wohnumfeld, Gesundheit, Service und Pflege, Partizipation und Kommunikation, Bildung, Kunst und Kultur beteiligungsorientiert umzusetzen.

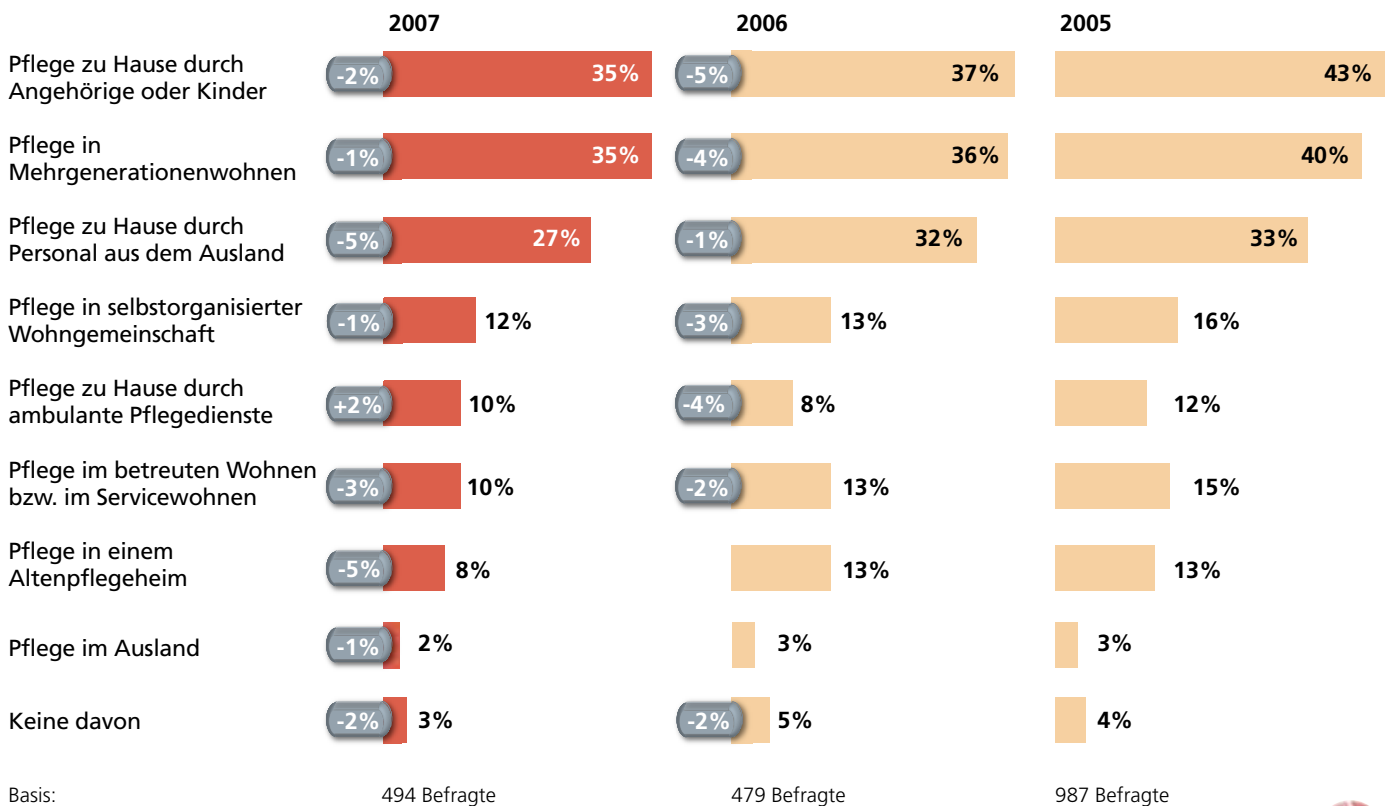
Für die Versorgung von Menschen mit Beeinträchtigungen ihrer Alltagskompetenz, also beispielsweise demenziell erkrankte Personen, spielen dabei wohnortnahe Unterstützungsformen, informelle Netzwerke, der Zugang zu gut koordinierten ärztlichen Hilfen und andere Unterstützungsformen eine besondere Rolle. Defizite bestehen derzeit bei folgenden Personengruppen: Migrantinnen und Migranten sowie Menschen mit gleichgeschlechtlicher Orientierung.

Hoher Handlungsbedarf besteht auch bei chronisch Kranken sowie Menschen mit Behinderungen, demenziell Erkrankten und Hochbetagten, insbesondere allein lebenden Menschen, und in den Strukturen von Versorgung (Wohnen) und Beratung.

Die Konsequenzen liegen auf der Hand. Gewichtet man die Herausforderungen, werden folgende Prioritäten erkennbar:

- die Schaffung niedrigschwelliger, wohnortnaher Versorgungsangebote,
- die Verbesserung von Vernetzung und Koordination der Angebote,

Entscheidung für Wohnformen – Vielfalt der Wünsche



Quelle: Altenpflege-Monitor 2007/08 | Mehrfachangaben möglich



Immer weniger Menschen entscheiden sich für ein Pflegeheim, wenn sie selbst pflegebedürftig werden würden. Aber auch ambulante Dienste und Servicewohnen erhalten stetig weniger Zuspruch.

- die Verbesserung der Kooperation der Dienstleister,
- die Sicherung einer bedarfsgerechten pflegerischen Versorgung im ambulanten und stationären Bereich durch Anreize für eine professionsübergreifende Kooperation.

Alter und Armut: Pflegebedürftigkeit

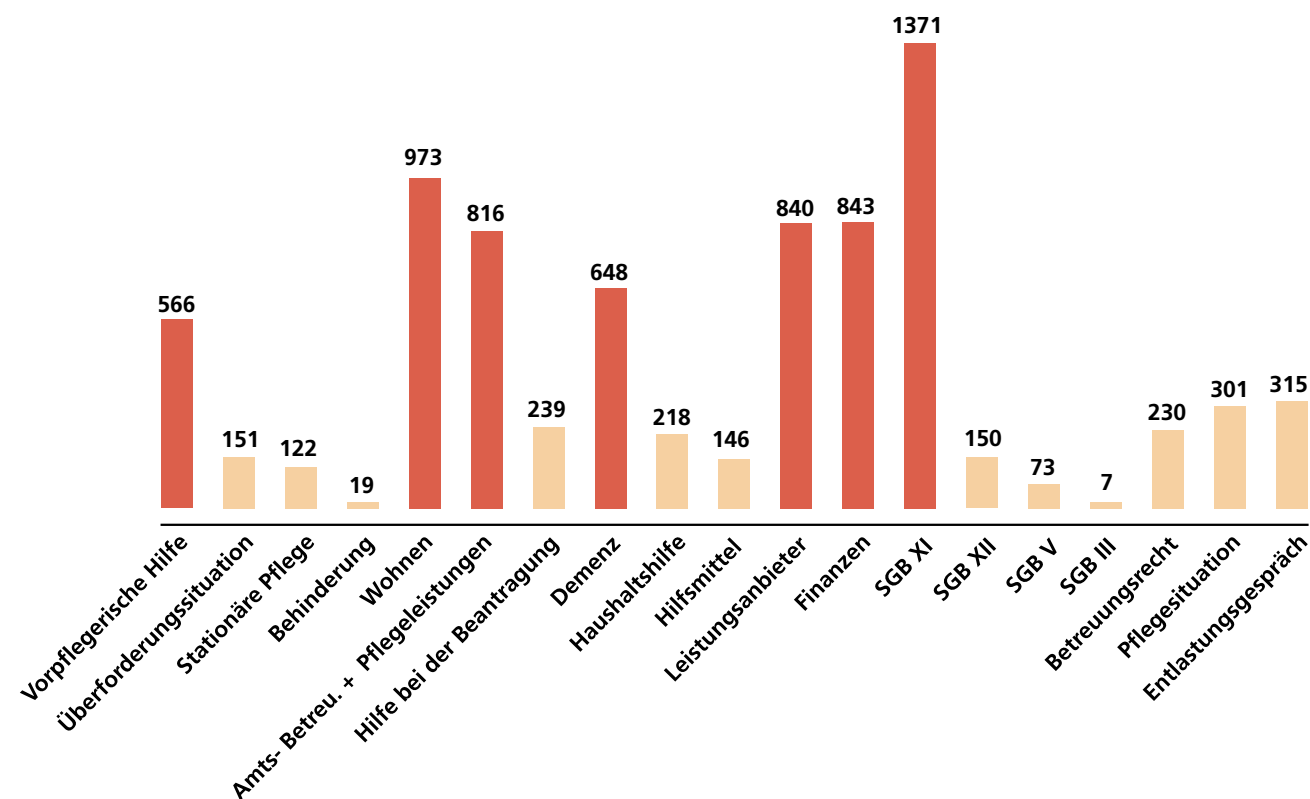
Auch wenn im Jahr 2004 Altersarmut in Deutschland mit 13 Prozent der Bevölkerung unterhalb des Bevölkerungsdurchschnitts (15 Prozent) liegt und auch den EU-Durchschnittswert (16 Prozent) unterschreitet, sind Teilhabe- und Wahlmöglichkeiten schon jetzt hinsichtlich der Versorgungsformen eingeschränkt. So finden sich Frauen in Armutslagen häufiger ungewollt aufgrund ihrer ökonomischen Situation in stationären Versorgungsformen. Besondere Aufmerksamkeit erfordert die Lage alleinlebender Menschen im ländlichen Raum.

Positiv könnte sich auswirken:

- der Ausbau präventiver und rehabilitativer Ansätze für ältere Menschen,
- die Förderung des Erhalts von Gesundheit und Selbstständigkeit,
- eine verstärkte Vernetzung der primären Versorgung (zugehende Hilfen),
- die Sicherung wohnortnaher Beratung (zum Beispiel Pflegestützpunkte),
- die Förderung Bewohnerinitiiierter Nachbarschaftshilfen und
- die Unterstützung des Konzepts des „Active Ageing“.

Nach wie vor besteht Forschungsbedarf hinsichtlich folgender Fragestellungen: Geschlecht und Lebenssituation, Arbeitslosigkeit und Geldleistungen der Pflegeversicherung, Pflegegeld als Einkommensersatz, Vereinbarkeit von Pflege und Beruf, Entwicklung der

Nachgefragte Themen in der Beratung von Pflegestützpunkten



Quelle: Kuratorium Deutsche Altershilfe



Der Modellversuch zur Einführung von Pflegestützpunkten zeigte, dass ein breites Spektrum an Beratungsthemen nachgefragt wurde.

Tagespflege, die zunehmend eine ähnliche Bedeutung wie die Kindertagesstätte bekommt, Bearbeitung gesetzlicher Schnittstellen (Sozialgesetzbücher V/IX/XI/XII), Care- und Case-Management, Überwindung sektorenverhafteter Versorgungsprozesse (ambulant vor stationär) und Leistungsrecht (so zum Beispiel Paragraf 92 SGB XI), Verbesserte Wahlmöglichkeiten zwischen Geld- und Sachleistungen, Einbeziehung zivilgesellschaftlicher und sozialräumlicher Ressourcen.

Klärung und Verbesserung von Zuständigkeiten und der Steuerung

Auch die Föderalismusreform hat noch keine befriedigende Regelung für Zuständigkeiten und Steuerung hinsichtlich der Pflege gebracht, auch wenn derzeit wieder ein verstärktes Bemühen auf kommunaler Ebene für beteiligungsorientiertes Planen und Gestalten erkennbar ist,

wenn auch mit schwachen rechtlichen Steuerungsmöglichkeiten und finanziellen Ressourcen. Nötig wäre eine an einer nationalen Strategie orientierte Handlungsoption, die auf den unterschiedlichen Ebenen mit den jeweiligen Gestaltungsverantwortlichkeiten realisiert werden könnte.

Beispiele dafür könnten gesehen werden in den Demenzplänen Norwegens oder Schottlands, dem französischen Alzheimer-Plan, der deutlich macht, wie sich gesamtstaatliche Zielsetzung und diversifizierte Umsetzung vor Ort nicht ausschließen, in der japanischen Vorstellung einer sozialraumorientierten Versorgung oder der australischen National Strategy (2002) mit der Schaffung eines Health and Ageing Portfolios „with responsibility to develop a long term, whole of government approach to ageing policies and to also engage other levels of government, business and the wider community in addressing the challenges of population ageing“. Die Stra-

ategie zielt auf eine neue soziale Infrastruktur und eine teilhabeorientierte Pflege.

Was hindert uns das Richtige zu tun und den Anforderungen gerecht zu werden? Wir haben kein Wissensdefizit, wohl aber erkennbare Probleme mit einer konsequenten Umsetzung. Wir werden daran gemessen, wie wir allen Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf Zugang zu qualitativ hochwertigen und notwendigen Dienstleistungen ermöglichen und ihnen dabei in Würde und Respekt begegnen bis zuletzt. Wir können uns bei der Lösung der Probleme nicht vertreten lassen und dürfen sie nicht länger aufschieben. Es geht um unsere eigene Zukunft.

Literatur beim Verfasser

.....

PFARRER DR. H.C. JÜRGEN GOHDE

.....




hat Evangelische Theologie und Erziehungswissenschaften studiert. In den darauffolgenden zwölf Jahren wirkte er als Präsident des Diakonischen Werkes der Evangelischen Kirche in Deutschland. Im gleichen Zeitraum ist er Vorstandsmitglied der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege gewesen. Von 2001 bis 2007 war er Präsident des Europäischen Verbandes für Diakonie „Eurodiaconia“. Jürgen Gohde wurde im Februar 2007 zum Vorsitzenden des Kuratoriums Deutsche Altershilfe gewählt. Er nimmt einen Lehrauftrag am Institut für Diakoniewissenschaft in Bielefeld wahr, saß dem Beirat für die Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs beim Bundesgesundheitsministerium vor und ist Mitglied weiterer Expertenkommissionen. Im Jahr 2003 ist ihm die Ehrendoktorwürde der Theologischen Fakultät der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg verliehen worden.



Das smarte Versorgungskonzept aus einem Guss ist noch nicht gefunden

Dr. Florian Staack



In dem Maße, in dem die Gesellschaft des langen Lebens immer mehr demografische Realität wird, wird der mehrfach erkrankte und / oder pflegebedürftige Patient zu einer bestimmenden Realität der Versorgung. Auch dann, wenn es durch bessere Prävention und Gesundheitsförderung gelänge, die gesunde Lebensphase auszudehnen und Krankheiten ins immer höhere Alter zu verschieben, so wird trotzdem der Versorgungsbedarf steigen. Dies verlangt für die gesundheitliche und pflegerische Versorgung alter Menschen Antworten, die im deutschen Gesundheitswesen bislang nicht im ausreichenden Maß gegeben werden. Darin waren sich die Teilnehmer des 2. Frankfurter Forums für gesellschafts- und gesundheitspolitische Grundsatzfragen einig.

Kritisch setzte sich das Forum mit Vorstellungen von Gesundheit auseinander, die im Sinne des Antiaging auf das Verdrängen von Alter mit seinen Einschränkungen zielen. Positiv an der Antiaging-Bewegung sei, dass sie vom Defizit-Modell des Alters wegführt. Problematisch dagegen ist der Traum vom ewigen Jungbrunnen, der durch Antiaging suggeriert werde. Dies wird eine Utopie bleiben, die kein Gesundheitssystem wird einlösen können, warnten die Teilnehmer. Stattdessen sollte in Gesundheit nicht die Abwesenheit jeglicher Funktionsstörung gesehen werden. Vielmehr sollte der Fokus auf der Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung von Selbstständigkeit liegen.

Skeptisch beurteilte das Forum kulturpessimistische Zeitdiagnosen, die die alternde Gesellschaft ausschließlich als Krise oder Niedergang interpretieren. Der demografische Wandel dauert schon weit mehr als 100 Jahre an, die stärksten Verschiebungen im Aufbau der Alters-

kohorten haben schon längst stattgefunden, wurde dem entgegengehalten. Deutschlands demografische Entwicklung repräsentiert auch keine singuläre Entwicklung. Vielmehr handelt es sich um einen weltweiten Trend, dass entwickelte Gesellschaften in der Regel alternde Gesellschaften sind. Allerdings verlangt der demografische Wandel Anpassungsprozesse, die weit über das Gesundheitswesen hinausgehen. Als eine der wesentlichen Herausforderungen hielt das Forum fest, dass es an Rollen und Leitbildern für alte Menschen fehlt. Insbesondere plädierte das Plenum dafür, Gesundheitsziele für ältere Menschen zu formulieren. Denn obwohl ein langes Leben immer häufiger zur sozialen Realität wird, fehlt es an konsensfähigen Vorstellungen darüber, was angemessenes Leben im Alter überhaupt ist. Hier warfen Teilnehmer die Frage auf, ob Beschäftigungsverhältnisse und Rentenrecht nicht einen fließenderen Übergang in den Ruhestand möglich machen sollten – auch das sei eine Form von Prävention, um dem Teilhabeverlust der Menschen, die aus dem Berufsleben ausscheiden, entgegenzuwirken.

Familie als zentrale Agentur der Generationensolidarität

Angeht von Prognosen, im Jahr 2050 werde es vier Millionen pflegebedürftige Menschen geben, wurde die Frage aufgeworfen, welche Formen von Generationensolidarität es in dieser Situation noch geben wird. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund der Erkenntnis, dass der Pflegebedarf von Frauen schneller wächst als der von Männern. Kontrovers wurde erörtert, ob die gegenwärtige Pflegeinstanz Nummer 1 in der Gesellschaft – die

Familie – auch künftig ihren Platz als zentrale Agentur der Generationensolidarität behalten wird. Teilnehmer zeigten sich überzeugt, dass es gesellschaftlich zu einer Transformation von Solidarität kommen wird, in der langfristige, an Institutionen gebundene Solidarität (Mitarbeit in der Kirchengemeinde, im Sportverein, im Chor), an Bedeutung verliert, kurzfristige, projektbezogene Solidarität dagegen zunehmen wird.

Als zentrale Herausforderung formulierte das Forum, durch welche gesundheitliche und pflegerische Versorgung die verbliebene Gesundheit alter Menschen gestützt oder ihre Lebensqualität wieder hergestellt werden kann. Teilnehmer betonten die Bedeutung der Aufgabe, die Schnittstellen bereits existierender Hilfsangebote zu verzahnen. Dabei wird große Hoffnung in das relativ neue Instrument der Pflegestützpunkte gesetzt. Einig sahen sich die Teilnehmer darin, dass es gemischter Versorgungs- und Pflegearrangements bedarf, um den individuellen Bedürfnissen alter Menschen gerecht zu werden.

Gekennzeichnet ist die derzeitige Situation aber durch fragmentierte Strukturen gesundheitlicher und pflegerischer Versorgung. Es gibt eine Vielzahl von Regularien und Ansprechpartnern auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene. Zwischen Klinik, Krankenkasse, Pflegekasse, Kommune, Leistungserbringern und Pflegestützpunkten mangelt es an verbindlichen Kommunikationsstrukturen. Menschen, die nicht aufwendige Suchprozesse in Kauf nehmen und zudem nicht über gute Kenntnisse der rechtlichen und institutionellen Vorgaben verfügen, werden nur schwer in der Lage sein, auf ihre individuellen Bedürfnisse zugeschnittene Versorgungslösungen zu finden. Helfen können in dieser Situation Pflegestütz-

punkte, die von Teilnehmern sehr positiv hinsichtlich der Niedrigschwelligkeit des Angebots bewertet wurden. Erreichbarkeit und Zugänglichkeit dieser Angebote werden als entscheidend für ihre Wirksamkeit angesehen. Daher sollte es auf dem Land bei ungenügendem öffentlichen Nahverkehr in das nächste Mittelzentrum auch mobile, aufsuchende Beratungsstrukturen geben, forderten Teilnehmer. Die Umsetzung der Pflegestützpunkte gelinge überall dort am besten, wo Kommunen bereits umfangreiche Erfahrungen in der Altenpflegeplanung haben.

Städte sind der Ort, an dem es gelingen muss, eine neue, altersgerechte Infrastruktur zu schaffen. Zentral ist dabei die Herausforderung, bürgerschaftliches Engagement rund um die Heime anzusiedeln, um die Lebensfähigkeit von städtischen Räumen zu erhalten. Bedarfsanalysen zeigten ein klares Profil, waren sich Teilnehmer einig: Nötig seien niedrigschwellige, wohnortnahe Versorgungsangebote und die Sicherung der pflegerischen Versorgung durch multiprofessionelle Teams.

Der „Kümmerer“ muss auch finanziell den Hut aufhaben

Die bisher verteilten Verantwortlichkeiten von Kommunen, Kassen und Leistungserbringern müssen in einen Zusammenhang gebracht werden, forderten die Teilnehmer. Damit dies über Beratungsagenturen wie etwa Pflegestützpunkte organisiert werden kann, muss der jeweilige „Kümmerer“ auch finanziell den Hut aufhaben. Diese „Kümmererstruktur“ kann nur auf regionaler oder kommunaler Ebene angesiedelt sein, zeigten sich die Teilnehmer des Forums überzeugt. Befragungen belegten bisher, dass Ärzte und Krankenkassen als Informationslieferan-

ten für Bausteine eines Pflegearrangements nur nachrangige Bedeutung haben. Aufmerksam geworden sind die Befragten auf die Pflegestützpunkte überwiegend durch ihr soziales Umfeld oder lokale Medien. Dies zeige einmal mehr die Notwendigkeit einer bundeseinheitlichen, zentralen Stelle für Pflegefragen. Das rote „A“ sei an beinahe jedem Ort Deutschlands eine starke Marke, die auf eine naheliegende Apotheke verweise. Nötig sei ein ähnlich starkes Symbol als Anlaufstelle für alle Fragen rund um die Pflege, argumentierten Teilnehmer.

Eine Kontroverse löste der Vorschlag aus, ob es für die Ausarbeitung individueller Pflege und Versorgungspläne nicht ein neues Berufsbild braucht: Nämlich den Alten-, Pflege oder Präventionsberater, der sich auch niederlassen darf. Für die Pflegeplanung seien sehr gut qualifizierte Kräfte nötig. Das Gegenargument lautete, es gebe bereits einen „Wasserkopf“ an Verwaltungskräften. Nötig seien hingegen angesichts der vielerorts angespannten Personalsituation Mitarbeiter, die unmittelbar in der Pflege tätig sind.

Kritisch beurteilt wurde die Situation der Pflege in Heimen im Vergleich zur Pflege in Krankenhäusern. Die Situation sei paradox: In Heimen könnte die Pflege der „Leitwolf“ sein, ist es aber nicht. Selbst einfachste Notsituationen führten immer wieder zur Einweisung ins Krankenhaus, berichteten Teilnehmer. Dagegen sei die Pflege dort am innovativsten, wo sie Assistenzdisziplin ist, nämlich im stationären Sektor.

Harte Konkurrenz um qualifizierte Arbeitskräfte

Tatsächlich ist die Personalsituation in der Pflege in einzelnen Regionen bereits sehr angespannt, berichteten Teilnehmer. Heimleitungen hätten große Probleme, qualifiziertes Personal zu finden. Zudem sei die Fluktuation der Mitarbeiter sehr hoch. Dies liege, so wurde übereinstimmend angemerkt, nicht nur an der schlechten Bezahlung, sondern auch an der mangelnden gesellschaftlichen Wertschätzung der Pflege. Viele Wirtschaftsbranchen konkurrierten mit der Pflege um qualifizierte Arbeitskräfte – dabei habe die Pflege vergleichsweise schlechte Karten. Die Öffnung der Ausbildungsgänge in der Pflege auch für Hauptschüler wurde einerseits als „verzweifelter Versuch“ gewertet, die Personalnöte zu lindern. Andererseits wurde angemerkt, dass gerade angesichts der steigenden Zahl demenziell Erkrankter sehr viel mehr

Haushaltshilfen bei der Betreuung nötig sein werden als bisher. Insoweit könnten so genannte Servicehelfer, die der Pflege vorgelagerte Aufgaben übernehmen, durchaus sinnvoll sein.

Das Forum plädierte für die Ausbildung unterschiedlicher Professionalitäten, um den unterschiedlichen Bedürfnissen der Pflegenden besser als bisher gerecht werden zu können, beispielsweise für die Betreuung Demenzkranker oder für die kultursensible Pflege, also bei der Versorgung von Migranten. Skeptisch beurteilte das Forum den Versuch, den Arbeitskräftemangel durch Anwerbung aus dem Ausland lindern zu wollen. Die Arbeitsmigration „springe“ inzwischen über Deutschland hinweg, so würden etwa Pflegekräfte aus Tschechien vor allem in Großbritannien angeworben, aus Rumänien hingegen gingen Pflegemitarbeiter vor allem nach Spanien. Das Forum zeigte sich überzeugt, dass die einzige Gruppe, die noch für Deutschland ein größeres Arbeitskräftepotenzial bilden könnte, Pflegekräfte aus Afrika darstellen. Die Arbeitsmigration werde für Deutschland immer mehr zu einem „Nullsummenspiel“.

Ein Reservoir für an Pflegeberufen interessierte junge Männer ist der Zivildienst. Um so mehr sehen einige Teilnehmer mit Sorge, dass die Dauer des Zivildienstes immer weiter verkürzt wird, so dass dieser „Nährboden“ für Nachwuchs eines Tages völlig austrocknen könnte. Beklagt wurde auch, dass Jugendliche bislang praktisch überhaupt nicht über neue Medien – genannt wurden vor allem soziale Netzwerke im Internet – auf Pflegeberufe hingewiesen oder für Pflege Themen sensibilisiert werden. Hier wird ein großer Nachholbedarf gesehen.

Die Teilnehmer des Forums zeigten sich abschließend überzeugt, dass Pflege Themen inzwischen in der Mitte der Gesellschaft angekommen sind. Doch Informationen über neue Angebote oder Unterstützungsleistungen für Pflegebedürftige oder ihre Angehörigen erreichten sehr oft nur ohnehin gut informierte Schichten der Gesellschaft. Es fehle eine Öffentlichkeitskampagne, die Pflege Themen ganz unmittelbar in die Wohnstuben transportiert. Es gelte, so das Fazit des Forums, jetzt die Grundlagen dafür zu schaffen, wie die Gesellschaft im Jahr 2030 leben will. Die Zeit sei gekommen, um eine Reform der pflegerischen und medizinischen Versorgung von alten Menschen auf den Weg zu bringen. Nicht stattdessen sei dagegen, diese Verantwortung auf nachfolgende Generationen zu verschieben.

DISKUSSIONSTEILNEHMER BEIM FRANKFURTER FORUM



Martina Barwig

Dr. med. Jürgen Bausch

Wolfgang van den Bergh

Dr. med. Margita Bert

Hilmar Bohn

Prof. Dr. theol., M.A. Peter Dabrock

Dr. med. Bernhard Egger

Dr. med. Hans Georg Faust

Dipl. med. Regina Feldmann

Dr. phil. Gary Lee Geipel

Dr. med. Jan Geldmacher

Magda Geldmacher

Anita Görtz

Dr. h.c. Jürgen Gohde

Eicke Hovermann

Prof. Dr. Adelheid Kuhlmei

Pfarrer Bernd Laukel

Dietmar Preding

Dr. med. Manfred Richter-Reichhelm

Werner Rychel

Staatssekretärin a.D.

Gudrun Schaich-Walch

Dr. med. Nick Schulze-Solce

Dr. phil. Florian Staeck

Dr. med. Ursula Stüwe

Dipl. rer.pol. Eva Walzig

Michael Weller

Dr. med. Eva Winkler

Veranstaltungs-Rückblick

Das Frankfurter Forum für gesellschafts- und gesundheitspolitische Grundsatzfragen veranstaltet zweimal jährlich Plenarsitzungen. Im Frühjahr 2009 startete die Veranstaltungsreihe mit dem Themenschwerpunkt „Medizinischer Fortschritt in einer alternden Gesellschaft“.

Im Januar 2010 standen „Versorgungskonzepte für eine alternde Gesellschaft“ im Mittelpunkt der Referate und Debatten. Die Inhaltübersicht zu früheren Veranstaltungen skizziert die Schwerpunkte bisheriger Forumsveranstaltungen. Tiefere Einblicke erlaubt die Schriftenreihe des Frankfurter Forums. Interessenten können Exemplare unter der Kontaktadresse anfordern:

Dietmar Preding | Health Care Relations | Mozartstrasse 5 | 63452 Hanau | E-Mail: dp-healthcarerelations@online.de

1. Plenarsitzung

Frankfurter FORUM für gesellschafts- und gesundheitspolitische Grundsatzfragen



Programm

**„Medizinischer Fortschritt in einer alternden Gesellschaft –
ethische, medizinische und ökonomische Aspekte“**

Veranstaltungstermin: 2. - 3. April 2009

17:30 – 17.40 Uhr	<p>Donnerstag, 2. April 2009</p> <p>Begrüßung Gudrun Schaich-Walch, Parlamentarische Staatssekretärin a.D., Frankfurt Dr. med. Jürgen Bausch, Ehrenvorsitzender KV Hessen, Frankfurt Dr. med. Nick Schulze-Solce, Arzt und Apotheker, Bad Homburg</p>
17:40 – 18:20 Uhr	<p>„Ethische Aspekte“ Prof. Dr. rer. oec. Lic. theol. Friedhelm Hengsbach SJ, Katholische Akademie Rhein-Neckar, Ludwigshafen</p>
18:20 – 19:00 Uhr	<p>„Medizinische Aspekte“ Prof. Dr. med. Dr. phil. Dr. h.c. theol. Eckhard Nagel, Direktor Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften, Universität Bayreuth</p>
19:00 – 19:40 Uhr	<p>„Ökonomische Aspekte“ Prof. Dr. rer. pol. Volker Ulrich, Lehrstuhl für Volkswirtschaft III, insbesondere Finanzwissenschaft, Universität Bayreuth</p>
9:00 – 12:30 Uhr	<p>Freitag, 3. April 2009</p> <p>Diskussion Moderation: Gudrun Schaich-Walch, Parlamentarische Staatssekretärin a. D. Dr. med. Jürgen Bausch, Ehrenvorsitzender KV Hessen</p> <p>Abschlussbemerkungen</p>

In Zusammenarbeit und mit Finanzierung durch Lilly Deutschland

2. Plenarsitzung

Frankfurter FORUM für gesellschafts- und gesundheitspolitische Grundsatzfragen



Programm

**„Versorgungskonzepte für eine
alternde Gesellschaft“**

Veranstaltungstermin: 22. - 23. Januar 2010

17:30 - 17.40 Uhr	<p>Freitag, 22. Januar 2010</p> <p>Begrüßung Gudrun Schaich-Walch, Parlamentarische Staatssekretärin a.D., Frankfurt Dr. med. Jürgen Bausch, Ehrenvorsitzender KV Hessen, Frankfurt</p>
17:40 - 18:20 Uhr	<p>„Spezielle Versorgungsanforderungen für ältere und alte Patienten“, Prof. Dr. Adelheid Kuhlmeier, Mitglied des Sachverständigenrates, Direktorin des Instituts für Medizinische Soziologie, Charité Berlin</p>
18:20 – 19:00 Uhr	<p>„Alt werden in einer Zeit des gesellschaftlichen Wandels - Herausforderungen für den Einzelnen und die Gesellschaft“, Prof. Dr. theol. Peter Dabrock, M.A., Dekan Fachbereich Evangelische Theologie - Sozialethik/Bioethik, Marburg</p>
19:00 - 19:40 Uhr	<p>„Alt, krank, pflegebedürftig – werden wir den Anforderungen gerecht?“ Dr. h.c. Jürgen Gohde, Vorsitzender Kuratorium Deutsche Altershilfe, Berlin</p>
09:00 – 10:30 Uhr	<p>Samstag, 23. Januar 2010</p> <p>Gemeinsame Diskussion Moderation: Gudrun Schaich-Walch, Parlamentarische Staatssekretärin a. D. Dr. med. Jürgen Bausch, Ehrenvorsitzender KV Hessen</p> <p>Abschlussbemerkungen</p>

In Zusammenarbeit und mit Finanzierung durch Lilly Deutschland

Impressum

Herausgeber:

Frankfurter Forum für gesellschafts- und gesundheitspolitische Grundsatzfragen, Frankfurt am Main

Verlag:

Ärzte Zeitung Verlagsgesellschaft mbH
Am Forsthaus Gravenbruch 5
63263 Neu-Isenburg

Redaktionelle Bearbeitung:

Dr. Florian Staeck,
Wolfgang van den Bergh

Autoren:

Prof. Dr. Adelheid Kuhlmei
Prof. Dr. Peter Dabrock
Dr. h.c. Jürgen Gohde
Dr. Florian Staeck

Bildnachweis:

Titelbild: © PantherMedia

Layout / Grafik:

Cornelia Hannebohn,
Till Schlünz (Titelgestaltung)

Druck:

Griebsch & Rochol Druck GmbH, Hamm

Springer Medizin

© Ärzte Zeitung Verlagsgesellschaft mbH,
Neu-Isenburg, September 2010

 **Springer Medizin**
ISSN 2190-7366

In Zusammenarbeit und mit
Finanzierung durch
Lilly Deutschland GmbH,
Bad Homburg,
www.lilly-pharma.de

Antworten, auf die es ankommt.



FRANKFURTER FORUM
für gesellschafts-
und gesundheitspolitische
Grundsatzfragen