

ANTWORTEN FÜR EINE ALTERNDE GESELLSCHAFT



© Friedrich-Ebert-Stiftung
Büro Niedersachsen
Rathenastr. 16 A
30159 Hannover

Tel.: 0511-306622
Fax: 0511-306133
E-Mail: hannover@fes.de
Internet: www.fes.de/niedersachsen

Hannover, November 2007

ISBN 9 7 8 - 3 - 8 9 8 9 2 - 8 1 6 - 8

Layout:	Jennifer Möller,	FES Hannover
Inhaltliche Verantwortung:	Susanne Ferschl,	FES Hannover
Herstellung:	Hannoversche Werkstätten gem. GmbH	

Inhaltsverzeichnis

Vorwort

Susanne Ferschl

Respekt und Würde: Sozialdemokratische Antworten für eine alternde Gesellschaft 1

Wolfgang Jüttner

Alter hat Zukunft

22. Juni 2007

Potentiale des Alters am Arbeitsmarkt 2

Franz Thönnies

Zivilgesellschaftliches und Ehrenamtliches Engagement im Alter 3

Dagmar Mühlenfeld

Wohnen im Alter 4

Bernd Meyer

In Würde alt werden

22. September 2007

„In Würde alt werden“ 5

Uwe Schwarz

Die aktuelle Pflegesituation und die Zukunft der Pflegeversicherung 6

Birgit Fischer

Die Weiterentwicklung der Pflegequalität und des Pflegepersonals 7

Wilhelm Schmidt

Patientenverfügung – ein Lebensende in Würde? 8

Dr. Friedrich Weber

Vorwort

Das Land Niedersachsen wird in den nächsten Jahren mit einem massiven Bevölkerungsrückgang sowie einer parallel dazu steigenden Zahl alter Menschen konfrontiert. In einigen Städten ist bereits jetzt ein Viertel der Bevölkerung 60 Jahre und älter. Diese Entwicklung wird jedoch insbesondere im Süden und Osten des Bundeslandes noch weiter zunehmen. Eine älter werdende Gesellschaft braucht jedoch bestimmte Antworten, um den gesellschaftlichen und politischen Herausforderungen, die durch den demographischen Wandel entstehen, wirksam begegnen zu können.

Die Friedrich-Ebert-Stiftung veranstaltete deshalb im Jahr 2007 in Hannover zwei Kongresse zum Thema „Antworten für eine alternde Gesellschaft“, auf denen gemeinsam mit Experten, Politikern und betroffenen Bürgern mögliche Strategien für eine immer älter werdende Gesellschaft diskutiert wurden. Der erste Kongress mit dem Titel „Alter hat Zukunft“ beschäftigte sich dabei mit der aktiven Seite des Alterns. Also mit jenen älter werdenden Menschen, deren Vitalität es ihnen noch ermöglicht, sich bis ins hohe Alter hinein aktiv in die Gesellschaft einzubringen. Der zweite Kongress mit dem Titel „In Würde alt werden“ konzentrierte sich dagegen auf das Stadium des Alterungsprozesses, in dem man auf fremde Hilfe und insbesondere auf Pflege angewiesen ist. Nicht ausgeklammert wurde dabei auch die schwierige Frage nach dem „Sterben in Würde“.

In der vorliegenden Dokumentation wurden alle Beiträge der beiden Kongresse gesammelt.

Viel Vergnügen beim Lesen!

Susanne Ferschl

Referentin

Landesbüro Niedersachsen

1. Respekt und Würde

Sozialdemokratische Antworten für eine alternde Gesellschaft

Wolfgang Jüttner, MdL

Vorsitzender der SPD-Fraktion im niedersächsischen Landtag

Hannover, 22. Juni 2007

Allerorten wird mittlerweile über die Folgen des demografischen Wandels gesprochen, über die Zukunft der Pflegeversicherung, die Sicherheit und Höhe der Renten und allgemein über die künftige Rolle älterer Menschen in unserer Gesellschaft.

Dabei ist es auf dem ersten Blick eine völlige Banalität, daran zu erinnern, dass wir alle älter werden, dass die Gesellschaft insgesamt älter wird. Tatsächlich steckt viel mehr dahinter: Deutschland und Niedersachsen werden sich in den nächsten Jahren und Jahrzehnten geradezu dramatisch verändern – und wir stecken heute schon mitten drin in diesem radikalen Wandel.

Ich danke deshalb sehr herzlich der Friedrich-Ebert-Stiftung, dass sie mit der Kongressreihe „Alter hat Zukunft“ und „In Würde alt werden“ ein Thema aufgegriffen hat, das längst die Fachdiskussionen verlassen hat und breit und kontrovers in der Öffentlichkeit diskutiert wird.

Die Fakten sind dabei eindeutig: Niedersachsen wird älter – und weniger. 2021 werden lt. Statistischem Landesamt rd. 15 % weniger Kinder und Jugendliche im Lande leben als noch 2004. Gleichzeitig wird die Gruppe der über 79jährigen um 44 % wachsen. Was deutschlandweit zu beobachten ist, kündigt sich auch in Niedersachsen an: eine Revolution der Alten. Gleichzeitig wird Niedersachsen unterschiedlich stark altern. 2021 werden die Einwohner in Niedersachsens Westen – also in Süddoldenburg oder im Emsland

vergleichsweise jung sein, während der Osten und Süden – der Harz oder das Weserbergland – einen deutlich höheren Altersdurchschnitt aufweisen werden. Die immer wieder gerne verbreiteten Untergangsszenarien sind dabei völlig fehl am Platz. Die SPD Niedersachsen steht dafür, diesen Wandel zu gestalten, die Herausforderungen offen anzugehen – und schon heute die richtigen Weichen dafür zu stellen.

„Mitverantwortung, Alter als Motor für Innovation, Nachhaltigkeit und Generationensolidarität, lebenslanges Lernen und Prävention“ nennt der 5. Altenbericht als Leitbilder der Altenpolitik der Bundesregierung.

Sie sind auch die Richtschnur sozialdemokratischer Altenpolitik in Niedersachsen:

1. In einer alternden Gesellschaft ist das soziale und menschliche Miteinander der Generationen undenkbar ohne soziale Gerechtigkeit.

Soziale Gerechtigkeit bedeutet dabei für die SPD nichts anderes, als dass jeder und jede, unabhängig von Alter, Geschlecht, Geldbeutel oder Herkunft das Recht und vor allem auch die tatsächliche Chance auf gesellschaftliche Teilhabe haben muss. Dies alles ist nicht selbstverständlich. Soziale Gerechtigkeit kommt auch nicht von selbst. Sie muss immer wieder neu erkämpft werden. Und sie muss neu erklärt werden unter den heutigen Bedingungen einer alternden

Gesellschaft. Ältere Menschen haben das Recht auf Respekt vor ihrer Lebensleistung und das Recht auf ein würdevolles Alter. Diese Rechte zu verwirklichen, sie im Alltag mit Leben zu erfüllen, dafür steht die SPD Niedersachsen.

2. Nach und nach entwickelt sich ein neues, positiveres Bild vom Alter.

Klar ist: Altern hat Zukunft. Noch nie wurden in Deutschland so viele Menschen so alt wie heute. Noch nie blieben so viele alte Menschen so lange gesund und vital wie heute. Noch nie waren so viele alte Menschen so gut ausgebildet wie heute. Doch das neue, positive Bild vom Alter bleibt bislang vage.

Eine alternde Gesellschaft kann nicht einfach gleichgesetzt werden mit überforderten Sozialsystemen, Stagnation und Vergreisung. Sie birgt auch ganz neue Chancen, neue Impulse und neue Herausforderungen.

Es ist erst wenige Jahre her, da sprach der Präsident der Bundesärztekammer vom notwendigen „sozialverträglichen Frühableben“ älterer Menschen, damit auch in Zukunft die sozialen Sicherungssysteme in unserem Land leistungsfähig und finanzierbar blieben. Philipp Mißfelder, heutiger CDU-Bundestagsabgeordneter und vormaliger Bundesvorsitzender der Jungen Union, schlug vor, aus Rentabilitäts- und Kostengesichtspunkten allen über

75jährigen im Falle eines Falles eine neue Hüfte zu verweigern.

Trotz dieser peinlichen Ausfälle und fortbestehender Altersdiskriminierung in vielen gesellschaftlichen Bereichen verändert sich das Bild vom Alter.

Der Jugendwahn hat heute seinen Höhepunkt überschritten und immer stärker kommen die Erfahrungen älterer Menschen, ihre Potentiale und ihr Wissen ins Blickfeld. Ganz neue Produktlinien für Seniorinnen und Senioren entstehen, Unternehmen richten sich zunehmend auf die wachsende Marktmacht der älteren Generation aus, rasant entwickeln sich neue Dienstleistungen für Alte. Und auch auf dem Arbeitsmarkt werden zunehmend wieder ältere Arbeitnehmer/innen neu eingestellt oder erst gar nicht entlassen, weil immer mehr Bosse erkennen, wie wichtig der große Wissens- und Erfahrungsschatz älterer Beschäftigter für den unternehmerischen Erfolg ist. Neue Erwerbsbiografien, Wohnformen und Wirtschaftszweige für und durch ältere Menschen, entwickeln sich.

Diesen Mentalitätswandel zu fördern, ohne gleichzeitig die besonderen Bedürfnisse älterer Menschen zu vernachlässigen, setzt sich die SPD Niedersachsen zum Ziel.

3. Eine fortschrittliche Altenpolitik in Niedersachsen ist eine Politik für ältere Menschen, mit älteren Menschen - und vor allem durch ältere Menschen.

Niedersachsen ist ein Flächenland mit vielen Dörfern und kleinen bis mittelgroßen Städten. Die Menschen identifizieren sich mit ihrem Ort, ihrer Region. Dort ist ihr Lebensmittelpunkt. Und die allermeisten Menschen haben das berechnigte Bedürfnis möglichst lange in ihrem familiären und sozialen Umfeld, in ihrer Heimat selbständig und selbstbestimmt zu leben. Dafür muss Politik – von der Gemeinde über das Land bis zum Bund – die geeigneten Rahmenbedingungen schaffen. Den Städten und Gemeinden kommt dabei eine besondere Rolle zu. Deren Verantwortung will die SPD Niedersachsen stärken. Denn ältere Menschen sind in unseren Kommunen längst keine Randgruppe mehr. Schon heute stellen sie in einigen Gemeinden und Städten die größte Bevölkerungsgruppe. Zahllose aktive und mobile ältere Menschen in unseren Städten und Gemeinden stützen durch ihr Engagement das politische, kulturelle und gesellschaftliche Leben in unseren Städten und Gemeinden. Ihre Erfahrungen bringen unsere Kommunen voran. Damit bringen sie auch Niedersachsen voran. Die SPD Niedersachsen ermutigt deshalb alle Kommunen in Niedersachsen, mit gezielten Angeboten ältere Menschen für neue Tätigkeits- und Wissensfelder zu gewinnen. Dabei sind Seniorinnen und Senioren alles andere als Objekte gut gemeinter politischer Maßnahmen und Aktivitäten.

Ältere Menschen wollen und sollen ihre Interessen selbstbewusst vertreten.

Sozialdemokratische Altenpolitik will diese Motivation stärken. Denn die meisten Älteren haben auch eine positive Einstellung zum eigenen Alter und sind gleichzeitig keineswegs an einen Rückzug aus der Gesellschaft interessiert. Viele wollen eine Fortsetzung ihres Engagements in Beruf, Wirtschaft und Gesellschaft. Nicht zuletzt sehen ältere Menschen ihr Engagement auch als einen Gewinn für sich selbst. Es vermittelt ein höheres Selbstwertgefühl und eine größere gesellschaftliche Anerkennung.

4. Die zentrale Aufgabe altengerechte Städtebau- und Wohnungspolitik von heute und morgen: Neuen Wohnformen und Barrierefreiheit den Weg ebnen.

Die niedersächsischen Wohnungsmärkte stehen in den nächsten Jahren vor einem tiefgreifenden Wandel. Aktuelle Erhebungen der Landestreuhandstelle belegen, dass Schrumpfung und Alterung schon heute auf die niedersächsischen Wohnungsmärkte durchschlagen.

Bis zum Jahre 2020 werden in Niedersachsen drei von vier Städten und Landkreisen Einwohner verlieren und der Bedarf an Eigenheimen um ein Viertel einbrechen. Gleichzeitig wird die Nachfrage nach altengerechten Wohnungen und Wohnformen mit 37 % massiv ansteigen. Bis heute bleibt die CDU-/FDP-Landesregierung eine Antwort auf diese

dramatischen Veränderungen schuldig. Eine Zahl macht dies deutlich: 2005 wurden niedersachsenweit gerade einmal 98 Mietwohnungen mit Landesmitteln gefördert, um sie altengerecht umzubauen. 98 Wohnungen bei einem zu erwartenden zusätzlichen Bedarf von zusätzlich 37 %.

Seit der Föderalismusreform hat das Land außerdem deutlich mehr Möglichkeiten, eigene Schwerpunkte in der Wohnungsbauförderung zu setzen. Bis 2013 erhält Niedersachsen dafür jährlich immerhin rund 40 Millionen € vom Bund. Bis heute nutzen CDU und FDP diesen neuen

Spielraum nicht.

Schwerpunkt einer fortschrittlichen niedersächsischen Städte- und Wohnungsbaupolitik muss deshalb die konsequente

Weiterentwicklung eigenständiger Wohn- und Lebensformen für ältere Menschen sein. Ziel der SPD Niedersachsen ist es, ein breites Spektrum alternativer Wohnangebote, aus dem ältere Menschen eigenverantwortlich wählen können, zu fördern. Dazu gehört neben Plätzen für betreutes Wohnen auch die Einrichtung altersgerechter Wohngemeinschaften. Dabei werden Barrierefreiheit und die gute Erreichbarkeit der Wohnungen selbstverständlich erste Priorität haben müssen.

5. Ein möglichst selbstständiges Leben im Alter zu sichern schließt auch Krankheit und Pflegebedürftigkeit ein.

Altenpolitik ist mehr als schöne Sonntagsreden zu halten oder pressewirksam

Altenheimen gelegentliche Besuche abzustatten. Seriöse Altenpolitik muss nachhaltig sein und einen langen Atem haben. In Niedersachsen ist davon bei der jetzigen CDU/FDP-Landesregierung kaum etwas zu spüren. CDU und FDP verzichten auf jede ernsthafte Anstrengung für eine menschenwürdige Pflege, für eine solidarische Absicherung des Pflegerisikos und für die Einführung einer Pflegezeit für pflegende Angehörige. Der Kompromiss der Großen Koalition in Berlin zur Zukunft der Pflegeversicherung bringt immerhin Fortschritte, obwohl ich mir gerade bei der Finanzierung mehr Mut gewünscht hätte. Zum Glück verhindert er die von der CDU gewollte Privatisierung des Pflegerisikos und den Einstieg in eine sozialfeindliche Kopfpauschale. Die Bürgerversicherung, d.h. der solidarische Ausgleich zwischen gesetzlicher und privater Versicherung ist und bleibt das Ziel der SPD. Froh bin ich, dass der Union wenigstens - von der SPD lange geforderte - Leistungsverbesserungen, - zum Beispiel für Demenzkranke - endlich durchzusetzen. Das gilt auch für die längst überfällige Dynamisierung der seit Gründung der Pflegeversicherung 1995 eingefrorenen Leistungen.

6. Pflegezeit, Pflegeurlaub, Transparenz und Vergleichbarkeit: Pflegende Angehörige endlich gerecht unterstützen.

Die SPD Niedersachsen will eine Pflegezeit für pflegende Angehörige. Es geht nicht nur um die Entlastung pflegender (meist weiblicher) Angehöriger, sondern auch darum, ihnen die Anerkennung zukommen zu lassen, die ihnen gebührt. Neben der Kindererziehung gehört auch die Pflege von Angehörigen dazu, wen wir in Deutschland die Vereinbarkeit von Familie und Beruf wirklich wollen. Auch die Arbeitgeber tragen hier große Verantwortung.

Tritt in der Familie plötzlich ein Pflegefall ein, stehen Betroffene und Angehörige meist hilflos und überfordert der neuen Situation gegenüber.

Der Vorschlag der Bundesgesundheitsministerin, für diese Fälle einen bis zu 10-tägigen Pflegeurlaub zu schaffen, ist deshalb sehr gut, weil er schnell praktische Hilfe brächte.

Nicht zuletzt fehlt bei einem plötzlich eintretenden Pflegefall oft auch professionelle Unterstützung, damit das für die Betroffenen und Angehörigen sinnvollste Hilfsangebot gefunden werden kann. Die SPD Niedersachsen will deshalb eine unabhängige Pflegeberatung, um diese ganz praktischen Schwierigkeiten deutlich zu verringern.

Schließlich müssen die Menschen überhaupt in die Lage versetzt werden, Pflegeeinrichtungen vergleichen zu

können. Deshalb gehören die Prüfergebnisse des Medizinischen Dienstes veröffentlicht.

7. Qualifizierte Pflege kostet Geld und sie benötigt ausreichend und gut ausgebildete sowie anständig bezahlte Pflegekräfte.

Den Marsch in die Billigpflege zu stoppen gebietet allein schon der Respekt vor und die Würde der älteren Menschen. Auf Bundesebene muss deshalb endlich dauerhaft die chronische Unterfinanzierung der Pflegeversicherung beseitigt werden. Und noch so engagierte Pflegekräfte können oft nicht verhindern, das durch eine enge zeitgetaktete Pflege kaum noch Raum für menschliche Wärme bleibt. Wichtig und richtig sind auch verstärkte Kontrollen wie zum Beispiel durch den von Ulla Schmidt favorisierten Pflege-TÜV. Nicht zuletzt haben auch die Bundesländer einige Möglichkeiten, um die Pflegesituation in eigener Verantwortung zu verbessern. Niedersachsen nutzt diese Chancen viel zu wenig. So sagte der noch von der ehemaligen SPD-Landesregierung in Auftrag gegebene Landespflegebericht schon 2006 dramatisch wachsende Bedarfe sowohl in der stationären als auch in der ambulanten Pflege und bei alternativen Wohnformen voraus. Von 2005 bis 2015 wird die Zahl der Pflegebedürftigen von 220.000 auf 263.000 wachsen. CDU und FDP verharren dennoch in Attentismus.

Schlimmer noch: In den vergangenen 5 Jahren hat ihre Politik sogar noch die Lage in der Pflege verschärft. 2005 hat die Landesregierung die gesamten Landesmittel für die stationäre Altenpflege gestrichen, angeblich, um die ambulante Pflege zu stärken, tatsächlich, um den Landeshaushalt zu schonen. Die Folgen sind heute zu besichtigen: Mindestens 12.000 pflegebedürftige Menschen sind dadurch wieder in die Sozialhilfe abgedrängt worden. Zahlreiche betroffene Menschen und ihre Angehörigen wurden damit zu bloßen Bittstellern staatlicher Institutionen. Unter der von CDU/FDP-Landesregierung ist es für alte, pflegebedürftige Menschen wieder wichtiger geworden, welcher sozialer Herkunft sie sind. Eine moderne, innovative Altenpflegepolitik muss sich demgegenüber wieder mehr an den Menschen und nicht an ausgrenzend und spaltende Glaubenssätze orientieren. Eine SPD-Landesregierung wird deshalb in einem „Niedersächsischen Pflegegesetzbuch“ u.a. die landesgesetzlichen Regelungen zur Pflege bündeln und auf die künftigen Herausforderungen zur Abwehr eines drohenden Pflegenotstandes ausrichten.

8. Eine qualifizierte Altenpflegeausbildung muss sich wieder lohnen.

Die SPD Niedersachsen will die solidarische Umlagefinanzierung in der Altenpflegeausbildung in Niedersachsen wieder einführen.

Sie wäre ein großer Schritt vorwärts, um den absehbaren Fachkräftemangel zu bekämpfen und die Pflegequalität zu verbessern. Sie schützt vor allem die Einrichtungen, die verantwortungsbewusst ausbilden und tarifgerecht bezahlen.

Die Landesregierung verneint den zusätzlichen Bedarf. Dabei benötigen wir in

Niedersachsen - laut Landespflegebericht - bis 2020 rund 22 % und bis 2050 sogar 75 % zusätzliche gut ausgebildete Altenpflegerinnen und –Altenpfleger – und das nur, um den heutigen, schon verbesserungswürdigen Qualitätsstandard zu halten.

Niedersachsen hatte bereits 1996 unter einer SPD-geführten Landesregierung die Umlagefinanzierung für die Altenpflegeausbildung eingeführt. Sie wurde im Jahre 2000 ausgesetzt, weil das Bundesverfassungsgericht die Rechtmäßigkeit dieser Regelung überprüfen wollte. Seitdem sank die Zahl der Altenpflegeschülerinnen und –schüler um rund ein Fünftel. Nun hat Karlsruhe bereits im Juli 2003 die Umlagefinanzierung für mit der Verfassung vereinbar erklärt. Die rechtlichen Voraussetzungen liegen also heute schon vor. CDU und FDP nutzen sie nur nicht.

9. Mehr Pflegequalität durch eine bessere Aufsicht über die Pflegeheime

Mit der Föderalismusreform im vergangenen Jahr hat auch Niedersachsen die Kompetenz erhalten,

mit eigenen Landesregelungen im Heimrecht die Aufsicht über die Pflegeheime zu verbessern. Auch darauf verzichten CDU und FDP. Die SPD Niedersachsen will deshalb das Heimrecht modernisieren, - hin zu mehr Selbstbestimmung und Teilhabe und hin zu mehr Verbraucherschutz. Dabei geht es auch um die Einbeziehung alternativer Wohnformen und die Sicherung der Fachkräftequote. Auch so kann man in Landesverantwortung die Pflegequalität steigern.

10. Den Blick über den Tellerrand wagen:

Eine „Zukunftswerkstatt Pflege“ einrichten

Niedersachsen allein kann die großen Herausforderungen in der Pflege nicht schultern. Aber Niedersachsen kann einiges in eigener Verantwortung auf den Weg bringen. Deshalb kämpft die SPD für eine „Zukunftswerkstatt Pflege“, die über tagespolitische Aufgeregtheiten hinaus, Vorschläge zur Weiterentwicklung der Pflege und zur Umsetzung der Ergebnisse des Landespflegeberichtes erarbeitet.

11. Altern in Würde – Sterben in Würde

Mittlerweile leben wir in einer weitgehend tabulosen Gesellschaft. Allerdings werden Fragen des Sterbens immer noch gerne ausgeklammert. Das sind Fragen, die nichts mit Parteiideologien oder tagespolitischer Profilierung zu tun haben sollten. Gehört zum Beispiel zum Altern in

Würde nicht auch ein Sterben in Würde? Wer entscheidet eigentlich darüber? Wie weit kann - und muss die Mündigkeit jedes Einzelnen gehen? Und ist hier der medizinische Fortschritt nicht Fluch und Segen zugleich? Immerhin hat es in Niedersachsen im Zusammenhang mit der durch „Dignitas“ angebotenen aktiven Sterbehilfe im Landtag sehr ernste und nachdenkliche Debatten geben. Dieses gilt auch für die Themen der Palliativversorgung und der Hospizeinrichtungen, bei denen es einen breiten parteiübergreifenden Konsens gibt. Es geht um sehr persönliche, religiöse und grundlegende ethische Fragen, die letztendlich jeder Mensch für sich selbst klären und beantworten muss.

2. Potenziale des Alters am Arbeitsmarkt

Franz Thönnies, MdB

Parlamentarischer Staatssekretär im
Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Hannover, 22. Juni 2007

Einleitung

Vor wenigen Monaten noch hätte ich meinen Vortrag begonnen mit den Worten: „Deutschland steht vor großen Herausforderungen!“, und als erstes auf die tiefgreifenden gesellschafts-politischen Umbrüche hingewiesen, die wir in Deutschland heute und auf absehbare Zeit bewältigen müssen.

Erfreulicherweise kann ich heute den Einstieg etwas anders gestalten und zunächst einmal auf die positive wirtschaftliche Entwicklung und auf die erfreulichen Fortschritte am Arbeitsmarkt hinweisen. Der Aufschwung, auf den wir alle zusammen lange hingearbeitet haben, ist da. Und die Stimmung im Land hat sich deutlich verbessert. Verstehen Sie mich nicht falsch: All das ist kein Grund, die Hände in den Schoß zu legen. Es ist aber doch ein Anlass, wenigstens einen Moment inne zu halten und eine positive Zwischenbilanz zu ziehen. Die Reformmaßnahmen der vergangenen Jahre haben schließlich für viele Menschen in unserem Land schmerzhaft Entscheidungen gebracht. Wir erleben heute, dass sich die Anstrengungen gelohnt haben.

Dennoch, auch weiterhin gilt: Deutschland steht vor großen strukturellen Herausforderungen. Die aktuelle Entwicklung ist gut, doch wir haben bisher nur erste Schritte auf einem langen Weg zurückgelegt, um unser Land fit für die Zukunft zu machen, um Wohlstand und eine hohe Lebensqualität auch im 21. Jahrhundert auf Dauer zu sichern. Vieles bleibt zu tun, und dafür

ist die derzeitige Regierungskoalition – das Bündnis aus Union und SPD – mit ihrer breiten parlamentarischen Mehrheit vielleicht nicht die schlechteste Konstellation.

Deutschland steht vor großen Herausforderungen! Woran denke ich, wenn ich das sage?

Herausforderung I: Globalisierung & Wandel der Arbeitswelt

- ⊕ Die moderne Kommunikations- und Informationstechnik macht die Welt zum globalen Dorf.
- ⊕ Der Konkurrenzkampf um Rohstoffe und Absatzmärkte wird zunehmend international geführt, (fast) jeder konkurriert mit jedem.
- ⊕ Der globale Wettbewerb beeinflusst die Arbeitsbedingungen in den Betrieben massiv – wir müssen uns an mehr Flexibilität im Arbeitsleben gewöhnen und stärker als bisher in Qualifizierung und Weiterbildung investieren.

Ich denke zunächst an die fundamental veränderten wirtschaftlichen Rahmenbedingungen, in denen wir uns seit dem Fall des eisernen Vorhangs bewegen. Die oft zitierte Globalisierung der Weltwirtschaft ist ja längst kein abstraktes Szenarium mehr – ihre Auswirkungen sind jeden Tag in den Betrieben und im Alltagsleben für die Menschen spürbar. Die Konsequenzen sind schwierig für viele Menschen, weil liebgewonnene Gewohnheiten plötzlich nicht mehr so selbstverständlich sind, wie wir immer gedacht haben. Zwar profitiert der Exportweltmeister Deutschland ganz massiv von der Globalisierung der Weltwirtschaft. Das sollten wir als führender Industriestaat nicht vergessen. Doch viele Arbeitnehmer verbinden mit der Globalisierung in erster Linie und verständlicher-

weise die Sorge um den eigenen Arbeitsplatz. Der enorme Konkurrenzkampf auf den inter-nationalen Märkten verlangt von den Unternehmen, Rationalisierungspotentiale zu erschließen und Produktionsabläufe flexibler und effizienter zu gestalten. Die Anforderungen an die Arbeitsabläufe in den Betrieben haben sich dadurch erheblich verändert.

Deutschland als Hochlohnland wird auf Dauer nicht mit den Billiganbietern konkurrieren können. Deshalb müssen wir auf Technik und Innovationen setzen, wir müssen die Menschen qualifiziert und leistungsfähig ausbilden, damit wir mit unseren Produkten auf dem Weltmarkt um so viel besser sind, wie wir teurer sind.

Intelligente und flexible Lösungen bei der Arbeitsplatzgestaltung und Arbeitsorganisation, der (Lebens)-Arbeitszeitgestaltung, der Organisation von Ausbildung, Weiterbildung und lebenslangem Lernen werden entscheidend sein, wenn wir in Deutschland unseren gewohnten Wohlstand auf dem heutigen Niveau halten wollen. Diese Megaaufgabe angesichts aufstrebender Nationen wie China, Indien und anderen zu bewältigen ist allein schon ein schwieriges Unterfangen. Damit aber nicht genug, denn wir werden diese Aufgabe unter verschärften Rahmenbedingungen lösen müssen. Damit bin ich bei einer zweiten Herausforderung für unserer Gesellschaft, nämlich der Veränderung des Altersaufbaus unserer Bevölkerung – Ihnen allen bekannt unter dem Stichwort „Demografischer Wandel“.

Herausforderung II: Die demografische Entwicklung in Deutschland

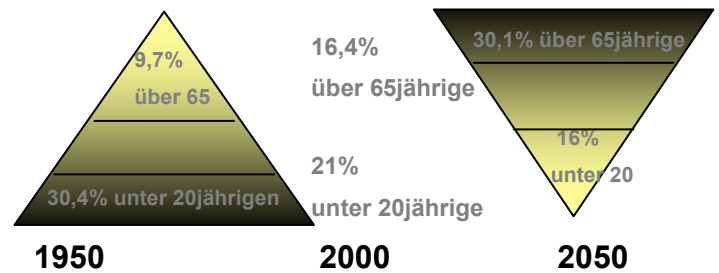
Der demografische Wandel wird in den kommenden Jahrzehnten das Leben in Deutschland tiefgreifend verändern. Das betrifft nicht nur die Sozialsysteme, wie viele glauben. Der demografische Wandel beeinflusst alle Lebensbereiche:

- ⊕ Natürlich die Sozialsysteme und ihre Finanzierung (Stichworte: Pflege, medizinische Versorgung und Finanzierung der Alterssicherung),
- ⊕ aber auch den Arbeitsmarkt (Stichworte: älteres Erwerbspersonen-potenzial, Fachkräftemangel) oder
- ⊕ das Miteinander in Gesellschaft und Familie.

Der Umbruch im Altersaufbau verläuft schleichend, zuerst kaum wahrnehmbar. Doch er verändert das grundlegende Gefüge unseres Zusammenlebens. Er verlangt neue Antworten, wie wir Wohlstand und soziale Sicherheit in Deutschland auf Dauer erhalten wollen. Da muss uns nicht bange sein. Wir haben alle Chancen. Aber wir müssen diesen Wandel aktiv gestalten, Nichtstun geht nicht – sonst werden wir von den Konsequenzen der Entwicklung überrollt!

Die Grafik zeigt deutlich, wie sich die Anteile der unter 20-Jährigen und der über 65-Jährigen innerhalb von einem Jahrhundert komplett verschieben. Heute

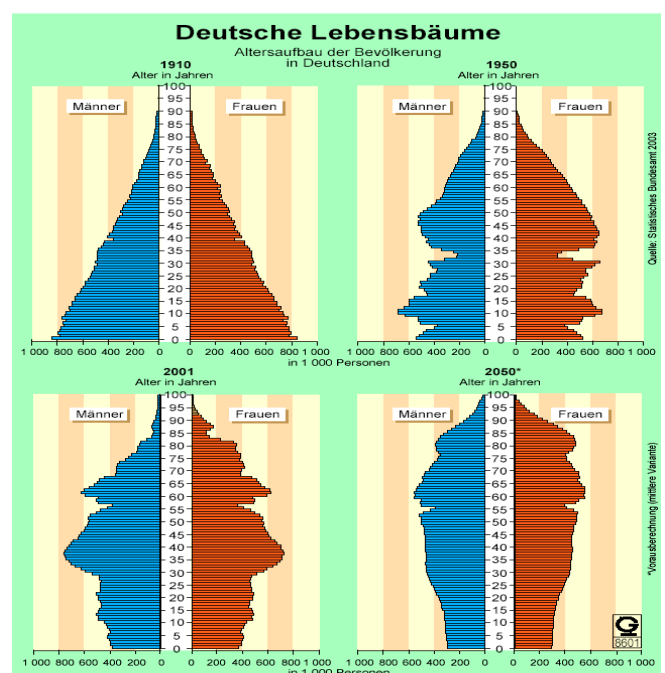
kommt auf vier Erwerbspersonen ein Mensch im Rentenalter.



In Zukunft, in etwa 30 bis 40 Jahren, werden nur noch zwei Erwerbspersonen einem oder einer Älteren gegenüber stehen. Wenn man sich überlegt, was das für die Finanzierung der Renten bedeutet, dann wird deutlich, dass nicht alles so bleiben kann wie es ist.

Fazit: Wir müssen heute handeln, wenn wir morgen noch in Wohlstand leben wollen.

In dieser graphischen Darstellung wird noch anschaulicher, wie massiv die Veränderung des Altersaufbaus ist.



Zu Beginn des 20. Jahrhunderts (oben links) zeigt sich noch deutlich die Pyramidenform. Je höher das Lebensalter, desto geringer die Besetzung der jeweiligen Altersgruppe.

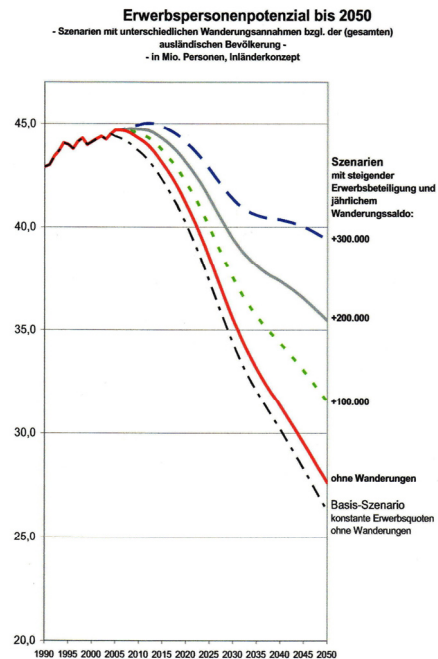
Die Pyramidenform ist heute jedoch kaum mehr erkennbar – Sie sehen das an dem Bild unten links. Und schon in wenigen Jahrzehnten wird es historisch einmalig starke Rentnerjahrgänge geben, denen vergleichsweise schwach besetzte jüngere Jahrgänge gegenüberstehen.

Der Altenquotient, also das Verhältnis der 65-Jährigen und Älteren zu den 20- bis 65-Jährigen, wird von 28,8 im Jahr 2003 auf etwa das Doppelte (57,5) im Jahr 2050 ansteigen.

Das wird das gesellschaftliche Zusammenleben, Lebens- und Arbeitsstile grundlegend beeinflussen. Verantwortliche Politik muss auf diese Entwicklung reagieren. Und zwar nicht nur im Bereich der sozialen Sicherungssysteme.

Die Veranstaltung der FES behandelt ja aus gutem Grund verschiedene Lebensbereiche und fragt nach den Perspektiven, die es zum Beispiel für das Ehrenamt oder neue Wohn- und Lebensformen gibt. Und ohne Zweifel wird die Entwicklung auch die Arbeitswelt verändern, denn mit den Menschen altern ja auch die Erwerbstätigen.

Lassen Sie uns gemeinsam einen kurzen Blick in die Zukunft werfen und schauen, wie sich die Anzahl der Bürger im erwerbsfähigen Alter entwickeln wird.



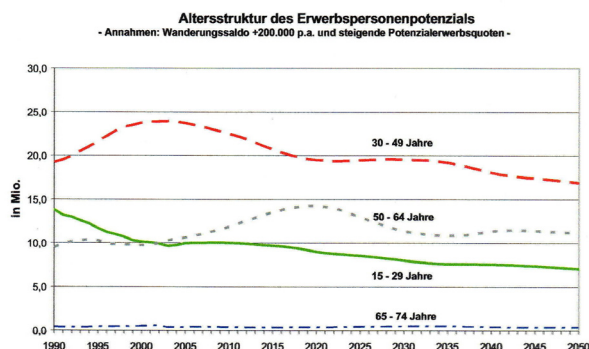
Da entdecken wir Dinge, die manchen in Erstaunen versetzen werden.

Sehr deutlich ist zu sehen: Mit der Abnahme der Bevölkerung insgesamt wird auch die Anzahl der Personen im erwerbsfähigen Alter kleiner.

Das Erwerbspersonenpotential schmilzt beträchtlich, wir werden künftig je nach Szenario Millionen von Erwerbstätigen weniger in Deutschland haben. Bis zum Jahr 2050 zeigen hier verschiedene Kurven, wie die Entwicklung verlaufen könnte – je nachdem wie hoch der Saldo an Zuwanderung sein wird.

Und ich gebe Folgendes zu bedenken: Der Rückgang der Zahl der Erwerbstätigen ist keine Entwicklung, die erst in ferner Zukunft beginnt: Es sind diese Jahre, in denen wir heute leben, in denen sich die ersten Auswirkungen zeigen, in denen Fachkräfte wie zum Beispiel Ingenieure fehlen, weil ältere aus dem Erwerbsleben ausgeschieden sind und nicht genügend jüngere nachrücken, um

den Bedarf decken zu können. Dass wir uns aufgrund dieser Entwicklung anstrengen müssen, die Wirtschaftsleistung in Deutschland auch nur konstant zu halten, ist offensichtlich. Immer weniger potentiell Erwerbstätige in der Zukunft – ebnet das den Weg für ein Comeback der Älteren auf dem Arbeitsmarkt?



Diese Grafik zeigt den gleichen Zusammenhalt, aber aus einem anderen Blickwinkel. Hier ist das Erwerbstätigenpotential nach Altersgruppen aufgeteilt dargestellt und wir sehen ebenfalls ein Absinken der Kurven. Interessant aber ist, dass der Rückgang in den Gruppen der 15- bis 29-Jährigen und der 30- bis 49-Jährigen deutlich stärker ist als bei den Älteren. Im Gegenteil, die Älteren werden tendenziell sogar mehr!

In den letzten Jahren mussten wir uns ja daran gewöhnen, dass ältere Arbeitnehmer auf dem Arbeitsmarkt eigentlich keine Chance mehr haben: Wer die 45 oder die 50 überschritten hatte, der war als Arbeitskraft schlicht nicht gefragt. Aufgrund der hier dargestellten Berechnungen ist die Prognose nicht zu gewagt, dass sich das grundlegend ändern könnte. Sicher ist, dass die Gruppe der älteren Arbeitnehmer am Arbeitsmarkt in den

kommenden Jahren und Jahrzehnten weiter an Bedeutung gewinnen wird. Während die Jungen und Mittelalten im Verhältnis schrumpfen, wird die Gruppe der 50 bis 64-Jährigen relativ betrachtet größer.

Es liegt also auf der Hand, dass Arbeitgeber bei der Besetzung von Arbeitsplätzen künftig verstärkt auch auf qualifizierte ältere Arbeitnehmer zurückgreifen müssen. Die Chancen stehen gut, dass Schluss ist mit der Stigmatisierung Älterer im Arbeitsleben, dass ihre Fähigkeiten und Kompetenzen wieder erkannt und gewürdigt werden und dass sie länger als heute im Beruf verbleiben können.

Wichtig aber ist: Lebenslanges Lernen und die Bereitschaft zur ständigen Weiterqualifizierung sind eine unverzichtbare Voraussetzung, damit dies tatsächlich funktionieren kann.

Bessere Beschäftigungschancen für Ältere

- ⊕ Ältere Arbeitnehmer gehören nicht zum alten Eisen. Sie brauchen eine faire Chance am Arbeitsmarkt, denn sie brauchen keinen Vergleich mit Jüngeren scheuen:
- ⊕ Ältere sind kompetent, motiviert und teamfähig.

- ⊕ Ältere sind verlässlich, erfahren und belastbar.
- ⊕ Ältere werden gebraucht - in vielen Branchen fehlen schon heute qualifizierte Fachkräfte.

Die Potenziale und Kompetenzen Älterer wurden lange Jahre anhand des sog. Defizit-Modells unterschätzt. Mittlerweile ist die Wissenschaft aber einig und hat den veralteten Erkenntnissen das Kompetenz-Modell entgegengesetzt:

- ⊕ Fachlichkeit, Sachverstand und Erfahrung in Arbeitsabläufen,
- ⊕ soziale Kompetenzen und Teamfähigkeit,
- ⊕ Motivation und eine zumeist hohe Identifikation mit dem Betrieb -

das sind nur einige der Aspekte, bei denen Ältere gegenüber Jüngeren die Nase vorn haben. Angesichts der demographischen Wandels kann und darf es sich Deutschland nicht länger leisten, ältere Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer frühzeitig aus dem Erwerbsleben zu drängen.

Auch Ältere haben Anspruch auf Teilnahme und Teilhabe am Arbeitsleben. Und die Erfahrungen und Kompetenzen älterer Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer werden benötigt, um auch in Zukunft in Deutschland erfolgreich wirtschaften zu können. Stärker als bisher muss das Alter als produktive Lebensphase anerkannt werden. Es liegt im Interesse der Unternehmen, die Beschäftigungsfähigkeit älterer Menschen zu erhalten, denn sie wer-

den künftig mit älter werdenden Belegschaften im Wettbewerb zu bestehen haben.

Denn von der Erfahrung und dem Wissen Älterer können Jüngere viel lernen – auch heute noch. Nicht jeder Fehler, der früher schon einmal gemacht wurde, muss noch einmal passieren. Mit altersgemischten Arbeitsteams zum Beispiel kann man das innovative Wissen der Jungen mit der abgeklärten Lebenserfahrung der Alten verbinden – eine Kombination, die für viele Betriebe von hohem Wert sein kann.

In Deutschland glaubt man ja leider gern an die Allmacht der Politik. Klar ist aber: Wenn wir die demografische Herausforderung am Arbeitsmarkt bewältigen und wieder mehr Ältere in Beschäftigung bringen wollen, dann ist mehr als staatliches Handeln erforderlich. Es bedarf gemeinsamer Anstrengungen von Politik und Wirtschaft, von Arbeitgebern und Gewerkschaften sowie eines breiten gesellschaftlichen Bündnisses. Die Gesellschaft darf die demografische Entwicklung nicht ignorieren, sie muss sie annehmen und Gutes daraus machen. Das ist möglich! Aber wie?

„Wie geht's weiter?“ –

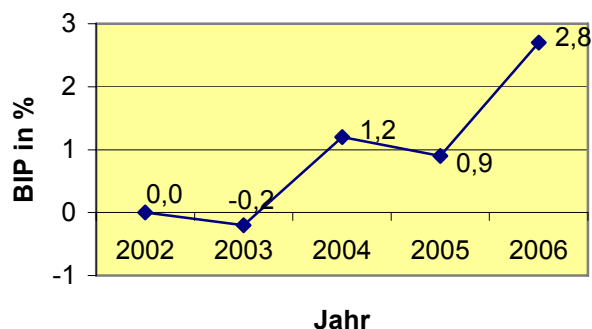
- ⊕ Aktuelle Zahlen und Fakten vom Arbeitsmarkt
- ⊕ Maßnahmen und Initiativen der Bundesregierung für bessere Chancen Älterer am Arbeitsmarkt

⊕ Entwicklung der Erwerbsbeteiligung von älteren Arbeitnehmern in Deutschland

Die Gliederung des Vortrags

Ich möchte Ihnen später gern erläutern, wie die Bundesregierung ihre Rolle ausfüllt und Beispiele vorstellen, mit welchen konkreten Maßnahmen und Initiativen die Politik eine stärkere Erwerbsbeteiligung Älterer fördern will. Zuvor möchte ich aber erst einmal auf die aktuelle Situation am Arbeitsmarkt eingehen und näher beleuchten, wie sich die Erwerbsquoten der älteren Arbeitnehmer in den vergangenen Jahren und Monaten entwickelt haben

Doch zunächst: Wo stehen wir derzeit in Deutschland, was Konjunktur und Arbeitsmarkt angeht?



Deutsche Wirtschaft auf Wachstumskurs

Die konjunkturelle Lage und die Situation auf dem Arbeitsmarkt haben sich – man kann es derzeit nicht anders sagen – hervorragend entwickelt.

Nach den 2,8% Wirtschaftswachstum im Jahr 2006 erwarten die Experten, dass sich die Entwicklung in diesem Jahr

fortsetzt. Prognosen verschiedener Wirtschaftsinstitute gehen von ähnlich hohen Wachstumsraten auch für 2007 aus und erwarten ein Anhalten des Aufschwungs bis ins Jahr 2008. Der DIHK zum Beispiel hat seine Wachstumsprognose für 2007 erst vergangene Woche von 2,3% auf 2,8% angehoben. Die vollen Auftragsbücher der Unternehmen sind gut für die Arbeitsplätze, gut für die Stimmung im Land und natürlich gut für die Einnahmen der öffentlichen Kassen.

Die Steuereinnahmen von Bund, Länder und Gemeinden zum Beispiel sprudeln wie lange nicht mehr – und wir dürfen hoffen, dass das noch einige Zeit so weiter geht:

Nach der jüngsten Steuerschätzung im Mai dürfen sich Bund, Länder und Kommunen bis zum Jahr 2011 über Steuermehreinnahmen in Höhe von ca. 180 Milliarden Euro freuen. Vergleichsgröße ist die Steuerschätzung vom Herbst 2006. Das bietet echte Chancen für eine strukturelle Konsolidierung der Staatsfinanzen.

Auch die Sozialkassen profitieren vom Aufschwung durch deutliche Steigerungen der Beitragseinnahmen. Der Grund dafür liegt auf der Hand: Das Vertrauen von Unternehmen und Bevölkerung in die wirtschaftliche Entwicklung steigt immer mehr und führt zum deutlichen Anstieg der Anzahl sozialversicherungspflichtiger Beschäftigungsverhältnisse!

Hoffen wir, dass diese Prognosen zutreffend sind. Im Mai jedenfalls hat sich der

positive Trend am Arbeitsmarkt fortgesetzt.

Der Arbeitsmarkt im Mai 2007

Arbeitslosenquoten im Mai 2007

Arbeitslose in % aller zivilen Erwerbspersonen (Vorjahreswerte in Klammern)

Deutschland:	9,1	(10,9)
Westdeutschland:	7,5	(9,2)
Ostdeutschland:	15,2	(17,4)

Trotz mildem Winter und warmem April hat der Arbeitsmarkt im Mai einen weiteren deutlichen Schritt nach vorn gebracht:

- ⊕ 160.000 Arbeitslose weniger als im April.
- ⊕ 730.000 weniger als im Mai 2006.
- ⊕ 620.000 sozialversicherte Arbeitnehmer mehr als 2006, 60 % davon in Vollzeit.

Und dieser Trend geht an den Älteren nicht vorbei! Bei den 50- bzw. 55-Jährigen und Älteren sank die Arbeitslosigkeit um 3,8 % gegenüber dem April. Alle Regionen profitieren von der Entwicklung.

Der Arbeitsmarkt in Niedersachsen im Mai 2007

Lassen Sie uns noch einen kurzen Blick auf die Entwicklung in Niedersachsen werfen. Auch hier geht es stetig voran:

Die Zahl der Arbeitslosen insgesamt lag im Mai 2007 bei 351.504 – das sind ca. 67.000 weniger als noch im Mai 2006.

Die Arbeitslosenquote betrug 8,8 % gegenüber 10,5% im Mai 2006. Zum Vergleich: Für die Bundesrepublik liegt die insgesamt die Quote im Mai 2007 bei 9,1%.

Und auch in Ihrem Bundesland erfasst die Entwicklung auch die 55- bis 64-Jährigen. Bei Ihnen war gegenüber April 2007 ein Rückgang von 3,8% zu verzeichnen und sogar von 12,9% gegenüber dem Mai 2006.

Der Arbeitsmarkt in Niedersachsen im Mai 2007

Arbeitslose gesamt

= 351.504 (Mai 2006 = 417.886)

Arbeitslosenquote

= 8,8 % (Mai 2006 = 10,5%)

Bund gesamt

= 9,1%

Entwicklung bei den 55- bis 64-Jährigen:

- ⊕ Rückgang von 3,8% gegenüber April 2007
- ⊕ Rückgang von 12,9% gegenüber Mai 2006

Reformen am Arbeitsmarkt

- ⊕ geeignete Instrumente zur Förderung der Beschäftigung Älterer,
- ⊕ einen Mentalitätswandel in den Personaletagen,
- ⊕ Abbau der Fehlanreize für Frühverrentung.

Die Initiative 50plus

- ⊕ Die Reformen am Arbeitsmarkt tragen Früchte.
- ⊕ Die Maßnahmen werden evaluiert, erfolgreiche Instrumente werden weiterentwickelt.
- ⊕ Wir brauchen bessere Beschäftigungschancen für am Arbeitsmarkt besonders benachteiligte Personengruppen

Die Initiative 50plus besteht aus einem Bündel von Maßnahmen, mit denen die Beschäftigungsfähigkeit und die Beschäftigungschancen Älterer verbessert werden sollen. Sie zielt ganz wesentlich auf einen Einstellungswandel bei den verschiedenen Akteuren am Arbeitsmarkt, Arbeitgeber, Gewerkschaften und ihre Interessenverbände. Es soll deutlich werden:

Auch Ältere haben Anspruch auf Teilnahme und Teilhabe am Arbeitsleben. Und die Erfahrungen und Kompetenzen älterer Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer werden benötigt, um auch in Zukunft in Deutschland erfolgreich wirtschaften zu können. Stärker als bisher muss das Alter als produktive Lebensphase anerkannt werden. Es liegt im Interesse der Unternehmen, die Beschäftigungsfähigkeit älterer Menschen zu erhalten, um mit älter werdenden Belegschaften im weltweiten Wettbewerb zu bestehen.

Die Initiative 50plus dient dazu, die Beschäftigungschancen Älterer deutlich zu verbessern. Wir setzen dabei auf den Dreiklang

- ⊕ geeigneter Instrumente,
- ⊕ eines Mentalitätswandels in den Personalabteilungen durch umfassende Information über die Leistungsfähigkeit älterer Arbeitnehmer sowie
- ⊕ den Abbau von Fehlanreizen zur Frühverrentung.

Mit der Initiative 50plus wollen wir mit allen Akteuren am Arbeitsmarkt, mit Unternehmen, mit Betriebsräten, Verbänden, Kammern und den Agenturen für Arbeit ein Klima erzeugen, welches die Integration Älterer in das Arbeitsleben Stück für Stück wieder zur Normalität werden lässt. Darin liegt eine große, vielleicht sogar die einzige Chance, den prognostizierten Engpässen auf dem Arbeitsmarkt – ich denke da in erster Linie auch an den sich abzeichnenden Mangel an Fachkräften – vorausschauend zu begegnen.

Ziele der Initiative 50 plus

- ⊕ Erhöhung der Erwerbsbeteiligung älterer Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer auf 55% bis zum Jahr 2010.
- ⊕ Reduzierung des oft zu frühen Ausscheidens der Älteren aus dem Berufsleben.
- ⊕ Bessere Wiedereingliederung älterer Arbeitsloser
- ⊕ Erhöhung der Teilnahme Älterer an beruflicher Weiterbildung.

Mit der Initiative 50plus sind insbesondere vier Zielsetzungen verbunden:

Wir wollen die Erwerbsbeteiligung älterer Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer weiter erhöhen. Das Lissabon-Ziel der Europäischen Union, bis zum Jahr 2010 die Erwerbstätigenquote der über 55-jährigen auf 50 % anzuheben, ist in Deutschland erreicht. Die Bundesregierung hat ihre Zielmarke deshalb erhöht und strebt nun „55%“ an. Bis 2012 wollen wir in diesem Ranking zur Europäischen Spitze gehören.

Wir wollen das oft zu frühe Ausscheiden der 55-jährigen und Älteren aus dem Berufsleben deutlich reduzieren.

Wir wollen eine bessere Wiedereingliederung älterer Arbeitsloser. Hierzu sollen insbesondere der Kombilohn für Ältere und die neu gestalteten Eingliederungszuschüsse beitragen.

Und wir wollen eine deutliche Erhöhung der Teilnahme an beruflicher Weiterbildung, um für die steigenden Qualifikationsanforderungen des Arbeitsmarktes von morgen gerüstet zu sein.

Konkrete Maßnahmen der Initiative 50plus

- ⊕ Lohnkostenzuschüsse für Unternehmen bei Einstellung eines Arbeitslosen ab 50 Jahren.
- ⊕ Teilweiser Ausgleich von Differenzen zwischen neuem und altem Lohn für Arbeitnehmer ab 50 Jahren.

- ⊕ Wegfall des Arbeitgeberanteils zur Arbeitslosenversicherung, wenn Arbeitslose ab 55 Jahren eingestellt werden.
- ⊕ Erleichterte Befristungsregelungen bei Einstellung von Arbeitnehmern über 52 Jahre gemäß EUGH-Urteil.
- ⊕ Übernahme von Weiterbildungskosten für Beschäftigte ab dem 45. Lebensjahr in KMU mit bis zu 250 Beschäftigten durch BA.

Konkret bedeutet das, dass wir aus einer Reihe von bewährten und neuen Instrumenten ein wirksames Angebot zur Förderung Älterer machen :

- ⊕ Unternehmen können Lohnkostenzuschüsse erhalten, wenn sie einen Arbeitslosen ab 50 Jahren einstellen.
- ⊕ Arbeitnehmern ab Vollendung des 50. Lebensjahres kann die Differenz zwischen neuem und altem Lohn zu 50 % ausgeglichen werden, wenn sie eine gegenüber ihrer früheren Tätigkeit geringer entlohnte Arbeit annehmen.
- ⊕ Arbeitgeber, die Arbeitslose ab 55 Jahren einstellen, müssen für diese keinen Arbeitgeberanteil zur Arbeitslosenversicherung zahlen.
- ⊕ Es gibt erleichterte Befristungsregelungen für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer ab dem 52. Lebensjahr. Diese Regelungen werden nun aufgrund eines EuGH-Urteils europarechtskonform ausgestaltet.

- ⊕ In kleinen und mittleren Unternehmen mit bis zu 250 Beschäftigten wird die Qualifizierung für Beschäftigte ab dem 45. Lebensjahr durch Übernahme der Weiterbildungskosten von der Bundesagentur gefördert, wenn der Arbeitgeber das Arbeitsentgelt fortzahlt.
- ⊕ Denn schon heute fehlen vielerorts Fachkräfte, aktuell vor allem Ingenieure. Der zunehmende Fachkräftemangel bei gleichzeitig steigendem Bedarf an gut qualifizierten Arbeitskräften stellen ein enormes Problem dar, das die Alterung des Erwerbspersonenpotentials mit sich bringt.
- ⊕ Deshalb ist es so wichtig, schon heute notwendige Veränderungsprozesse in Gang zu setzen. Wir müssen dringend die Beschäftigungsfähigkeit der Menschen verbessern und Ausbildung und Weiterbildung fördern – das gilt für Jüngere genauso wie für Ältere.

Initiative „Neue Qualität der Arbeit“ - INQA

Ziel von INQA ist es, **gute** Arbeitsbedingungen zu schaffen und dabei die Interessen der Beschäftigten und der Unternehmen miteinander zu verbinden. Es soll:

- ⊕ eine öffentliche Debatte angeregt,
- ⊕ Wissenstransfer zu relevanten Themen organisiert,

- ⊕ innovative Projekte unterstützt und
- ⊕ Beispiele für Gute Praktische Lösungen verbreitet werden.

Arbeit soll aber nicht nur quantitativ ausreichend vorhanden sein. Die Bundesregierung engagiert sich dafür, dass die Arbeitsplätze auch qualitativ hochwertig sind.

Gute Arbeitsbedingungen sind eine Voraussetzung dafür, dass Menschen in Deutschland wieder länger arbeiten können – und auch wollen. Mit der Initiative Neue Qualität der Arbeit werden Betriebe und Verwaltungen dabei unterstützt, ihre Arbeitsbedingungen modern, alters- und alternsgerecht zu gestalten.

Dafür sind verstärkt Investitionen u.a. in die Gesundheit und Qualifikation der Beschäftigten notwendig. Es geht aber auch darum, Mitarbeiter jeden Alters mitzunehmen, wenn sich technische Rahmenbedingungen, Kommunikationswege oder die innerbetriebliche Organisation verändern.

Nur mit gesunden, gut informierten und motivierten Belegschaften können die innovativen Produkte und Dienstleistungen geschaffen werden, mit denen unsere Unternehmen auf Dauer im weltweiten Wettbewerb bestehen.

Zur Förderung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit älterer Mitarbeiter entwickeln die Träger von INQA – nämlich der Bund, die Länder, Sozialpartner, Sozialversicherungen, Stiftungen sowie die

Betriebe selbst – Gestaltungslösungen und identifizieren gute Praxisbeispiele. Es ist das zentrale Anliegen von INQA, möglichst viele Betriebe bei der Anwendung und Nutzung innovativer und mitarbeiterorientierter Lösungen zu unterstützen und den unternehmensübergreifenden Erfahrungsaustausch zu fördern. Die Bundesregierung unterstützt diese Aktivitäten und leistet einen umfassenden Beitrag, diese gemeinsame Initiative zum Erfolg zu führen.

ddn – Das Demografie-Netzwerk

ddn ist eine Kommunikationsplattform für Unternehmen, die Demografie gestaltbar und messbar machen wollen.

Wichtige Fragestellungen lauten:

- ⊕ Wie können sich Unternehmen optimal auf ältere Belegschaften einstellen und kreativ und wettbewerbsfähig bleiben?
- ⊕ Wie machen andere das, wo steht mein Unternehmen im Vergleich?
- ⊕ Welche neuen Anforderungen stellt die kaufkräftige Zielgruppe der älteren Kunden an Produkte und Dienstleistungen?
- ⊕ Wie können Unternehmen sich optimal auf ältere Belegschaften einstellen und kreativ und wettbewerbsfähig bleiben?
- ⊕ Wie machen andere das, und wo steht mein Unternehmen im Vergleich?

- ⊕ Welche neuen Anforderungen stellt die kaufkräftige Zielgruppe der älteren Kunden an Produkte und Dienstleistungen?

Eine besondere Initiative, die unter dem Dach von INQA entstanden ist, ist das Demografie-Netzwerk (ddn). Es lädt Unternehmer dazu ein, den demografischen Herausforderungen offensiv zu begegnen. Die dahinter stehende Überzeugung: Die Bewältigung des demographischen Wandels ist nicht nur eine politische, wirtschaftliche und gesellschaftliche Herausforderung. Für aktive und vorausschauende Unternehmen ist sie auch eine Chance, ein Wettbewerbsfaktor mit Perspektive.

Das Demografie-Netzwerk ddn ist angetreten, um den demographischen Wandel zur Chefsache zu machen. Es soll zur bundesweit ersten Plattform für Unternehmen werden, die nicht nur über Demographie reden, sondern Demographie gestaltbar und messbar machen wollen.

Diese und weitere Fragen müssen sich Unternehmen künftig nicht mehr alleine stellen.

Die ddn-Unternehmen wollen die Herausforderungen anpacken, Demographie als Chance begreifen und dabei von den Besten lernen. Der Erfahrungsaustausch im ddn ist praktisches Handeln, um für Unternehmen und Ältere gleichermaßen die demographische Entwicklung nicht nur abzuwarten, sondern aktiv zu gestalten.

- ⊕ Idee: Neben den Potenzialen der Wirtschaft und der Länder soll auch die Gestaltungskraft und die Kreativität der Regionen stärker als bisher zur beruflichen Eingliederung älterer Langzeitarbeitsloser genutzt werden.
- ⊕ Über einen Zeitraum von 2 Jahren werden 62 innovative regionale Modellprojekte von insgesamt 93 beteiligten Arbeitsgemeinschaften und zugelassenen kommunalen Trägern gefördert sowie fachlich begleitet und evaluiert.
- ⊕ BMAS stellt dafür insgesamt 250 Mio. Euro zur Verfügung.

Bundesprogramm „Perspektive 50plus – Beschäftigungspakte in den Regionen“

Es ist also schon Bewegung gekommen in puncto: Wie bewältigen wir den demografischen Umbruch am Arbeitsmarkt. Doch ohne Zweifel sind weiter intensive Anstrengungen notwendig, um die Chancen Älterer am Arbeitsmarkt zu verbessern.

Neben den schon erwähnten Maßnahmen im Rahmen der Initiative 50plus engagiert sich der Bund im Rahmen verschiedener Förderprogramme. Eins davon will ich kurz vorstellen, weil es interessante neue Wege geht:

Das Programm „Perspektive 50plus – Beschäftigungspakte für Ältere in den Regionen“ zielt auf die Verbesserung der

Beschäftigungschancen insbesondere älterer Langzeitarbeitsloser.

Das Neuartige an der Konzeption ist, neben den Potenzialen der Wirtschaft und der Länder auch die Gestaltungskraft und Kreativität der Regionen stärker als bisher zur beruflichen Eingliederung älterer Langzeitarbeitsloser genutzt werden. Gefördert werden über einen Zeitraum von zwei Jahren 62 innovative regionale Modellprojekte von insgesamt 93 beteiligten Arbeitsgemeinschaften und zugelassenen kommunalen Trägern, die Anfang September 2005 von einer unabhängigen Jury im Rahmen eines bundesweiten Ideenwettbewerbs ausgewählt wurden.

Während der zweijährigen Umsetzungsphase werden die Modellprojekte intensiv fachlich begleitet und evaluiert. Im Mittelpunkt stehen die Bildung und Vertiefung regionaler Netzwerke und der überregionale Austausch von Informationen und Erfahrungen zwischen den Projekten. Regionale Workshops mit den Projektbeteiligten und eine gemeinsame Kommunikationsplattform unterstützen diesen Prozess.

So können Strukturen entstehen, die über die jeweiligen Regionen und über die zweijährige Förderdauer hinaus dauerhaft die Integration Älterer in den allgemeinen Arbeitsmarkt unterstützen. Zudem können besonders erfolgreiche Projekte Grundlage für bundesweite Strategien und Lösungen werden ("best practice").

Perspektive 50plus.

Ein Programm mit Erfolg!

Der Erfolg gibt der Idee recht: Mit Hilfe des Bundesprogramms "Perspektive 50plus - Beschäftigungspakte für Ältere in den Regionen" wurden bis Mai 2007 mehr als 14.600 ältere Langzeitarbeitslose in den allgemeinen Arbeitsmarkt integriert. Angesichts des Umstandes, dass die Beschäftigungspakte nur in einigen Regionen Deutschlands und nicht flächendeckend arbeiten, ist dies eine bemerkenswerte Quote. In den Projektregionen wird hart daran gearbeitet, dass die Integrationszahlen bis zum Ende der Programmlaufzeit im Oktober 2007 noch weiter ansteigen.

Für besonders wichtig halte ich, dass die bislang erzielten Integrationen weit überwiegend in sozialversicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnisse erfolgten. Der Anteil der Mini- und Midijobs an der Gesamtzahl der Integrationen im Bundesgebiet stieg zwar im Verlauf der Programmlaufzeit zunächst von ca. 6 Prozent (Sept. 2006) auf ca. 12 Prozent (Jan. 2007) an.

Seither jedoch stagniert ihr Anteil auf dem ungefähren Niveau von 12 Prozent, so dass bei weiterer Zunahme der Integrationszahlen ein proportional gleichbleibendes Verhältnis von geringfügigen und „normalen“, also nicht geringfügigen, Beschäftigungsverhältnissen angenommen werden kann. Im Klartext: 88 Prozent der im Bundesprogramm realisierten Integrati-

onen sind „normale“, also nicht geringfügige Beschäftigungsverhältnisse. Ein enormer Erfolg, der die positive Dynamik, die der Arbeitsmarkt in Deutschland mittlerweile entfaltet, unterstreicht.

Erwerbstätigenquoten der 55-64-Jährigen in Deutschland

„Positiv“ ist auch das treffende Adjektiv, wenn es um die Entwicklung der Erwerbsquoten der Älteren insgesamt geht. Und damit komme ich zum nächsten Punkt meines Vortrags.

Während die Zahl der Erwerbstätigen unter 50 Jahren in den letzten Jahren abgenommen hat und erst mit dem gegenwärtigen Konjunkturaufschwung wieder anzieht, ist die Beschäftigung der Älteren seit 1998 stetig und deutlich gewachsen - und zwar um 1,5 Mill.

Das gilt sowohl für die sozialversicherungspflichtig Beschäftigten und die geringfügig Tätigen als auch für die Beamten. Die Zahl der älteren Selbständigen ist ebenfalls gestiegen.

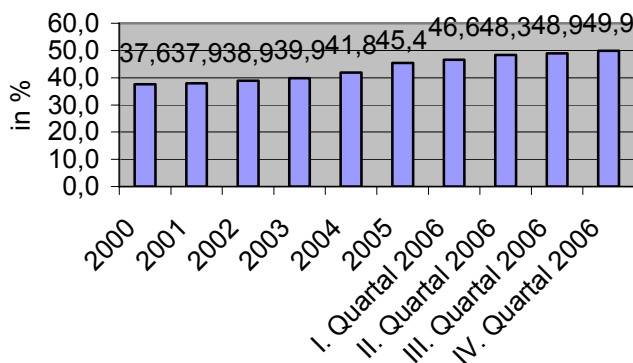
Entsprechend hat sich die Struktur der Erwerbstätigen hin zu den Älteren verschoben, der auf diese Gruppe entfallende Anteil des Arbeitsvolumens wächst. Deutlich zugenommen hat auch die Bereitschaft der Älteren, eine Erwerbstätigkeit auszuüben.

Das gilt vor allem für Personen ab 55 Jahren. Die gestiegene Erwerbsbeteiligung der Älteren rührt in starkem Maße daher, dass sich das Qualifikationsniveau in die-

ser Altersgruppe im Zuge des Nachrückens bildungsstarker Kohorten verbessert hat, und Personen mit einem höheren Ausbildungsabschluss mehr dazu neigen, am Erwerbsleben teilzunehmen, als solche mit einer geringeren Qualifikation. Der Anstieg des Qualifikationsniveaus ist Ausdruck der ab Mitte der 60er Jahre verstärkten Bildungsanstrengungen; die danach Ausgebildeten wachsen immer mehr in die älteren Jahrgänge der Erwerbstätigen hinein.

Dieser Trend wird sich in den nächsten Jahren noch verstärken, und die Zahl der jüngeren Erwerbspersonen wird weiter zurückgehen.

Erwerbstätigenquoten der 55-64-Jährigen in Deutschland



Quelle:

Eurostat, Arbeitskräfteerhebung/Datenstand: 18.04.2007

Die Grafik zeigt: Die EU-Zielmarke für 2010, nämlich 50% der über 55-Jährigen in Beschäftigung zu bringen, haben wir bereits 2006 fast erreicht. Waren 2003 erst 39,9 % der 55-Jährigen und Älteren in Deutschland in Beschäftigung, dürften es

mittlerweile schon über 50% sein (aktuelle Daten für das 1. Quartal 2007 liegen erst Mitte Juli vor!) . Die Maßnahmen aus der AGENDA 2010 sowie wie der allgemeine Wirtschaftsaufschwung sind wichtige Faktoren für diese Entwicklung.

- ⊕ Die Erwerbstätigkeit Älterer nimmt zu – aber nicht (nur) durch einen „Sinneswandel“ in den Unternehmen
- ⊕ Die geburtenstarke Jahrgänge der 50er und 60er Jahre altern – mit ihnen wächst die Gruppe der älteren Arbeitnehmer
- ⊕ Dennoch: Der Aufschwung am Arbeitsmarkt erreicht auch die Älteren! Ihre Beschäftigungsfähigkeit weiter zu verbessern, ist wichtiges Ziel der Politik der Bundesregierung

Fazit: Vieles bleibt zu tun !

Die positive Tendenz darf über eines nicht hinweg täuschen. Auch wenn sich die Erwerbstätigkeit der Älteren in den letzten Jahren vergleichsweise besser entwickelt hat als für Personen unter 50 Jahren: Ein wesentlicher Grund dafür ist, dass mehr und mehr Erwerbstätige auf ihren Arbeitsplätzen altern – und nicht, dass die Personalchefs plötzlich nur noch Ältere einstellen wollen. Das muss man deutlich sagen. Und man muss eingestehen, dass noch viel zu tun bleibt, um die Beschäftigungsfähigkeit und die Beschäftigungschancen älterer Arbeitnehmer tatsächlich spürbar zu erhöhen!

Wahr ist aber auch: Der aktuelle Aufschwung am Arbeitsmarkt geht auch an den Älteren nicht spurlos vorüber! Die Politik hat erkannt, wo und wie umgesteuert werden muss, damit sich die Position Älterer auf dem Arbeitsmarkt bessert. Und auch die Unternehmen scheinen zumindest teilweise die Zeichen der Zeit erkannt zu haben.

Die Mehrzahl der Betriebe hat die Aufgabe, die eigene jugendzentrierte Personalpolitik kritisch auf den Prüfstand zu stellen, aber offenbar noch vor sich. Alle wissenschaftlichen Erkenntnisse zeigen: Ein Festhalten am Jugendwahn der vergangenen Jahre wäre falsch. Es wäre längerfristig nicht durchzuhalten, weil das Erwerbspersonenpotenzial in den jüngeren Altersgruppen schrumpft. Wer als Unternehmer dauerhaft erfolgreich sein will, muss Strategien entwickeln, wie seine Unternehmensziele mit alternden Belegschaften zu erreichen sind.

Arbeitsmarkt- und Rentenpolitik – Hand in Hand

Die „Rente mit 67“ ist die notwendige Antwort

- ⊕ auf die demografische Entwicklung in Gesellschaft und Arbeitswelt

- ⊕ zum Erhalt der Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Wirtschaft angesichts weniger jüngeren Arbeitskräften
- ⊕ zur langfristigen Stabilisierung der Sozialversicherungen und der Staatsfinanzen

Gerade die Politik für ältere Arbeitnehmer kann nicht losgelöst gesehen werden von den Maßnahmen, die im Bereich der Alterssicherung beschlossen wurden. Ich spreche natürlich von der Erhöhung des gesetzlichen Renteneintrittsalters.

Die Rente mit 67 ist keine populäre und umjubilte politische Entscheidung, wie könnte sie auch. Glauben Sie mir, auch ich könnte mir durchaus Schöneres vorstellen, als die Verschiebung des Rentenzugangsalters vor mehr oder weniger empörten Bürgerinnen und Bürgern immer wieder aufs Neue in ihrer Notwendigkeit zu begründen und zu verteidigen.

Politik ist aber kein Wunschkonzert und darf es auch nicht werden. Die Erhöhung des Renteneintrittsalters ist schlichtweg eine notwendige renten-politische Antwort

- ⊕ auf die demografische Entwicklung in Gesellschaft und Arbeitswelt,
- ⊕ zum Erhalt der Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Wirtschaft angesichts weniger jüngeren Arbeitskräften und
- ⊕ zur langfristigen Stabilisierung der Sozialversicherungen und der Staatsfinanzen.

Ich möchte die wesentlichen Regelungen noch einmal nennen, weil ich glaube, dass bei Vielen immer noch große Verunsicherung über die Beschlüsse herrscht. Beschlossen ist:

- ⊕ Das Rentenzugangsalter wird ab 2012 schrittweise um einen Monat, ab 2024 um zwei Monate pro Jahr erhöht. Das bedeutet, dass erst diejenigen, die ab dem Jahr 2029 in Rente gehen, tatsächlich bis 67 Jahre arbeiten müssen.
- ⊕ Und das bedeutet, dass alle vor 1947 Geborene in keinsten Weise betroffen sind. Niemand der heute Älteren muss nun plötzlich länger arbeiten.
- ⊕ Eine wichtige Ausnahmeregelung bei der getroffenen Regelung ist, dass Versicherte mit 45. Beitragsjahren auch in Zukunft abschlagsfrei mit dem vollendeten 65. Lebensjahr in Rente gehen können.

Schrittweise Anhebung der gesetzlichen Altersgrenze bis 2029

Erst wer ab 1964 geboren ist, ist von der Rente mit 67 betroffen. Die volle Regelung greift erst im Jahr 2029. Dieser lange Vorlauf war der Politik deshalb wichtig, damit die Menschen ihre persönliche Lebensplanung frühzeitig auf die neue Rechtsetzung ausrichten können. Ich hoffe, ich konnte in meinem Vortrag deutlich machen, dass sich die Arbeitswelt im Jahr 2029 definitiv von der im Jahr 2007

unterscheiden wird. Die älteren Arbeitnehmer werden eine andere Position auf dem Arbeitsmarkt haben – schon allein deshalb, weil nicht ausreichend jüngere da sind, um die prognostizierte Nachfrage nach Arbeitskräften zu befriedigen. Und die Älteren des Jahres 2029 werden im Vergleich zu heute durchschnittlich gesünder und fitter sein, so dass sie mit anderen körperlichen Voraussetzungen und länger ihrer Erwerbstätigkeit nachgehen können.

Wir müssen allerdings daran arbeiten, dass auch Reputation und Ansehen der älteren Arbeitnehmer besser werden, indem lebenslange Qualifizierung und Weiterbildung keine leeren Worthülsen bleiben, sondern in den Unternehmen zum selbstverständlichen Instrument moderner Personalpolitik werden. Es wird auch nicht anders gehen, um dem Bedarf der deutschen Wirtschaft an qualifizierten Arbeitskräften entsprechen zu können.

Einen solchen Paradigmen- und Einstellungswechsel in den Köpfen gilt es nicht nur langfristig zu vermitteln.

Schon kurz- bis mittelfristig echte Fortschritte bei den Beschäftigungschancen und der Weiterbildungsbeteiligung Älterer zu erreichen, das ist wesentliches Ziel der Maßnahmen der Initiative 50plus.

Insofern können die Initiative 50plus und die Rente mit 67 nicht losgelöst voneinander betrachtet werden.

Sie gehören eng zusammen, bilden zwei Seiten der gleichen Medaille.

Was wir brauchen, ist...

Gestatten Sie mir in diesem Zusammenhang noch einen Blick über den Tellerrand der Arbeitsmarktpolitik hinaus zu werfen und ein paar kurze Anmerkungen zur Rentenpolitik zu machen:

- ⊕ mehr Gesundheitsschutz und alter(n)sgerechte Arbeitsplatzgestaltung in den Unternehmen,
- ⊕ flexible Arbeitszeitmodelle und neue Arbeitsformen, die die Bedürfnisse der Beschäftigten berücksichtigen,
- ⊕ eine konsequente Qualifizierungs- und Weiterbildungspolitik in den Betrieben sowie
- ⊕ mehr Bereitschaft zum lebenslangen Lernen und zum längeren Verbleib in Arbeit bei den Älter(werdend)en selbst.

Beschäftigung Älterer verbessern – Instrumente nutzen!

- ⊕ TV – Übergangsregelungen
- ⊕ Arbeit-Rente / Qualifizierung

BetrVG - §§ 80,87,91,92a,96,97:

- ⊕ Unfallverhütungsvorschriften
- ⊕ Beschäftigungsförderung Älterer
- ⊕ Arbeitszeiten
- ⊕ Gesundheitsschutz
- ⊕ Qualifikationsprofil des Betriebes
- ⊕ Weiterbildung

SGB IX - § 84 :

- ⊕ Eingliederungsmanagement
- ⊕ Rehabilitationsträge

Beschäftigung Älterer verbessern – Gleitende Übergänge regeln!

AG der SPD-Bundestagsfraktion und Partei diskutiert über:

- ⊕ Flexible Altersteilzeit/ gleitender Ein-/Ausstieg Jung/Alt
- ⊕ Teilrente und Hinzuverdienst / zus. Arbeitgeberbeiträge
- ⊕ Abschlagsausgleich mit freiw. zusätzl. Rentenbeiträgen
- ⊕ Zusätzliche AG-Rentenbeiträge für belastende Arbeiten
- ⊕ Modifizierte Berufsunfähigkeitsrente / 60 J. / unter 6 Std.
- ⊕ Lebensbegleitendes Lernen
- ⊕ Altersgerechte Arbeitsbedingungen

Schlussworte

Der demographische Wandel wirft seine Schatten voraus – die Herausforderungen sind groß, für die Sozialsysteme genauso wie für die Unternehmen und die Arbeitsmarktpolitik. Ich habe in meinem Vortrag den Blick in erster Linie auf die Älteren geworfen. Aber wir sollten uns nicht täuschen: Wenn wir die anstehenden Probleme nachhaltig und wirksam lösen wollen, dann werden wir das nur schaffen, wenn alle Generationen gemeinsam an einem Strang ziehen – und zwar in die gleiche Richtung! Denn die Jüngeren von heute sind die Älteren von morgen !

Erfolgreiche Betriebe brauchen die Erfahrung der Älteren und den Innovationsdrang der Jungen gleichermaßen. Nur dann werden unsere Unternehmen im weltweiten Wettbewerb die Nase vorn behalten und nur dann werden wir in Deutschland unseren Wohlstand im härter werdenden globalen Wettbewerb verteidigen können.

Das BMAS fördert aus gutem Grund mit bundesweiten Wettbewerben Best-Practice-Beispiel, bei denen jüngere und ältere Beschäftigte gemeinsam für den Erfolg ihres Arbeitsgebers arbeiten. Diese „Teams des Monats“ werden regelmäßig von Minister Müntefering nach Berlin eingeladen und mit einer Urkunde geehrt.

Alt und jung gemeinsam – das ist der Schlüssel für eine erfolgreiche Bewältigung des demografischen Wandels -in den Betrieben genauso wie in der Gesellschaft insgesamt!

Vielen Dank für die Aufmerksamkeit!

„Gegenseitige Vorwürfe sind keine Lösung!
Für die Gemeinschaft der Generationen!“



3. CBE

Centrum für bürgerschaftliches Engagement

„Die Mitwirkzentrale“ in Mülheim an der Ruhr

Dagmar Mühlenfeld

Oberbürgermeisterin der Stadt Mülheim an der Ruhr

Hannover, 22. Juni 2007

Die Stadt Mülheim an der Ruhr

- ⊕ 171.160 Einwohner (31.12.2006)
- ⊕ Fast 50 % Grünfläche
- ⊕ 2 MPIs (Kohlenforschung und Bioorganische Chemie)
- ⊕ Traditionsreiche Gründer- und Unternehmerstadt
- ⊕ Geringste Arbeitslosigkeit aller kreisfreien Städte im Ruhrgebiet
- ⊕ Dritthöchste Kaufkraft in NRW
- ⊕ Qualitativ über dem Landesdurchschnitt liegende Bildungsabschlüsse
- ⊕ „Älteste Stadt in NRW“ - höchster Anteil an über 60-Jährigen mit ca. 30 %

Anmerkungen:

Dieser Anteil wird weiter steigen - auch über den durchschnittlichen Anstieg im Land NRW hinaus.

Lage:

Südwesten der Metropole Ruhr, Ballungsraum, ca. 6 Mio Einwohner, KH 2010 Karl-Ziegler Nobelpreisträger (Kunststoff-Massenproduktion) Thyssen, Grillo, Haniel, Temgelmann, Aldi, Metro, Stinnes größte Dichte bei den Einkommensmillionären in der Metropole Ruhr

Und

- ⊕ die Stadt Mülheim ist die „Älteste Stadt in NRW“ mit dem
- ⊕ höchsten Anteil an über 60-Jährigen (ca. 30 %).

Besonderes Augenmerk verdient der letzter Punkt:

Ehrenamtliches Engagement im Alter

- ⊕ gewöhnlich wird das Thema defizitorientiert behandelt
- ⊕ Mobilitätseinschränkungen
- ⊕ Vitalitätsverlust
- ⊕ abnehmende Produktivität
- ⊕ krank- hohe Kosten bei Gesundheit, Pflege
- ⊕ die Blickrichtung sollte mehr auf die Potentiale ausgerichtet sein, hier sind Ressourcen ungenutzt

Der Freiwilligensurvey basiert auf der wohl umfassendsten Befragung zum Thema Bürgerschaftliches Engagement (BE) durch die Bundesregierung. Diese wurden bisher in 1999 und 2004 durchgeführt.

- ⊕ Das Engagement älterer Menschen, gerade „junger“ Senioren (unter 60 Jahre) nahm in den letzten Jahren deutlich zu (s. auch letzter Freiwilligensurvey der Bundesregierung).
- ⊕ In Mülheim sind über 60 % der über die Freiwilligenagentur (Centrum für bürgerschaftliches Engagement) vermittelten Personen über 50 Jahre alt!
- ⊕ Die Senioren sind heutzutage sehr aktiv und gesund.

- ⊕ Der Renteneintritt erfolgt momentan noch sehr früh. Zum Teil erfolgen Freisetzungen bereits ab dem 50. Lebensjahr. Diese jungen „Senioren“ stehen voll im Leben und suchen Aufgaben, die sie erfüllen können.

Anmerkungen:

Kann man zu einem 50 - 60 jährigen überhaupt ernsthaft „Senior“ sagen?

Eher aktive Nach-Erwerbsphase?

Motivation:

- ⊕ Wichtiger Beitrag zum persönlichen Wohlbefinden
- ⊕ Sich-Anerkannt-Fühlen in der Gesellschaft, „gebraucht“ werden
- ⊕ Das Gefühl, der Gesellschaft etwas zurückgeben zu wollen, da es einem selbst gut gegangen ist

Auch bei noch Erwerbstätigen ist die Zahl der ehrenamtlich aktiven Bürgerinnen überdurchschnittlich hoch, die als Entscheider und Verantwortler eingebunden sind

ist gekennzeichnet durch:

- ⊕ die Bereitschaft, sich auf Neues einzulassen
- ⊕ ein hohes Maß an Verlässlichkeit
- ⊕ die Bereitschaft, auch verantwortungsvolle Aufgaben zu übernehmen und diese eigenverantwortlich zu erledigen
- ⊕ eine hohe Identifikation mit der Aufgabe/dem Projekt

- ⊕ das Einbringen der eigenen Lebenserfahrung

Die ist Ergebnis entsprechender Sozialisationsmuster

- ⊕ positive Bedeutung der Sekundärtugenden, aus der das Verhalten/die Wahrnehmung resultiert

Aktivierung:

- ⊕ ist eine Anlaufstelle zwingend erforderlich
- ⊕ müssen Projekte entwickelt und angeboten werden
- ⊕ Engagierte Senioren sind finanziell in der Regel gut situiert.
- ⊕ Aufwandsentschädigungen sollten jedoch in jedem Fall angeboten werden.

Eine hohe Bereitschaft ist grundsätzlich vorhanden, häufig fehlt der erste Anstoß,

daher:

Insbesondere Projekte sind wichtig bei der Entwicklung des Themas.

Sie ermöglichen:

- ⊕ z. B. kirchlicher Bereich:
- ⊕ Migranten = Parallelgesellschaft
- ⊕ Einheimische = normales BE

Zuweilen ist es so, dass die Senioren noch Geld mitbringen.

Bsp.: Ziel-Projekt Bruchstraße: Eine 80-jährige Dame gibt Kunstunterricht und bringt jedes Mal aus eigener Tasche einen Obstkorb für die Kinder mit, da diese häufig zu Hause kein Obst bekommen. Hierzu später mehr.

- ⊕ zeitbegrenzten Einsatz
- ⊕ höhere Selbstbestimmtheit und eigenverantwortliches Arbeiten
- ⊕ und münden häufig in weitere Engagements

Das Angebot der Aufwandsentschädigung (mindestens Material- und Fahrtkosten) sollte jedoch in jedem Fall erfolgen. Darauf wird Wert gelegt.

Engagement von Migrantinnen:

- ⊕ Dies erfolgt in aller Regel innerhalb der persönlichen Bezüge, d.h. in den Migrantinnenorganisationen und im privaten Umfeld.
- ⊕ Ziel muss sein, auch diese Gruppe für BE zu gewinnen und für übergreifende Projekte zu begeistern.

Die klassischen und bislang noch gut funktionierenden Strukturen in den Familien lösen sich auch hier zunehmend auf.

Insofern ist eine gegenseitige Öffnung zwingend notwendig, eine neue vorurteilsfreie, zunächst deskriptive Sicht ist einzunehmen.

Gutes Bsp.: In Mülheim gibt es inzwischen einen Dolmetscherpool für die Unterstützung Begleitung von Migranten bei Arztbesuchen. Dieser läuft gerade erst an, wird weiter entwickelt.

Ausblick:

- ⊕ Ehemalige 68er erreichen das Rentenalter.
- ⊕ In den nächsten 20 Jahre gibt es ein hohes Potential beim Engagement unserer Senioren abzurufen.

Die Alt 68er sind Einmischung und Engagement gewohnt. Ihr BE muss allerdings kanalisiert und in die richtigen Bahnen gelenkt werden.

Frage: Wo sind die größten Probleme in der Gesellschaft?

Wie immer bei konsequenter Stärkung der Zivilgesellschaft und BE muss der Staat Kompetenz, Verantwortung und Macht teilen.

Einmischungen, auch lästige, müssen dafür in Kauf genommen werden.

These 1:

Die positive Einstellung der heutigen Senioren zu bürgerschaftlichem Engagement wird noch ca. 20 Jahre tragen. Danach muss mit einem deutlichen Rückgang gerechnet werden.

Anmerkungen:

Aus heutiger Sicht können Menschen unter 40 weit weniger damit anfangen, da sie in anderer Weise sozialisiert wurden (oder gar nicht); da muss in den nächsten Jahren angesetzt werden.

Zunehmende Individualisierung spricht:

- ⊕ gegen projektorientiertes und initiativengestütztes Engagement junger Menschen
- ⊕ für genügend Rekrutierungspotential auch in Zukunft für BE

These 2:

Die wirtschaftliche Situation von Senioren wird sich zunehmend verschlechtern. Möglicherweise werden Senioren zunehmend wieder auf einen Zuverdienst angewiesen sein.

Frage: Sind künftig Mischformen zwischen reinem Engagement und Bezahlung denkbar und sinnvoll?

- ⊕ Strukturen zu schaffen, die es ermöglichen, dass sich das bürgerschaftliche Engagement insgesamt entwickeln kann.
- ⊕ Hier muss die Politik daran arbeiten, dass Kommunen auch in die Lage versetzt werden, dies zu unterstützen (Finanzierung)

Aufgabe der Kommunen:

Möglichkeiten der Schaffung von Organisationsstrukturen zur Begleitung und

Stärkung von BE Kommunen werden in Zukunft auf BE angewiesen sein.

In Mülheim an der Ruhr gibt es seit 2001 das „Centrum für bürgerschaftliches Engagement“ (CBE) als Plattform für alle Fragen und Projekte im Zusammenhang mit der Ausprägung und Weiterentwicklung des Themas in der Stadt und darüber hinaus.

Struktur des Vereins

Gründung als unabhängiger Verein im Mai 2001

Mitglieder: 63 (Mai 2007)

Mitgliederstruktur: gemeinnützige Einrichtungen und Vereine, Unternehmen (z.B. RWE), Privatpersonen, Stadt Mülheim

Finanzierung: jährlicher städtischer Zuschuss, Mitgliedsbeiträge, Projektmittel

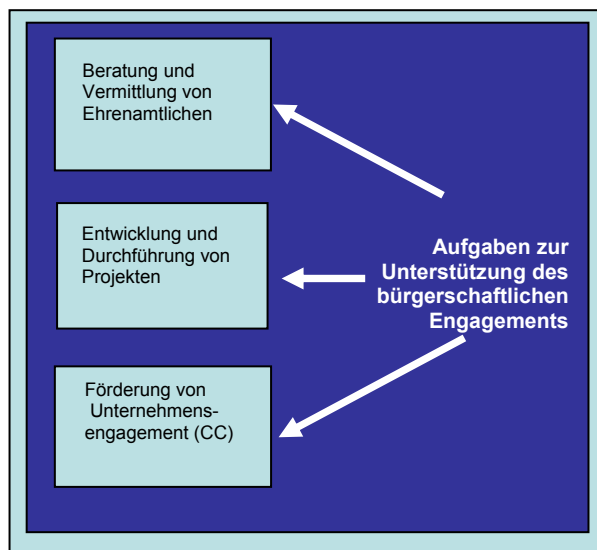
Geschäftsstelle: Wallstraße 7, 45468 Mülheim a. d. Ruhr

Zuschuss der Stadt: 110.000 €

Mitgliedsbeiträge: ca. 15.000 €

anteilige Refinanzierung durch Projekte und Aufträge (z.B. fürs Ministerium)

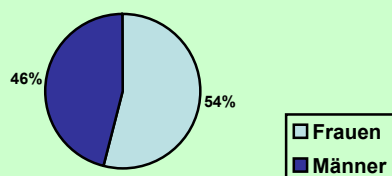
Zentrale Aufgabenfelder



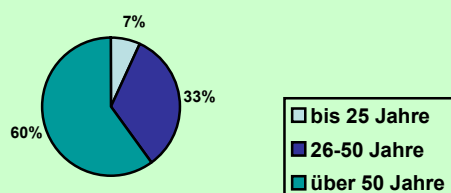
Beratung und Vermittlung von Ehrenamtlichen

- ⊕ Pro Jahr werden ca. 200 Freiwillige vermittelt.
- ⊕ Die Vermittlungsquote liegt bei 70-75%.
- ⊕ Zur Zeit sind ca. 700 aktive Freiwillige erfasst.

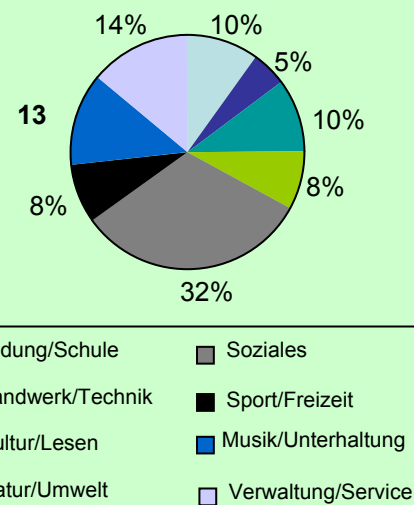
Anteil Frauen und Männer



Alter der Freiwilligen



Engagementwünsche der Freiwilligen



Die **Schwerpunkte des Bedarfs an Freiwilligen** in den Bereichen *Senioren, Kinder u. Migranten*:

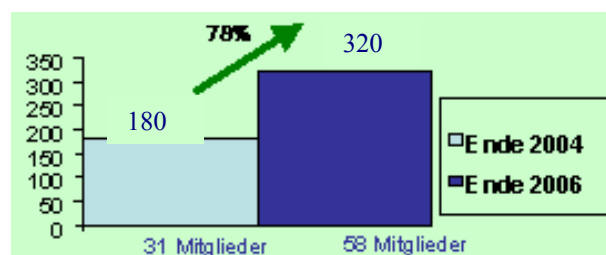
- ⊕ werden durch die Angebote der Freiwilligen weitgehend gedeckt.
- ⊕ Weiterhin großer Bedarf besteht im Bereich *Hausaufgabenhilfe*.

Mehr Möglichkeiten sich zu engagieren werden gewünscht im Bereich Verwaltung sowie PC und Internet, insbesondere von arbeitslosen oder erwerbsunfähigen Menschen.

Insgesamt über 250 verschiedene Aufgaben/Einsatzgebiete

Beratung und Vermittlung von Ehrenamtlichen

Gesuche der gemeinnützigen Einrichtungen



Die Einrichtungen waren am Anfang sehr defensiv, weil sie erst nur den Mehraufwand gesehen haben. Inzwischen haben sie erlebt, dass sie einen deutlichen Mehrwert haben.

Die Schnittstelle zwischen Ehrenamtlichen und Hauptberuflichen muss hierbei sensibel gehandhabt werden

Förderung von Unternehmensengagement - Corporate Citizenship -



In 2006:

- ⊕ diverse Sponsoren
- ⊕ 60 Unternehmen
- ⊕ 140 Einrichtungen
- ⊕ 100 Kontrakte
- ⊕ Gesamtwert: 200.000 €

Ein absolutes Highlight! Wurde dem Vorbild holländischer Marktplätze in 2006 erstmals in Deutschland durchgeführt.



In einem Zeitraum von 2 Stunden treffen Angebot und Nachfrage wie bei der Börse aufeinander, Kontrakte werden ausgehandelt und verbindlich schriftlich festgehalten.

Aktionstage:

- ⊕ RWE Rhein-Ruhr AG (Aktiv vor Ort)
- ⊕ Tengelmann
- ⊕ RWW „Dreamteam“

Große Unternehmen führen eine Reihe von Volunteeringprojekten vor Ort durch:



- ⊕ RWE Rhein-Ruhr AG - alleine ca. 20 Tage in 2006)
- ⊕ RWW Dreamteam = Auszubildende

Seitensprung:

- ⊕ Stadtbäckerei Hemmerle, Peter Hemmerle
- ⊕ Druckerei Thierbach, Frank Peylo
- ⊕ RWW, Herr Schallwig

Bekannte Personen erleben für eine Woche eine andere Lebenswelt. Dies bewirkt sehr nachhaltige Eindrücke, und auch so entstehen für die Einrichtungen neue Kontakte und Partnerschaften. Die Initiative hieß ursprünglich Seitenwechsel, dieser Begriff ist jedoch in der Schweiz geschützt.

Know-how:

- ⊕ RWE Energy (FAME-Programm);
- ⊕ Projekte: Netzwerk Ruhrgebiet, Ziel, Lernwerkstatt Natur
- ⊕ Niehaus Komossa, Düsseldorf

- ⊕ Infoaustausch zwischen den Akteuren, gemeinsame Projekte.
- ⊕ U.a. verschiedene Kaminabende mit Ruhrgebiets-OB's, GE hat daraufhin die Mülheimer Strukturen übernommen, auch andere Kommunen denken darüber nach (Oberhausen)

Projektförderung:

- ⊕ Schauenburg Gruppe (bsp.: Schmökertube)
- ⊕ Partner Freiwilligenkarte (z. Zt. 60)
- ⊕ div. Unternehmen (z. B. Familienstart)

Entwicklung und Durchführung von Projekten – Förderung der Anerkennungskultur/ Rahmenbedingungen

FAME:

- ⊕ Führungskräfte aktivieren, motivieren, entwickeln

RWE Fortbildungsprogramm:

- ⊕ ca. 15 Nachwuchskräfte nutzen ihre Kompetenzen, um gemeinsam ein Konzept für eine Organisation zu entwickeln (z.B. Stärken-Schwächen-Analyse, Organisationsüberprüfungen) Die jungen Menschen bekommen einen Einblick in eine andere Lebenswelt.

Netzwerk Ruhrgebiet:

- ⊕ Entwicklung des Themas im Ruhrgebiet (auch Ruhrdax)

Freiwilligenkarte	
Projektdauer	Start Feb. 06
Projektdauer	Jun. 05 – Feb. 08
Unterstützung Landesaktivitäten im Bereich Landesnachweis	

- ⊕ bisher ca. 400 Mal ausgegeben

Die Karte wird gerne angenommen, aber noch selten genutzt, die Anerkennung an sich genügt häufig, ob-

- ⊕ freier Eintritt Museum
- ⊕ 50 % Schwimmbäder, VHS

wohl sehr attraktive Leistungen dabei sind:

- ⊕ i.d.R. 10 % auf sonst. Von Kfz-Händler bis Blumen, Friseur, Metzger, Steuerberater, sonstige Dienstleister

Landesnachweis: Auftragnehmer des Landes NRW für die Erarbeitung der Strukturen für das Ehrenamt (z.B. Bekanntmachung des Landesnachweises NRW durch Veranstaltungen)

Schüler/innen und Jugendliche:

ZIEL: Bruchstraße, inzwischen auch Kleiststraße	
Projektdauer	Sep. 05 – Jun. 08

Sternstunden	
Projektdauer	Start 2007

Ehrenamtliche geben ergänzend Unterricht, zum Teil bereits in dritten Jahr:

- ⊕ Kunst- 80-jährige Dame (Frau Lenz)
- ⊕ Flieger bauen - Physik
- ⊕ Fussballkurs - ehemaliger türk. Schüler

Die Initiative wird gerne angenommen. Sie ist freiwillig und ein echtes Zukunftsprojekt

Sternstunden:

Kinder kümmern sich um alte Menschen in Altenheimen und beschäftigen sich mit den alten Menschen.

Die Schüler bekommen zukünftig begleitend erwachsene Mentoren an die Seite gestellt. Die Kinder erhalten hierfür „Sterne“ und als Anerkennung hochwertige Präsente (Sportwochenende, Bildungsmaßnahme)

Behinderte Menschen:

Schlägelschule	
Projektdauer	Apr. 04 – Jun. 06

Hörzeitung	
Projektdauer	Apr. 06 – Feb. 08

Die Schlägelschule: Für Mehrfachbehinderte Kinder konnte eine Kraft für 2 Jahre bezahlt werden über Sponsorenmittel. Wichtig war auch der Effekt auf die anderen Kinder, die eine andere Sichtweise auf die behinderten Kinder erhalten haben.

Die Hörzeitung: Für Blinde wird über eine beim CBE beschäftigte Person -ebenfalls über Sponsorenmittel bezahlt – unterstützt

Familien:

Familienstart	
Projektdauer	Start Juni 06

Im Rahmen Bündnis für Familie: Partner:
Caritas

- ⊕ Patenschaft für Familien und Allein-
erziehende
- ⊕ Erstkontakt: Schwangerschafts-
beratung Caritas

Aktuell werden 9 Familien betreut, wird
jetzt erhöht, Bedarf ist vorhanden.
Diverse Sponsoren konnten gewonnen
werden.

Entwicklung und Durchführung von Projekten - Zielgruppen -

- ⊕ Kinder/Jugendliche
- ⊕ Behinderte
- ⊕ MigrantInnen
- ⊕ SeniorInnen

Ein Schwerpunkt:

SeniorInnen als Ehrenamtliche

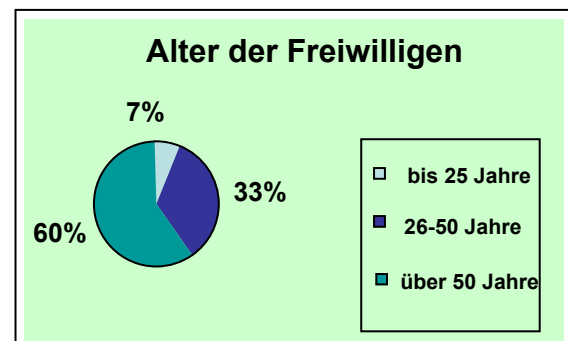
Altersstruktur

- ⊕ 60% der Ehrenamtlichen sind 50
Jahre und älter

Projekte zur Aktivierung von Seniorinnen und Senioren

Entsprechend der Punkte, die ich in mei-
ner ersten Präsentation angesprochen
habe, müssen Projekte entwickelt werden,
in denen sich (auch) Senioren wiederfin-
den. Das CBE entwickelt solche Projekte

zielgerichtet, nachfolgend einige Beispiele
(nächste Folien)



EQUAL – Selbsthilfe und Eh- renamt älterer Menschen

Transnationales Beschäftigungs-Projekt
der LEG AS (Landesentwicklungsgesell-
schaft für Arbeitsmarkt und Strukturent-
wicklung GmbH) u.a. dänische und italie-
nische Partner

In MH läuft ein Teilprojekt zur Erarbeitung
von stadtteilbezogenen und nachbar-
schaftlichen Strukturen.

- ⊕ Bergbauausstellung
- ⊕ Kochen für Männer ab 55
- ⊕ Angebotsübersicht Styrum

Projektdauer: Jun. 05 – Dez. 07

EFI – Erfahrungswissen für Initiativen

Bundesweites Programm, übernommen
durch das Land

Senioren werden als Multiplikatoren aus-
gebildet zur eigenverantwortlichen Wer-
bung und Ausbildung ehrenamtlichen Se-
nioren und Übernahme von Projekten

- ⊕ Qualifizierungsprogramm –
SeniorentainerInnen
- ⊕ Aufbau eines Kompetenzteams

Projektdauer: Sept. 06 – Aug. 07

Weitere Projekte mit aktiven Seniorinnen und Senioren

Thema Buch und Lesen kommt bei Senioren gut an



Ziel
Familienstart
Schmökertube
Ausbildungspaten

Ehrenamt für Seniorinnen und Senioren

Als Resümee bleibt:

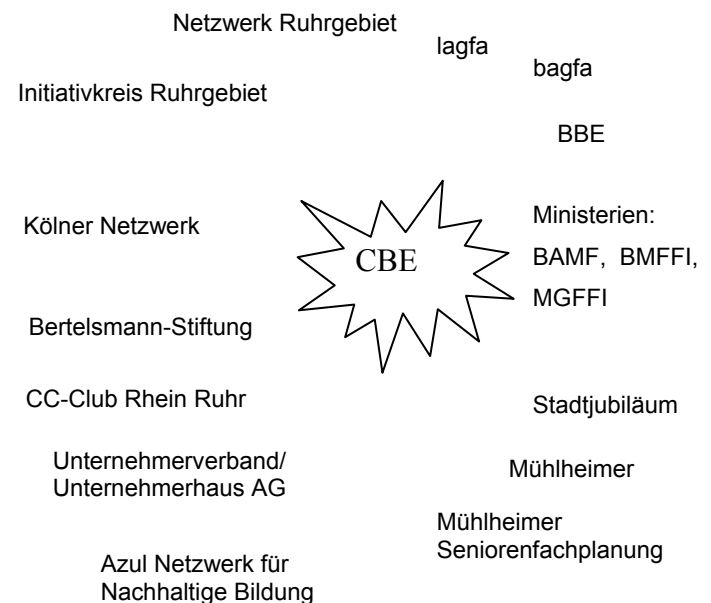
- ⊕ ein großer Teil der ehrenamtlichen Arbeit wird von Seniorinnen und Senioren geleistet
- ⊕ Seniorinnen und Senioren zeigen große Einsatzbereitschaft und Motivation
- ⊕ der Einsatzbereich für Seniorinnen und Senioren im Ehrenamt ist breit und die Möglichkeiten sind vielfältig

Grundlagen zur Abschöpfung des Potenzials sind:

Anlaufstelle zur Information und Bündelung des Angebots verlässliche Struktur für die Angebote.

Netzwerke/Partner des CBE

Zum Abschluss ein Blick auf das Netzwerk unserer Einrichtung, über Bundes- und Landesministerien, die einschlägigen Ehrenamtsnetzwerke (bagfa, lagfa) bis in die kommunalen Strukturen hinein gibt es inzwischen eine Vernetzung, die hervorragend trägt.



Lagfa, Bagfa= Landes-, Bundesarbeitsgemeinschaft der Freiwilligenagenturen

4. Wohnen im Alter

Herausforderungen für die Wohnungswirtschaft

Senator a. D. Bernd Meyer

Verbandsdirektor vdw Niedersachsen Bremen

Hannover, 22. Juni 2007

Der vdw Verband der Wohnungs-wirtschaft in Niedersachsen und Bremen

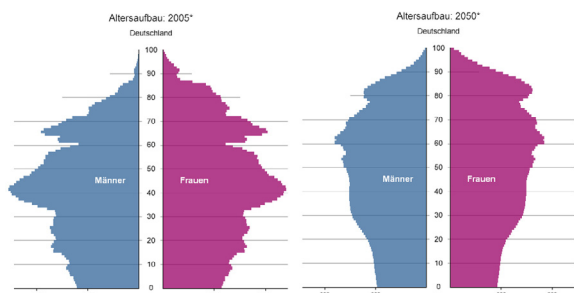
77 Gesellschaften mit 275.000 Wgh.
 104 Genossenschaften mit 126.000 Wgh.
 181 Unternehmen mit 401.000 Wgh.

Investitionen 2006

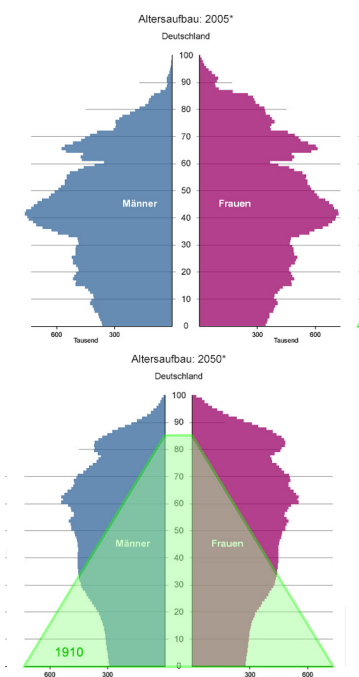
Neubau 97 Mio. Euro
 Instandhaltung 501 Mio. Euro
 + Modernisierung

598 Mio. Euro

Herausforderungen: Altersaufbau 2005 und 2050



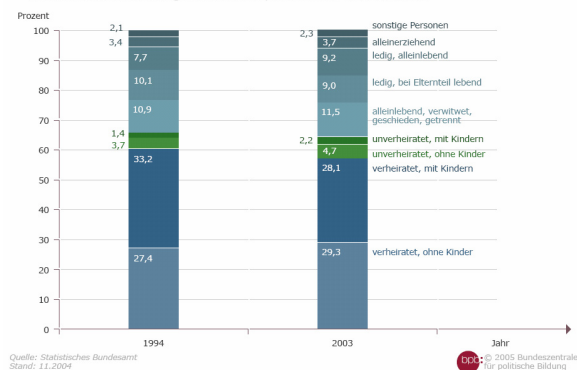
Altersaufbau 2005 und 2050



Wandel in der Gesellschaft

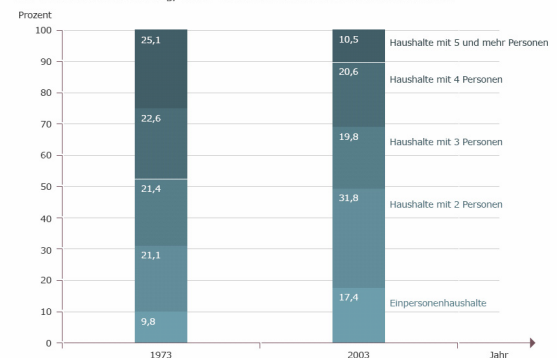
■ Pluralisierung der Lebensformen

In Prozent der Bevölkerung über 18 Jahren, Deutschland 1994 und 2003



■ Bevölkerung nach Haushaltstypen

In Prozent der Bevölkerung, West- und Gesamt-Deutschland 1973 und 2003



Lebensstile

- ⊕ Junge Starter-Haushalte
- ⊕ Studenten und junge Akademiker
- ⊕ Familien
- ⊕ Kinderlose Ein- und Zwei-Personenhaushalte
- ⊕ Zwei Personenhaushalte In der Nach-familiären Phase
- ⊕ Senioren
- ⊕ ökologisch Orientiertes Milieu
- ⊕ Experimentalisten
- ⊕ Sozial Schwache
- ⊕ Migranten

Zielgruppen und ihre Trends

Junge Starter-haushalte	↗	wachsend
Studenten und junge Akademiker	→	gleichbleibend
Familien	↓	schrumpfend
Kinderlose Ein- und Zwei-Personen Haushalte	↑	stark wachsend
Zwei-Personen-Haushalte in der Nachfamilären Phase	↑	stark wachsend
Senioren	↑	stark wachsend
Ökologisch orientiertes Milieu	→	gleichbleibend
Experimentalisten	↗	wachsend
Sozial Schwache	↑	stark wachsend
Migranten	↗	wachsend

Zwischenbilanz

Die Haushaltstypen ändern sich sehr stark:

- + 1- und 2-Personen-Haushalt
- große Haushalte

- ⊕ Die Entwicklung der Lebensstile erfordert ein differenziertes Wohnangebot.
- ⊕ Die Senioren sind die einzige Bevölkerungsgruppe mit prozentualem und absolutem Wachstum.

Senioren sind ...

... *agil*
 ... *modern*
 ...jung geblieben

Wandel in der Gesellschaft

Die Entwicklung der Altersgruppen

Altersgruppen	2000		2040	
	absolut	%	absolut	%
Hochaltrige (80+)	3.087	4	6.436	9
Junge Alte (65-80)	10.607	13	14.872	20
Ältere Erwerbsfähige (40-65)	27.676	34	24.522	33
Junge Erwerbsfähige (20-40)	23.500	29	16.052	22
Kinder und Jugendliche (0-20)	17.390	21	12.273	17
Insgesamt	82.260	100	74.155	100

Sind aber auch...

... *einsam*
 ... *krank*
 ...hilfsbedürftig

Künftige Entwicklung

Wie wohnen die Senioren?

Normale Wohnung	93 %
Alten- und Pflegeheim	4 %
Betreutes Wohnen	2 %
Traditionelle Altenwohnung	1 %
Gemeinschaftliches Wohnen	unter 1 %
Pflegewohngruppen	unter 1 %

Quelle: Büro für sozialräumliche Forschung und Beratung

Struktur der Seniorenhaushalte im Jahr 2000

	Insgesamt	65-79	80 und älter
Partnerhaushalte	53%	63%	24%
Singlehaushalte	37%	33%	57%
darunter Frauen	30%	26%	48%
darunter Männer	7%	7%	9%
Alleinstehende mit Kindern	5%	3%	8%
Heimbewohner	4%	2%	11%
Sonstige	0,2%	0,3%	0,0%
Insgesamt	100%	100%	100%

Quelle: Büro für sozialräumliche Forschung und Beratung

Künftige Entwicklung

Zentrale Herausforderungen:

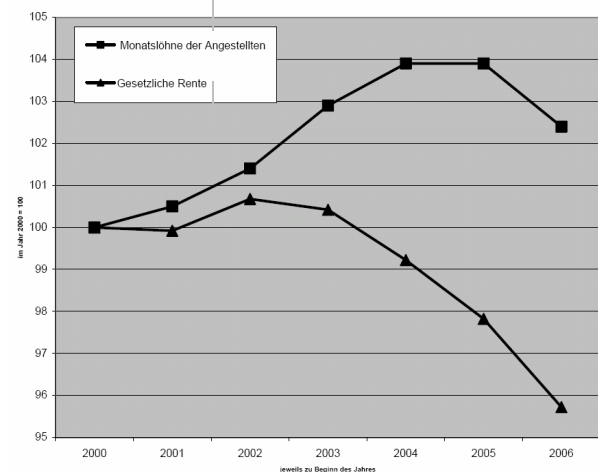
- ⊕ Angebote für „normale Wohnungen“ entwickeln

- ⊕ Pflege im vertrauten Wohnquartier anbieten
- ⊕ Mobilisierung ehrenamtlicher und nachbarschaftlicher Hilfen
- ⊕ Modelle gemeinschaftlichen Wohnens fördern
- ⊕ Bezahlbare Wohnungen anbieten

Bezahlbare Wohnungen

... auch für die ältere Generation!

Entwicklung der Löhne und Gehälter im Vergleich zu den Renten



Quelle: DIA Deutsches Institut für Altersvorsorge

Initiativen der Wohnungswirtschaft



Wohnungsgenossenschaft, Heimkehr eG,
Hannover

Beispiel: Wohnanlage Hannover-Rethen,
32 Seniorenwohnungen, 86 Pflegeplätze

Initiativen der Wohnungswirtschaft

Neubau – alten- und behindertengerecht

Spar- und Bauverein eG, Hannover



Beispiel: Neubau 62 WE,
Käthe-Steinitz-Str. 7/9/11

Abriss und Neubau

Baugenossenschaft „Wiederaufbau“ eG,
Braunschweig



Beispiel:

Neubau 46 WE, betreutes Wohnen

Anpassung von Wohnungen im Bestand



Umbau eines Altenpflegeheims

Spar- und Bauverein eG, Hannover



Beispiel

Umbau Altenpflegeheim, mit 78 Plätzen

Umbau in Wohnungen und Altenpflegeheim

Wohnungsgenossenschaft Heimkehr eG,
Hannover



Beispiel:

Umbau

ehemaliges Verwaltungsgebäude

Neue Angebote: Gemeinsam alt werden

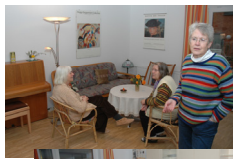
in Kooperation mit Ostland Wohnungsgenossenschaft eG, Hannover



Beispiel:

Wohnprojekt „W12“ Hannover-Linden
15 Seniorenwohnungen, davon 13 belegt

Neue Angebote: Gemeinsam alt werden



Beispiel:

Wohnprojekt „W12“, Hannover-Linden

- ⊕ Gemeinschaftsraum,
- ⊕ Gästezimmer,
- ⊕ Gemeinsame Aktionen:
z. B. Kochen, Töpfern,
Englisch-Kursus, Computer-Kursus

Neue Angebote: Gemeinsam alt werden

in Kooperation mit STÄWOG Städtische
Wohnungsbaugesellschaft Bremerhaven



Beispiel:

Wohnprojekt „Nachbarschaftliches Wohnen“ in Bremerhaven, Goethestraße 43:
eine Familie, drei Ehepaare, fünf Singles

Nachbarn treffen Nachbarn

Nachbarschaftstreff in einer Wohnung mit
Beratung und Unterstützung für eigen-
ständiges Wohnen



Beispiel:

Wohnungsbaugesellschaft BREBAU
GmbH gemeinsam mit Bremer
Heimstiftung

Hilfe durch Nachbarn für Nachbarn



Kosten je Stunde	
Haushaltshilfe	8,50 €
Grab- und Gartenpflege	8,50 €
Renovierungshilfe & Kleinreparaturen	8,50 €
Mahlzeitenversorgung	8,50 €
Begleitsdienste	auf Anfrage
Spaziergänge, Einkaufshilfe	auf Anfrage

Die Bedeutung älterer Mieter für die Wohnungswirtschaft

FAZIT: Die Senioren sind eine wichtige Kundengruppe für die Wohnungswirtschaft mit steigender Bedeutung

5. „In Würde alt werden“

Uwe Schwarz, MdL

Sozial- und gesundheitspolitischer Sprecher
der SPD-Fraktion im Niedersächsischen Landtag,

Hannover, 22. September 2007

dass Vorbeugen statt heilen auch für unser Gesundheitswesen mittelfristiger kostengünstiger ist, dem wird sicherlich auch **Birgit Fischer**, sowohl aus Sicht als Chefin der Barmer Ersatzkasse, aber auch als frühere Sozial- und Gesundheitsministerin nicht widersprechen.

Niedersachsen ist ja in vielen Bereichen hochrangig vertreten. Das gilt natürlich auch für **Wilhelm Schmidt**, als Bundesvorsitzender der AWO. Auch ihm ist ja die andere Seite, die der Politik nicht ganz unbekannt. Als langjähriger parl. GF. der SPD-Bundestagsfraktion ist ihm ja bestens bekannt, wie lange es manchmal dauert, bis als richtig erkannte Ideen und Forderungen politisch umgesetzt werden.

Wilhelm Schmidt kommt übrigens aus dem alten Braunschweiger Land, genau wie **Landesbischof Dr. Weber** in dessen Hoheitsbereich auch meine Heimatstadt liegt. Bei uns in Niedersachsen ist diese Zuordnung immer noch sehr bedeutsam. Dass dem sich Dr. Weber widmen wird, geht allerdings weit über Landesgrenze und auch politische Grenzen hinaus.

Allerorten wird endlich über die Folgen

- des demografischen Wandels gesprochen,

- über die Zukunft der Pflegeversicherung,

- die Sicherheit und Höhe der Renten

und allgemein über die künftige Rolle älterer Menschen in unserer Gesellschaft.

Auf den ersten Blick erscheint es banal, daran zu erinnern, dass wir alle älter

werden, dass die Gesellschaft insgesamt älter wird.

Tatsächlich steckt viel mehr dahinter: Deutschland und Niedersachsen werden sich in den nächsten Jahren und Jahrzehnten geradezu revolutionär verändern – und wir stecken heute schon mitten drin in diesem radikalen Wandel.

Ich danke deshalb sehr herzlich der Friedrich-Ebert-Stiftung dafür, dass sie mit dieser Kongressreihe ein Thema aufgegriffen hat, das längst die Fachdiskussionen verlassen hat und breit und kontrovers in der Öffentlichkeit diskutiert wird.

Allein die große Zahl der heutigen TeilnehmerInnen – und das für einen Samstag – zeigt das große Interesse an dem Thema.

Ein soziales Miteinander ist undenkbar ohne soziale Gerechtigkeit.

Soziale Gerechtigkeit bedeutet für mich und für meine Partei nichts anderes, als das jeder und jede, unabhängig von Alter, Geschlecht, Geldbeutel oder Herkunft das Recht und vor allem auch die tatsächliche Chance auf gesellschaftliche Teilhabe haben muss.

Das mag für die meisten von Ihnen wie eine Binsenweisheit klingen.

Selbstverständlich ist sie längst nicht – ganz im Gegenteil!

Die soziale Spaltung in Deutschland vertieft sich.

Die Entwicklung, vor allem aber die Bildungschancen für Kinder sind wieder

stark von der materiellen Situation des Elternhauses abhängig.

Die Armut wächst. Auch Altersarmut ist leider wieder ein ernstes Thema geworden.

Der gegenwärtige Aufschwung in Deutschland wäre ohne die sogenannte Agenda 2010 nicht möglich gewesen. Darauf darf die SPD durchaus mal selbstbewusster hinweisen, nachdem sie dafür ja reichlich abgestraft wurde.

Jetzt allerdings müssen wir auch gewährleisten, dass alle Bürgerinnen und Bürger an diesem Aufschwung teilhaben. Nicht nur die Aktionäre, sondern vor allem die Personen, die ihn durch Verzicht auf Lohnerhöhungen, Rentenerhöhungen, höhere Selbstbeteiligungen und reduzierte Unterstützungssätze maßgeblich ermöglicht haben.

Das sind insbesondere Arbeitnehmer, Rentnerinnen und Rentner, Sozialleistungsbezieher.

Es geht schlicht um Verteilungsgerechtigkeit. Diese ist nicht nur Garant für den sozialen Frieden in Deutschland, sondern das hat für die SPD viel mit Chancengleichheit und Menschenwürde zu tun.

„Grau ist bunt“, so lautet der Buchtitel des früheren Bremer Bürgermeisters Henning Scherf. Einige von Ihnen waren bereits am 22. Juni dabei, als hier – ebenfalls auf Einladung der Friedrich-Ebert-Stiftung – sehr intensiv über die Potentiale des Alters

und über das sich langsam entwickelnde neue Bild des Alters diskutiert wurde.

„Grau ist bunt“ ist für mich letztendlich nichts anderes als die Richtschnur für eine moderne sozialdemokratische Altenpolitik in Niedersachsen. Sie ist die Verpflichtung von Politik und Gesellschaft, älteren Menschen die Möglichkeit zu geben, in Würde zu altern.

Wenn wir ein selbstständiges Leben im Alter und damit die Menschenwürde erhalten werden wollen, müssen auch die Voraussetzungen dafür geschaffen werden, dass dies auch bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit so bleibt.

Dazu gehört, das Wissen, die Erfahrungen und die Wünsche älterer Menschen zu respektieren und zu nutzen.

Das gilt aber auch für den Kampf um eine menschenwürdige Pflege, für eine solidarische Absicherung des Pflegerisikos und für die Einführung einer Pflegezeit für pflegende Angehörige.

Der in Berlin schwer gefundene Kompromiss zur Zukunft der Pflegeversicherung bringt hier einige Fortschritte, wenn gleich wir Sozialdemokraten uns gerade bei der Finanzierung mehr gewünscht hätten.

Zum Glück verhindert der Kompromiss aber immerhin die von der CDU gewollte Privatisierung des Pflegerisikos und den Einstieg in eine sozialfeindliche Kopfpauschale.

Unser Ziel bleibt es, genau wie in der Krankenversicherung, endlich für einen solidarischen Ausgleich zwischen

gesetzlicher und privater Versicherung zu sorgen. Unser Modell ist hier bekanntlich die Bürgerversicherung.

Allerdings ist es gelungen, lange geforderte Leistungsverbesserungen, zum Beispiel für Demenzkranke endlich durchzusetzen. Außerdem ist die Dynamisierung der seit Gründung der Pflegeversicherung eingefrorenen Leistungen längst überfällig gewesen. Dadurch wurde der Ausgangspunkt der Pflegeversicherung, Pflegebedürftige nicht in die Sozialhilfe abzudrängen, zusehends wieder auf den Kopf gestellt.

Ausdrücklich „Ja“ sage ich zu einer Pflegezeit für pflegende Angehörige. Dabei geht es doch nicht nur um die Entlastung pflegender Angehöriger (besser weiblicher Angehöriger), sondern auch darum, ihnen die Anerkennung zukommen zu lassen, die ihnen gebührt.

Hier gilt es aber auch, die Arbeitgeber endlich angemessen mit ins Boot zu nehmen. Bekanntlich wird die Pflegeversicherung eben nicht paritätisch finanziert. Wenn allenthalben von der Vereinbarkeit von Familie und Beruf geredet wird, dann gehört neben der Kindererziehung eben auch die Pflege von Angehörigen in diesen Focus. Die Arbeitgeber dürfen sich auf Dauer dieser besonderen Verantwortung nicht entziehen.

Uns muss es auch darum gehen, den Marsch in die Billigpflege zu stoppen. Die alljährlich – so auch kürzlich – vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen benannten zum Teil katastrophalen

Mängel in der Pflege zeigen, dass die Zeit des Abwartens endlich vorbei ist.

Qualifizierte Pflege kostet Geld und sie benötigt ausreichend und gut ausgebildete, sowie anständig bezahlte Kräfte in der Pflege.

Das bedeutet: Die chronische Unterfinanzierung der Pflegeversicherung muss endlich beendet werden.

Zeitgetaktete Pflege verhindert menschliche Zuwendung und das ist nicht die Schuld engagierte Pflegekräfte. Aber auch verstärkte Kontrollen zum Beispiel über den von Ulla Schmidt favorisierten Pflege-TÜV sind richtig und wichtig.

Doch das alleinige Schielen auf den Bund verschleiert nur, dass auch die Bundesländer einige Möglichkeiten haben, um Einfluss auf die Situation in der Pflege zu nehmen. Die Länder müssen sie nutzen – und das geschieht hier in Niedersachsen viel zu wenig.

Alten- und Pflegepolitik finden nicht im luftleeren Raum statt.

Sie darf sich nicht in Sonntagsreden oder gelegentlichen Besuchen von Altenheimen erschöpfen. Sie muss sich substantiell und dauerhaft bewähren.

Schauen wir auf Niedersachsen, so ist von einer substantiellen Alten- und Pflegepolitik der noch amtierenden Landesregierung nichts zu sehen.

Der noch von der ehemaligen SPD-Landesregierung in Auftrag gegebene Landespflegebericht wurde 2006 vorgelegt. Er zeigt wegen der demografischen Entwicklung dramatisch

wachsende Bedarfe sowohl in der stationären als auch in der ambulanten Pflege und bei alternativen Wohnformen an.

Von 2005 bis 2015 wird ein Anstieg der Pflegebedürftigen von 220.000 auf 263.000 prognostiziert.

Doch erkennbare Anstrengungen lassen CDU und FDP in Niedersachsen vermissen.

Im Gegenteil:

Ihre Politik der vergangenen Jahre verschärfte sogar noch die Lage in der Pflege. 2005 hat die Landesregierung die gesamten Landesmittel für die stationäre Altenpflege gestrichen, angeblich, um die ambulante Pflege zu stärken, tatsächlich, um den Landeshaushalt zu schonen.

Die Folgen zeigen sich heute:

Mindestens 12.000 pflegebedürftige Menschen sind so wieder in die Sozialhilfe abgedrängt worden. Zahllose betroffene Menschen und ihre Angehörigen wurden damit zu bloßen Bittstellern staatlicher Institutionen.

Unter dieser Landesregierung ist es für alte, pflegebedürftige Menschen wieder wichtiger geworden, welcher sozialer Herkunft sie sind. Mittlerweile gehen immer mehr Kreise und kreisfreie Städte dazu über, Standards in der Altenpflege abzusenken, die alten und pflegebedürftigen Menschen in Zwei- oder sogar in Drei-Bett-Zimmern unterzubringen.

Niedersachsen marschiert damit stramm vorweg auf dem Weg zu einer

Mehrklassenpflege, bei der Betuchte in Seniorenresidenzen umsorgt werden, Menschen mit guter Rente sich noch aussuchen dürfen, ob sie allein im Einzel- oder im Doppelzimmer mit ihrem Partner oder ihrer Partnerin gepflegt werden wollen, und Menschen, deren Rente zur Bezahlung der Pflegekosten nicht mehr ausreicht und deshalb ihren Lebensabend im Mehrbettzimmer verbringen müssen. Ein Lebensabend ohne Privat- und Intimsphäre.

Ist das das menschliche Niedersachsen der CDU und FDP?

Eine moderne, innovative Politik muss sich demgegenüber wieder mehr an den Menschen und nicht an spaltende, neoliberale Glaubenssätze orientieren. Heiner Geißler hatte das gerade auch der Bundes-CDU im Hinblick auf den legendären Leipziger Parteitag ins Stammbuch geschrieben.

Denn das Land hat schon heute geeignete Instrumente in der Hand, um die Situation zu verbessern:

Nach der Regierungsübernahme werden wir deshalb in einem „**Niedersächsisches Landessozialgesetzbuch**“ u.a. die landesgesetzlichen Regelungen zur Pflege bündeln, und auf die künftigen Herausforderungen zur Abwehr eines drohenden Pflegenotstandes ausrichten. Das wären Altenpflegeausbildung, Heimrecht und Landespflegegesetz. Noch im Oktober wird die SPD-Fraktion Eckpunkte dieses „Niedersächsischen

Sozialgesetzbuches“ in den Landtag einbringen.

Erstens die Altenpflegeausbildung.

Ohne große Umschweife wäre es schon heute möglich, die solidarische Umlagefinanzierung in der Altenpflegeausbildung wieder einzuführen. Sie wäre ein großer Schritt vorwärts, um den absehbaren Fachkräftemangel zu bekämpfen und die Pflegequalität zu verbessern. Sie schützt vor allem die Einrichtungen, die verantwortungsbewusst ausbilden und tarifgerecht bezahlen.

Noch werden häufig die Lücken durch Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger geschlossen, die in die Altenpflege wechseln. Aber das wird spätestens nach Abschluss der Konvergenzphase der DRG-Anpassung vorbei sein.

Die Landesregierung verneint den absehbar zusätzlichen Bedarf. Dabei benötigen wir in Niedersachsen - laut Landespflegebericht - bis 2020 rund 22 % und bis 2050 sogar 75 % zusätzliche gut ausgebildeten Altenpflegerinnen und – Altenpfleger – und das nur, um den heutigen, schon verbesserungswürdigen Qualitätsstandard zu halten..

Erst vor wenigen Tagen bestätigte eine von Verdi erstellte Studie, dass Niedersachsen bundesweites Schlusslicht in der Altenpflege ist.

Wirklich kein Ruhmesblatt der Wulff-Regierung.

Ich will nur daran erinnern, dass Niedersachsen bereits 1996 unter einer SPD-geführten Landesregierung eine

gesetzliche Umlagefinanzierung für die Altenpflegeausbildung eingeführt hatte. Sie wurde im Jahre 2000 ausgesetzt, weil das Bundesverfassungsgericht die Rechtmäßigkeit dieser Regelung überprüfen wollte. Seitdem sank die Zahl der Altenpflegeschülerinnen und –schüler um rund ein Fünftel.

Nun hat Karlsruhe bereits im Juli 2003 die Umlagefinanzierung für mit der Verfassung vereinbar erklärt.

Eine SPD-Landesregierung wird deshalb nach der Landtagswahl umgehend die Umlagefinanzierung wieder einführen. Die rechtlichen Voraussetzungen dazu liegen heute schon vor. CDU und FDP nutzen sie nur nicht.

Zweitens: Heimaufsicht

Mit der Föderalismusreform im vergangenen Jahr hat das Land die Kompetenz erhalten, mit eigenen niedersächsischen Regelungen im Heimrecht die Aufsicht über die Pflegeheime zu verbessern.

Auch darauf verzichten CDU und FDP.

Eine SPD-Landesregierung wird deshalb das Heimrecht modernisieren, - hin zu mehr Selbstbestimmung und Teilhabe und hin zu mehr Verbraucherschutz. Dabei geht es auch um die Einbeziehung alternativer Wohnformen und natürlich der Fachkräftequote. Auch das wäre ein wichtiger Beitrag für mehr Pflegequalität.

Einen dritten Punkt will ich ansprechen.

Einige von Ihnen werden die Situation aus persönlicher Erfahrung kennen:

Tritt in der Familie plötzlich ein Pflegefall ein, stehen Betroffene und Angehörige meist hilflos und überfordert der neuen Situation gegenüber.

Der Vorschlag von Ulla Schmidt, für diese Fälle einen bis zu 10-tägigen Pflegeurlaub zu schaffen, bringt hier große Entlastung, weil der Zeitdruck gemildert wird. Ich unterstütze ihn deshalb ausdrücklich.

Dass die Union jetzt so tut, als sei der Vorschlag das reinste sozialistische Teufelszeug und mit ihr nicht zu machen, ist schon sehr erstaunlich. Es macht ein weiteres Mal die Halbwertzeit von mühsamen Kompromissen der Großen Koalition deutlich.

Wie schon bei der Gesundheitsreform, dem Minimalkonsens Mindestlohn wird auch hier deutlich. Trotz in der Koalition vereinbarter Eckpunkte geht der Grundsatzstreit spätestens mit Vorlage des Gesetzentwurfes wieder von vorne los. Nur zur Erinnerung: Ulla Schmidts Vorschlag war schon Teil der Einigung in der Großen Koalition vom Juni. CDU/CSU hatten dem damals schon längst zugestimmt.

Hier geht es den Konservativen offenkundig nicht um eine wirkliche Reform zur Verbesserung der Pflegesituation, sondern um wahltaktische Spielchen, bei denen Einige eher am Zündeln interessiert sind.

Ich erwarte, dass die SPD hier entschieden die vereinbarten Eckpunkte einfordert und durchsetzt.

Übrigens, bei einem plötzlich eintretenden Pflegefall, und das ist ja eher der Regelfall fehlt nicht ausreichende Zeit, oftmals auch professionelle Hilfe, damit das für die Betroffene und Angehörigen sinnvollste Hilfsangebot gefunden werden kann. Überfordert stehen viele vor der Vielzahl der Pflegeangebote. Hinzu kommt, dass durch die wettbewerbsbezogene Trägervielfalt und interessen geleitete Beratung oft nach dem Zufallsprinzip entschieden wird. Wir brauchen deshalb eine träger-unabhängige Pflegeberatung, um diese ganz praktischen Schwierigkeiten deutlich zu minimieren.

Die SPD-Landtagsfraktion hatte vor zwei Jahren auch eine parlamentarische Initiative zur Verringerung des Informationsdschungels in der Altenpflege gefordert. Die CDU/FDP-Koalition hat das abgelehnt. Das gilt gleichermaßen auch für unseren Antrag einer einheitlichen, mindestens aber vergleichbaren Zertifizierung von Alteinrichtungen.

Die Bürgerinnen und Bürger müssen doch überhaupt erst mal in die Lage versetzt werden, Einrichtungen vergleichen zu können. Deshalb bin ich übrigens auch für eine Veröffentlichung der Ergebnisse von Prüfberichten durch den Medizinischen Dienst. Wer gut arbeitet – und das sind die allermeisten Einrichtungen – hat dadurch keine Nachteile, eher das Gegenteil. Und wer das nicht tut, der strengt sich an oder hat am Markt nichts zu suchen, das ist gerade der freie Wettbewerb, der gerne solange gefordert wird, wie er einen nicht

selber negativ betreffen könnte. Nur hier geht es nicht um Ware, sondern um einen würdevollen Umgang mit Menschen.

Es wäre allerdings falsch, wenn man behaupten würde, Niedersachsen allein könne die großen Herausforderungen in der Pflege in allen Bereichen alleine schultern.

Aber Niedersachsen kann einiges in eigener Verantwortung auf den Weg bringen.

Deshalb wird eine SPD-Landesregierung unmittelbar nach einem Regierungswechsel eine „Zukunftswerkstatt Pflege“ einrichten. Diese hat das Ziel, Vorschläge zur Weiterentwicklung der Pflege zu erarbeiten und vor allem Umsetzungsstrategien aus den Ergebnissen des Landespflegeberichtes zu erarbeiten. 500.000 € hatten wir dafür schon erstmalig in unserem Haushaltsantrag 2007 vorgesehen.

Ich bin froh darüber, dass die Friedrich-Ebert-Stiftung bei dem Thema „In Würde altern“ bewusst auch die Vorbereitung auf das Lebensende und die Frage nach einem würdevollen Tod einbezogen hat, dass ist durchaus nicht überall selbstverständlich.

Mittlerweile leben wir nach meinem Eindruck in einer weitgehend tabulosen Gesellschaft, allerdings werden Fragen des Sterbens oder um das Thema Tod herum immer noch gerne ausgeklammert. Gehört zum Beispiel zum Altern in Würde nicht auch ein Sterben in Würde? Wer entscheidet eigentlich darüber? Wie weit

kann und muss die Mündigkeit jedes Einzelnen gehen? Und ist hier der medizinische Fortschritt nicht Fluch und Segen zugleich?

Das sind Fragen, auf die ich bislang keine endgültige Antwort gefunden habe. Es sind auf alle Fälle aber Fragen, die nichts mit Parteiideologien oder tagespolitischer Profilierung zu tun haben sollten. Hier hat es in Niedersachsen im Zusammenhang mit der durch Dignitas angebotenen aktiven Sterbehilfe im Niedersächsischen Landtag eine sehr ernste und nachdenkliche Debatte geben. Dieses gilt auch für die Themen der Palliativversorgung und der Hospizeinrichtungen, wo es einen breiten Konsens im Landtag gibt, was durchaus ja nicht immer der Fall ist.

Ich will deshalb dazu an dieser Stelle auch nicht für die SPD-Fraktion oder als Mitglied des von Herrn Jüttner berufenen „Niedersachsenteam“ Stellung beziehen. Hier geht es um sehr persönliche, religiöse und grundlegende ethische Fragen, die jeder Mensch für sich selber klären und beantworten muss.

Mit Herrn Landesbischof Dr. Weber konnte die Friedrich-Ebert-Stiftung auf alle Fälle einen Redner und Diskutanten gewinnen, der dazu schon „von Amtswegen“ viel kompetenter ist. Wir alle sind gespannt darauf, welche Antworten Sie uns geben oder welche neuen Fragen Sie auch aufwerfen werden. Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit und freue mich auf interessante Vorträge und lebendige Debatten.

6. Die aktuelle Pflegesituation und die Zukunft der Pflegeversicherung

Birgit Fischer

Ministerin a. D., stellv. Vorsitzende der Barmer Ersatzkasse Wuppertal

Hannover, 22. September 2007

Leistungsempfänger am

31.12.2006

rd. 2 Mio. Pflegebedürftige erhalten heute Leistungen.

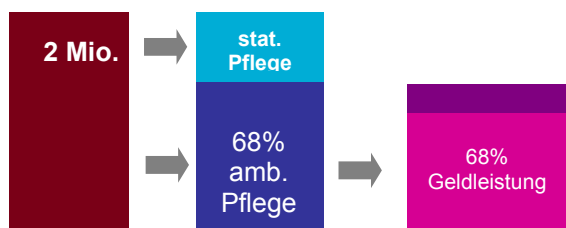
davon:

1.309.000 in häuslicher Pflege

658.000 in stationärer Pflege

Bundesweit erhalten zur Zeit rd. 2 Mio. Pflegebedürftige Leistungen der PV. Davon bekommen rd. 1,31 Mio. Versicherte Leistungen der ambulanten Pflege. Rund 658.000 werden in stationären Einrichtungen betreut. Wir haben seit 1995 eine stetige Zunahme der Pflegefälle zu verzeichnen, von damals 1,5 Mio. auf heute rd. 2 Mio. In 2020 werden es dann 2,56 Mio. sein (430.000 mehr als heute). Von den bewilligten Anträgen entschieden sich die Pflegebedürftigen zu rund 68 % für das Pflegegeld und rd. 32 % für die Sachleistung. Im Jahre 1995 lag dieser Anteil noch bei 80 % zu 20 %. Hier also eine Verschiebung hin zu den teureren Sachleistungen.

Leistungsverteilung im Jahre 2006



Wenn wir uns die derzeitige Situation betrachten, so sehen wir, dass bundes-

weit 2 Millionen Menschen Leistungen aus der Pflegeversicherung beziehen.

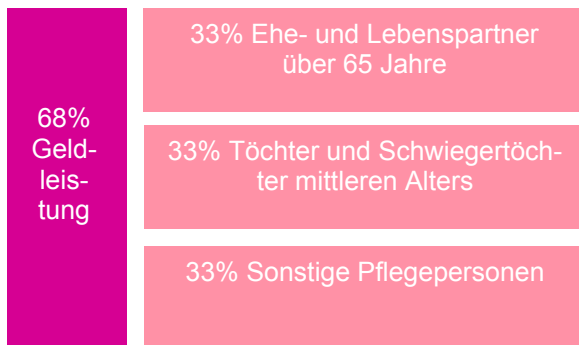
Diese Pflegebedürftigen werden zu 68% ambulant versorgt. Hiervon wiederum wählen 68 % der Betroffenen die Geldleistungen der Pflegeversicherung, um ihre Pflege selbst sicherzustellen.

Aber ob die Betroffenen nun Geld- oder Sachleistungen zur Unterstützung der häuslichen Versorgung gewählt haben - in der Regel läuft nichts ohne die pflegenden Angehörigen, die netten Nachbarn oder andere engagierten Mitbürger.

Für die Weiterentwicklung der ambulanten Pflege ist vor allem die Überforderung von Pflegepersonen und das Fehlen familiärer Unterstützungsleistungen von besonderer Bedeutung. Die Hauptpflegeperson wird eher dem Risiko einer Überlastung ausgesetzt sein, wenn es an der Unterstützung weiterer Familienmitglieder fehlt. So kann die amb. Versorgung um so länger aufrecht erhalten bleiben, je mehr Personen daran beteiligt sind. In der Regel sind bei häuslichen Pflegearrangements 2-3 Personen beteiligt.

Hauptpflegepersonen im ambulanten Bereich

Als Hauptpflegepersonen sind neben den alten und hochbetagten Ehe- und Lebenspartnern vor allem die oftmals noch berufstätigen Töchter und Schwiegertöchter der Pflegebedürftigen zu nennen.



Ev. Fachhochschule Hannover, 2003

Bei letztgenanntem Setting lässt die zusätzliche Berufstätigkeit der Pflegepersonen die amb. Versorgung oftmals kritisch werden.

Die Überlastung der Angehörigen ist nach wie vor der wichtigste Grund für eine nicht hinreichende Pflege und Versorgung sowie eine der faktischen Grenzen der häuslichen Pflege. So gilt für 64% der Hauptpflegepersonen, dass sie im Prinzip täglich rund um die Uhr zur Verfügung stehen müssen. 41% dieser Personen fühlen sich in ihrer Aufgabe sehr stark belastet. Die erheblichen Belastungen, die mit der privaten Pflege verbunden sind, gehen damit einher, dass Laienpfleger nur zu einer Minderheit regelmäßig auf Beratungen oder sonstige allgemeine Unterstützungsleistungen zurückgreifen. So konnte festgestellt werden, dass sich nur 7% der Pflegepersonen mit Fachkräften austauschen. Und in der Regel sind es auch nur 16% die einen Pflegekurs der Pflegeversicherung absolviert haben.

Die Gründe für die geringe Resonanz der angebotenen Leistungen sind sicherlich vielfältig. Zum einen steht die Sorge der pflegenden Angehörigen - für eine Veranstaltung des Haus und den Pflegebedürfti-

gen verlassen zu müssen - hier ebenso im Vordergrund wie das ungute Gefühl für eine Individuelle Schulung jemand Fremden in sein Haus Eintritt gewähren zu müssen. Vermutlich kommen zu diesen Schwellenängsten auch die Befürchtungen hinzu, dass eine Pflegefachkraft eine bisher eingespielte häusliche Situation negativ bewerten und Maßnahmen empfehlen könnte, die zu Unsicherheiten bei den pflegenden Angehörigen sowie den Pflegebedürftigen führen.

Trotz all dieser Unsicherheiten müssen weitere Konzepte im Bereich der Beratung, Qualifizierung und Unterstützung von pflegenden Angehörigen entwickelt werden, damit familiäre Pflegepotentiale erhalten bleiben und stabilisiert werden.

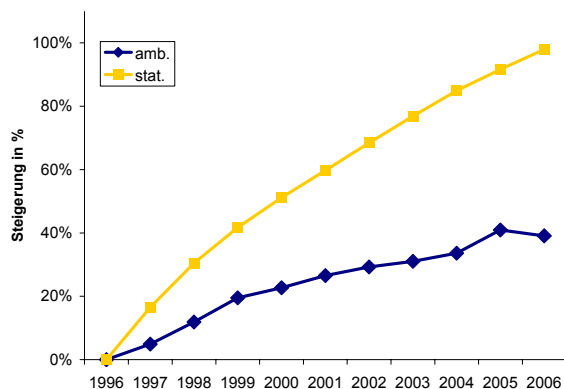
Entwicklung der BARMER-Leistungsempfänger

Wie bundesweit, so auch bei der BARMER eine stetige Steigerung der Anzahl pflegebedürftiger Versicherter.

	2002	2004	2006
ambulant	116.031	119.911	124.871
vollstationär	57.640	63.264	67.725
gesamt	173.671	183.175	192.596

Allein im ambulanten Bereich betreut die BARMER mehr Pflegebedürftige als die Private Pflegeversicherung im stationären und ambulanten Sektor (116.000)

Steigerung der Zahl der Leistungsempfänger seit 1996



Pflegeversicherung

Stichtag 30.06.2007 (BARMER) 195.611
Pflegebedürftige

Pflegestufe	Ambulant		Vollstationär	
I	74.762	59%	29.239	42%
II	39.191	31%	26.425	38%
III (incl. Härtefälle)	12.627	10%	13.367	20%
Gesamt	126.580		69.031	

Pflege: kein Thema nur für die Älteren

Leistungsempfänger
(männlich und weiblich, BARMER, am
30.06.2007)



bis 20 Jahre 8.483

65 bis 69 Jahre 8.304

MDK - Begutachtungen 2005*

⊕ Antragszahlen weiterhin auf hohem Niveau

⊕ MDK erhält bundesweit rd. 1,3 Mio. Begutachtungsaufträge
davon 1,00 Mio. ambulant
0,32 Mio. stationär

MDK prüft monatlich über 100.000 Anträge auf Pflegeleistungen

* MDS-Statistik 4/2006

Nach wie vor bewegt sich die Zahl der Anträge auf Pflegeleistungen auf einem hohen Niveau.

Allein im letzten Jahr erhielt der Medizinische Dienst der KV bundesweit über 1,3 Mio. Begutachtungsaufträge, die sich aufteilen in rd.

- ⊕ 1 Mio. Anträge auf ambulante und
- ⊕ 320.000 Anträge auf stationäre Leistungen (einschl. § 43a) Damit pendelt das jährliche Begutachtungsvolumen ab dem Jahr 2000 um die 1,3 Mio.-Marke.

Das sind monatlich über 100.000 Anträge.

Leistungen der Pflegeversicherung

⊕ Pflegesachleistung

⊕ Pflegegeld

⊕ Kombinationsleistung

⊕ Pflegevertretung (z.B. bei Urlaub der Pflegeperson)

- ⊕ Pflegehilfsmittel und technische Hilfen im Haushalt (auch wohnumfeldverbessernde Maßnahmen)
- ⊕ Teilstationäre Pflege
- ⊕ Kurzzeitpflege
- ⊕ Vollstationäre Pflege
- ⊕ Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen
- ⊕ Soziale Sicherung der Pflegepersonen (RV-Beiträge)
- ⊕ Pflegekurse / Individuelle Häusliche Schulungen
- ⊕ Zusätzliche Betreuungsleistungen

Den Mitgliedern der Pflegekasse stehen vielfältige Leistungen zu wie Pflegesachleistungen, Pflegegeld oder eine Kombination aus beiden Leistungen, Urlaubs- und Verhinderungspflege, Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen, Tagespflege und Nachtpflege in einer teilstationären Einrichtung, Kurzzeitpflege oder vollstationäre Pflege in einem Pflegeheim sowie Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen. Darüber hinaus werden von der Pflegekasse für die Pflegeperson Rentenversicherungsbeiträge eingezahlt und kostenlose Pflegekurse angeboten.

Monatliche Pflegeleistungen

Hier eine Zusammenfassung nur der laufenden monatlichen Zahlungen unterteilt nach Pflegestufen

	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III
Pflege-Geldleistung	205 €	410 €	665 €
Pflege-Sachleistung	bis zu 384 €	bis zu 921 €	bis zu 1.432 €
			Härtefälle bis zu 1.918 €
Vollstationäre Pflege	1.023 €	1.279 €	1.432 €
			Härtefälle 1.688 €

Pflegekurs „Zu Hause pflegen“

Bundesweites Angebot an kostenlosen Pflegekursen/Individuellen Häuslichen Schulungen

Seit In-Kraft-Treten der PV kommt die BARMER der gesetzlichen Auflage nach und bietet für Angehörige und sonstige an einer ehrenamtlichen Pflegetätigkeit interessierte Personen Schulungskurse unentgeltlich an, um soziales Engagement im Bereich der Pflege zu fördern und zu stärken, Pflege und Betreuung zu erleichtern und zu verbessern sowie pflegebedingte körperliche und seelische Belastungen zu mindern.

Die Kurse vermitteln Fertigkeiten für eine eigenständige Durchführung der Pflege.

Wir bieten die Kurse überwiegend in Zusammenarbeit mit Diakonie und Caritas an, mit denen Rahmenvereinbarungen geschlossen wurden. Obwohl das SGB XI auch bislang schon die Möglichkeit einräumt, dass die Schulung auch in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen stattfinden kann, werden die Inhalte in der Regel einem Teilnehmerkreis von ca. 8 – 12 Personen in den Räumlichkeiten

der Sozialstation oder unserer Kasse vermittelt.

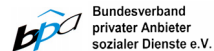
Nach dem PQsG wurde nun die Kann- in eine Soll-Bestimmung geändert, das heißt, dass die Schulung auch in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen stattfinden soll.

Daher Rahmenvereinbarung ergänzt.

Vertragspartner zur Unterstützung pflegender Angehöriger



Deutscher Caritasverband



Pflegeinfrastruktur deutlich verbessert

	01/2007	1995
Zugelassene ambulante Pflegeeinrichtungen	12.028	4.000
Teilstationäre Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege	2.381	100
Einrichtungen der Kurzzeitpflege	5.380	223
Einrichtungen der vollstationären Pflege	10.095	4.317

Die Zahlen belegen deutlich, dass der Pflegemarkt in den vergangenen 10 Jahren ein Wachstumsmarkt war. Auch wenn die jetzt erreichten Anbieterzahlen in den letzten Monaten ein wenig stagnieren, so liegt das eher an einer gewissen Marktbereinigung (nicht jeder eröffnete

ambulante Pflegedienst erwies sich als zukunftsfest) als an zu hohen Zulassungshürden.

Die im SGB V und SGB XI sowie im Heimgesetz formulierten Voraussetzungen sind jedenfalls nicht als Hindernis anzusehen. Und über die dort beschriebenen Qualitätsanforderungen dürfte in Anbetracht der Qualitätsdiskussion der letzten Jahre sicherlich Einvernehmen herrschen. Pflegemarkt 2006: 1,2 Mio. Beschäftigte, rd. 300 Mrd. € Gesamtumsatz - Quelle: Vincentz-Network

Soziale Pflegeversicherung

- ein Erfolgsmodell...

- ⊕ Anzahl der Leistungsempfänger ca. 2 Mio.
- ⊕ qualifizierte und professionalisierte Pflege
- ⊕ Entlastung der Sozialhilfeträger um 6,1 Mrd. €

Reform der Pflegeversicherung zum 01.07.2008

Reform zur nachhaltigen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung - 19. Juni 2007

Die Pflegeversicherung bleibt ein zentraler Baustein der sozialen Sicherungssysteme. Die solidarische Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit mit dem Leitbild einer menschlichen Pflege wird auch in Zukunft gewährleistet sein. Die Pflegever-

sicherung muss jedoch – wie auch die anderen sozialen Sicherungssysteme – den Herausforderungen der Zukunft gerecht werden.

Die Leistungen der Pflegeversicherung sind seit 1995 in der Höhe unverändert. Sie unterliegen daher einem schleichenden Wertverfall und müssen angepasst werden. Die Reform der Pflegeversicherung soll den Grundsatz "ambulant vor stationär" stärken, die Rehabilitations- und Präventionsanstrengungen der Pflegebedürftigen unterstützen sowie die Leistungen individuell auf die Bedarfe der Menschen ausrichten. Der besondere Hilfe- und Betreuungsbedarf der Demenzkranken soll künftig besser berücksichtigt werden.

Reform der Pflegeversicherung im Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU u. SPD vom 11. November 2005

Die Pflegeversicherung bleibt ein zentraler Baustein der sozialen Sicherungssysteme

1. Sicherung einer nachhaltigen und gerechten Finanzierung – Gesetzesvorlage bis Sommer 2006!
2. Verbesserungen auf der Leistungsseite

Auch in dem Reformpapier der Koalition vom 19.06.07, das von der Bundesgesundheitsministerin auf der Pressekonferenz am 19.06.07 vorgestellt

wurde, wird an dieser Aussage festgehalten.

Integrierte wohnortnahe Versorgung und Pflegestützpunkte

⊕ Anschubfinanzierung für 2 Jahre

⊕ Je Stützpunkt je 20.000

Einw. 15.000 €

Fallmanagement:

⊕ bis zu 100 Pflegebedürftige und Angehörige je Fallmanager(in)

Mit dem Ziel, wohnortnah die Angebote für Pflegebedürftige besser aufeinander abzustimmen und zu vernetzen sowie aus einer Hand anzubieten, werden quartiersbezogene Pflegestützpunkte unter Berücksichtigung vorhandener Strukturen gebildet. Diese werden mit einem neuen Vertragstyp "Integrierte wohnortnahe Versorgung und Betreuung" realisiert, der zwischen Krankenkassen, Pflegekassen, Kommunen und Leistungserbringern geschlossen werden kann. Es wird eine Anschubunterstützung für die Pflegestützpunkte von der Pflegeversicherung für 2 Jahre gewährt. Bei einer Förderung von durchschnittlich einem Stützpunkt je 20.000 Einwohner mit 15.000 € würden Kosten von rd. 60 Mio. € entstehen.

Fallmanagement

Die Pflegekassen werden verpflichtet, für ihre pflegebedürftigen Versicherten ein Fallmanagement (etwa im Rahmen der

Pflegestützpunkte) anzubieten, welches die zielgerichtete Unterstützung des Einzelnen gewährleistet und für eine Anpassung des Versorgungsarrangements an veränderte Bedarfe sorgt. Ein(e) Fallmanager(in) soll künftig Ansprechpartner(in) für jeweils bis zu 100 pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen sein.

Bei 2,13 Mio. Pflegebedürftige müssten rein rechnerisch 21.300 Fallmanager installiert werden.

Einzelpflegekräfte

Pflegekassen sollen leichter Verträge mit Einzelpflegekräften unterschiedlicher Qualifikation schließen können. Damit kann ambulante Pflege künftig individueller und bedarfsgerechter – persönlicher – erbracht werden. Die Pflegekassen haben nicht nur für die notwendige Qualität sondern auch dafür zu sorgen, dass die Zahl der Einzelpflegekräfte in einem angemessenen Verhältnis zu dem vorhandenen Leistungsangebot steht.

⊕ Anreize schaffen, sozialversicherungspflichtige Tätigkeit im Haushalt als „Arbeitgeber“ zu fördern (z.B. Steuervorteile)

Qualifizierung und Abbau von Schwarzarbeit

Versorgung und Betreuung pflegebedürftiger Menschen müssen bezahlbar sein und dürfen keinen Anreiz für Schwarzarbeit

bieten. Der im Rahmen der Arbeitsmarktpolitik diskutierte Vorschlag, sozialversicherungspflichtige Tätigkeit im Haushalt als Auftraggeber bis zu einer bestimmten Lohnhöhe durch Steuergutschriften bis zur Höhe der jeweiligen Sozialversicherungsbeiträge staatlich zu fördern, dürfte auch im Bereich der Betreuung pflegebedürftiger Menschen viele neue legale Beschäftigungschancen eröffnen. Dazu müssen passgenaue Qualifizierungsmaßnahmen angeboten werden.

Anhebung der Sachleistungsbeträge

Der Leistungsbetrag für ambulante Sachleistungsbezieher der Pflegestufe III - Härtefall - in Höhe von € 1.918,00 bleibt unverändert!

ambulant	Bisher	2008	2010	2012
	€			
Stufe I	384	420	450	450
Stufe II	921	980	1040	1100
Stufe III	1432	1470	1510	1550

Stationär	Bisher	2008	2010	2012
	€			
Stufe I	1023	1023	1023	1023
Stufe II	1279	1279	1279	1279
Stufe III	1432	1470	1510	1550
Härtefälle	1688	1750	1825	1918

Anhebung des Pflegegeldes

	Bisher €	2008	2010	2012
Stufe I	205	215	225	235
Stufe II	410	420	430	440
Stufe III	665	675	685	700

Dynamisierung der Leistung

Die Leistungen sollen künftig in einem dreijährigen Rhythmus dynamisiert werden. Da die bisherigen Leistungsbeträge ab 2008 stufenweise angehoben werden, beginnt die entsprechende Dynamisierung erstmals 2015, drei Jahre nach Abschluss der Anhebung. Ob und inwieweit eine Dynamisierung entsprechend der Preissteigerungsrate in der Folgezeit geboten ist, wird danach alle 3 Jahre geprüft. Die Höhe der Anpassung wird von der Bundesregierung ggf. per Rechtsverordnung in Anlehnung an die Inflationsentwicklung in den letzten 3 Jahren festgelegt. Dabei soll der Anstieg nicht höher sein als die Bruttoentwicklung im selben Zeitraum.

Verbesserungen für Demenzerkrankte

- ⊕ Demenz ist eine der häufigsten psychiatrischen Erkrankungen im höheren Alter
- ⊕ Sie stellt gleichzeitig eine der bedeutendsten Entstehungsursachen von Pflegebedürftigkeit dar
- ⊕ Die Gruppe der dementiell Erkrankten wächst stärker als die „übrigen Pflegebedürftigen“ Anzahl der Demenzerkrankten
- ⊕ 2006 schätzungsweise 1 Mio. mittelschwer bis schwer Demenz erkrankte

Problem:

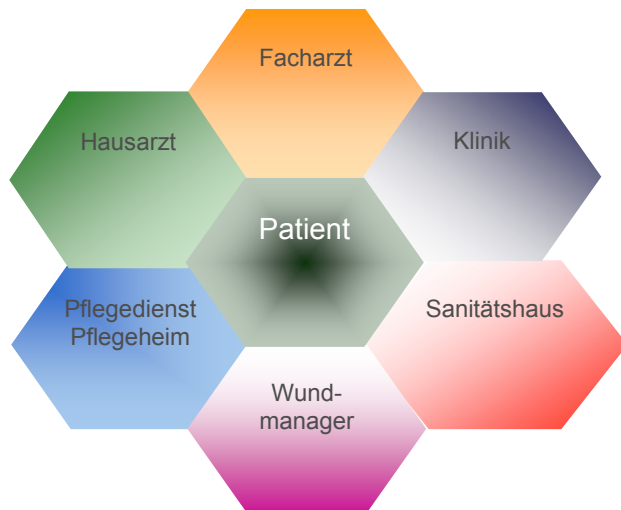
Allgemeine Betreuung / Beaufsichtigung wurde durch die Pflegeversicherung bisher nicht abgedeckt

Zusätzliche Betreuungsleistungen für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz



Für die Pflegebedürftigen der Stufen I bis III mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf soll der zusätzliche Betreuungsbetrag von bisher 460 Euro jährlich deutlich aufgestockt werden. Vorgesehen ist ein Leistungsbetrag von bis zu 2400 € jährlich. Der zusätzliche Leistungsbetrag wird in unterschiedlicher Höhe (2 Stufen) entsprechend des festgestellten Betreuungsaufwands geleistet. Neu ist, dass auch Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, die zwar noch keinen erheblichen Pflegebedarf, wohl aber Betreuungsbedarf haben (Pflegestufe 0), diesen Betrag auch erhalten können.

Integrierte Versorgung und Verbesserung der ärztlichen Versorgung im ambulanten und stationären Pflegebereich



Zum ersten Mal besteht die Möglichkeit die Versorgung der Pflegebedürftigen, die Leistungen der KV und PV bedürfen, mit Hilfe der integrierten Versorgung zu optimieren. Die Pflegekassen und die im SGB XI zugelassenen Einrichtungen haben zukünftig die Möglichkeit sich an der Integrierten Versorgung zu beteiligen.

Pflegezeit

- ⊕ Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer haben Anspruch auf un-bezahlte Freistellung von der Arbeit für bis zu sechs Monate mit Rückkehrmöglichkeit
- ⊕ Arbeitnehmer erhalten Anspruch auf eine kurzfristige unbezahlte Freistellung von bis zu 10 Tagen (ggf. Lösung analog „Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes“)

Bei Pflege durch Angehörige wird für die Dauer von 6 Monaten ein Anspruch auf unbezahlte Freistellung von der Arbeit mit Rückkehrmöglichkeit (Pflegezeit) eingeführt. Die Pflegezeit kann von verschiedenen Angehörigen nacheinander wahrgenommen werden.

Die notwendige soziale Absicherung in der Rentenversicherung ist nach geltendem Recht gewährleistet. Wo keine anderweitige Absicherung (insbesondere Familienmitversicherung) besteht, gewährt die Pflegeversicherung einen Beitragszuschuss in Höhe des Mindestbeitrages zur Kranken- und Pflegeversicherung. Hinsichtlich der Rahmenfristen, Wartezeiten etc. in der Arbeitslosenversicherung gilt für die Pflegezeit die gleiche Rechtslage wie bei der Inanspruchnahme von Elternzeit.

Die Einführung der Pflegezeit ist für die Pflegeversicherung in etwa kostenneutral. Da Pflegebedürftigkeit auch sehr kurzfristig auftreten kann, sollte für diese Fälle für Angehörige ebenfalls ein kurzfristiger Freistellungsanspruch von der Arbeit (unbezahlt) von bis zu 10 Tagen geschaffen werden.

Es wird geprüft, für diese Fälle nach dem Muster des kurzzeitigen Krankengeldanspruches (für max. 10 Tage) für Eltern bei Erkrankung von Kindern eine vergleichbare Finanzierung zu schaffen.

Stärkung bürgerschaftlichem Engagement

- ⊕ Erweiterung der Fördermittel um 5 Mio. Euro für niedrigschwellige Betreuungsangebote
- ⊕ Einbindung von bürgerschaftlich Engagierten in vernetzten Versorgungsangeboten auf kommunaler Ebene
- ⊕ Erarbeitung von Empfehlungen, um engagierten Bürgern die Beteiligung an Versorgungssystemen zu vereinfachen

Unterstützung des generationsübergreifenden bürgerschaftlichen Engagements

Die Pflegekassen werden verpflichtet, gemeinsam mit den Ländern und den übrigen Vertragspartnern darauf hinzuwirken, dass bürgerschaftlich Engagierte noch besser in vernetzte Versorgungsangebote auf kommunaler Ebene wie z.B. in Betreuungsgruppen für Demenzkranke, Helferkreise und Agenturen zur Vermittlung von Betreuungsleistungen eingebunden werden.

Aufwendungen, die z.B. für die vorbereitende und begleitende Schulung der bürgerschaftlich-engagierten Helfer oder für die Organisation und Planung dieser Einsätze entstehen, können in den Vergütungsverträgen angemessen berücksichtigt werden.

Die Fördermittel für niedrigschwellige Betreuungsangebote werden um 5 Mio. EURO erweitert auf 15 Mio. EURO.

Ausbau der Qualitätssicherung im ambulanten und stationären Bereich

- ⊕ Die Prüfberichte des MDK werden in verständlicher Sprache aufbereitet und veröffentlicht.
- ⊕ Damit wird Transparenz hinsichtlich der qualitativen Leistungsfähigkeit der Einrichtungen für den Bürger geschaffen.

Bessere Ausgestaltung der Prävention und Reha

- ⊕ Förderung der Anstrengungen von stationären Pflegeeinrichtungen, mit aktivierender Pflege und Rehabilitation qualitativ gute Pflege zu bieten und - soweit möglich - Verbesserungen im Gesundheitszustand der Pflegebedürftigen zu erzielen bzw. Verschlechterungen zu vermeiden.
- ⊕ Gelingt eine niedrigere Pflegeeinstufung kann einmalig ein Betrag von € 1.536,- gezahlt werden

Mit finanziellen Anreizen sollen Anstrengungen von stationären Pflegeeinrichtungen gefördert werden, mit aktivierender Pflege und Rehabilitation qualitativ gute Pflege zu bieten und - soweit möglich - Verbesserungen im Gesundheitszustand

der Pflegebedürftigen zu erzielen bzw. Verschlechterungen zu vermeiden. Pflegeheime, denen es durch verstärkte aktivierende und rehabilitative Bemühungen gelingt, Pflegebedürftige in eine niedrigere Pflegestufe einzustufen, erhalten einen einmaligen Geldbetrag in Höhe von einheitlich 1.536 €. Der Betrag entspricht der Differenz zwischen den Leistungsbeträgen der Pflegestufe II und der Pflegestufe I, der sich innerhalb eines halben Jahres ergibt.

Die Krankenversicherung erstattet der Pflegeversicherung den Betrag in Höhe von 1.536 € für diejenigen pflegebedürftigen Menschen, für die innerhalb von 6 Monaten nach Begutachtung und Antragstellung keine notwendigen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbracht worden sind.

Abbau von Schnittstellenproblemen

- ⊕ Abbau von Schnittstellenproblemen
- ⊕ Förderung der Wirtschaftlichkeit und Entbürokratisierung
- ⊕ Stärkung der Eigenvorsorge und Anpassungsbedarf in der privaten PPV

Schon mit der Gesundheitsreform wurden mehrere wichtige Schnittstellenprobleme gelöst (z.B. Erweiterung der Integrierten Versorgung, Erweiterung des Begriffs der Häuslichkeit, Präzisierung des Hilfsmittelanspruchs). Weiterer Bedarf besteht in

folgenden Bereichen: Die Pflegekassen sollen darauf hinwirken, dass stationäre Pflegeeinrichtungen Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten eingehen oder eigene Heimärzte einstellen. Die Schnittstellenprobleme zwischen dem SGB XI und dem Heimrecht sollen gelöst werden. Die Krankenhäuser haben in ihrem Versorgungsmanagement den nahtlosen Übergang von der Krankenhausbehandlung in die ambulante Versorgung, zur Rehabilitation oder Pflege zu gewährleisten. Die Durchführung erfolgt durch hierfür qualifiziertes Personal, insbesondere Pflegefachkräfte. Die Pflegekassen wirken daran mit.

Förderung der Wirtschaftlichkeit und Entbürokratisierung

Durch verschiedene Maßnahmen sollen die Wirtschaftlichkeit der Pflegeversicherung im Interesse der Pflegebedürftigen verbessert und die Pflegekräfte sowie die Einrichtungen von unnötiger Bürokratie entlastet werden. Für den Bereich der Pflegeheime werden flexible Personalschlüssel eingeführt. Sie sind nach den Notwendigkeiten der Qualität, des Bedarfs der Pflegeheimbewohner und der Wirtschaftlichkeit von den Pflegesatzparteien zu vereinbaren.

Stärkung der Eigenvorsorge und Anpassungsbedarf in der privaten Pflege-Pflichtversicherung.

Die Pflegekassen erhalten wie im Bereich der GKV die Möglichkeit, private Pflege-Zusatzversicherungen zu vermitteln. Die Portabilität der individuellen Altersrückstellungen und soziale Regelungen zur Tragung der Beiträge bei niedrigen Einkommen analog zum Basistarif in der PKV werden auch für den Bereich der privaten Pflege-Pflichtversicherung eingeführt.

Förderung alternativer Wohnformen

Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohneinrichtungen sollen die dort erbrachten Betreuungsleistungen flexibler in Anspruch nehmen und diese Leistungen allein oder mit anderen Pflegebedürftigen gemeinsam abrufen („poolen“) können.

Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes

- ⊕ Nationale und internationale Analyse und Bewertung von Begutachtungsinstrumenten und den dabei verwendeten Pflegebegriffen
- ⊕ Entwicklung eines neuen praktikablen, standardisierten, allgemein anerkannten Begutachtungsverfahrens
- ⊕ Überprüfung des Begutachtungsverfahrens von unabhängigen wissenschaftlichen Einrichtungen auf Validität und Verlässlichkeit

Seit Inkrafttreten der Pflegeversicherung ist die Definition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs umstritten. Für viele greift er zu kurz, da in erster Linie der körperliche Hilfebedarf Berücksichtigung findet. Nunmehr soll intensiv untersucht werden, ob eine Anpassung an die tatsächlich bestehenden Bedürfnisse der Pflegebedürftigen notwendig ist. Zu diesem Zweck hat sich bereits ein vom BMG eingesetzter Beirat konstituiert, der für das Ministerium Entscheidungsgrundlagen erarbeiten soll, damit der Begriff der Pflegebedürftigkeit neu definiert und das Begutachtungsverfahren geändert werden kann. Die Arbeit des Beirates greift inhaltlich wie zeitlich über die Vorbereitung der kommenden Pflegereform hinaus. Vor einer Entscheidung des Gesetzgebers über eine Änderung des geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des Begutachtungsverfahrens müssen Handlungsoptionen erarbeitet und erprobt werden. Dabei ist auch die Frage zu klären, wie sich die Änderung finanziell auf die Pflegeversicherung und andere Sozialleistungsbereiche auswirkt.

Zum Begutachtungsverfahren haben die Spitzenverbände der Pflegekassen in Abstimmung mit dem Beirat und dem BMG Anfang November 2006 ein umfangreiches Modellprojekt begonnen. Dieses umfasst eine Vor- und zwei Hauptphasen. In der Vorphase wird eine umfassende nationale und internationale Analyse und Bewertung zu Begutachtungsinstrumenten und dabei angewendeten Pflegebegriffen vorgenommen.

Gegenstand dieser Phase ist auch die Frage, welche Alternativen es zur zeitlichen Bemessung von Pflegebedarfen gibt. Diese Projektphase wurde Ende Februar 2007 abgeschlossen.

In der sich anschließenden ersten Hauptphase wird auf der Grundlage der dann vorliegenden Ergebnisse ein neues praktikables, standardisiertes und allgemein anerkanntes Begutachtungsverfahren erarbeitet. Das Begutachtungsverfahren dient der Feststellung des Hilfebedarfs und der Zuordnung zu einer Pflegestufe. In der zweiten Hauptphase wird das neue Begutachtungsverfahren von unabhängigen wissenschaftlichen Einrichtungen auf seine Validität und Verlässlichkeit sowie die Praktikabilität hin überprüft.

Der Beirat wird diesen Prozess aktiv begleiten und eine Empfehlung zur Formulierung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs aussprechen. Die Arbeiten sollen am 30.11.2008 beendet sein. Zwölf Thesen der BARMER für eine umfassende Pflegereform (I)

- ⊕ Bekenntnis zur Pflegeversicherung als zentraler Baustein der sozialen Sicherung
- ⊕ Dynamisierung der Leistungen
- ⊕ Finanzausgleich zwischen privater und gesetzlicher Pflegeversicherung

- ⊕ Rehabilitation für Pflegebedürftige muss Leistung der Pflegeversicherung werden
- ⊕ Aktivierende Pflege muss gefördert werden
- ⊕ Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ muss gestärkt werden

Zwölf Thesen der BARMER für eine umfassende Pflegereform (II)

- ⊕ Förderung alternativer Wohnformen
- ⊕ Anerkennung für besonderen Hilfe- und Betreuungsbedarf
- ⊕ Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes
- ⊕ Klärung der Kostenfrage bei Einbeziehung der Pflege in die integrierte Versorgung
- ⊕ Einführung einer Pflegezeit
- ⊕ Praktische Unterstützung pflegender Angehöriger

7. Pflegequalität und Pflegepersonal – Anmerkungen zu strukturellen Problemen in der Altenhilfe

Wilhelm Schmidt

Bundesvorsitzender der AWO

Hannover, 22. September 2007

1. Einleitung

Über zwei Millionen Menschen sind in Deutschland auf Pflege und Betreuung durch Angehörige oder beruflich Pflegenden angewiesen. Sie erhalten Leistungen der Pflegeversicherung. Eine Million Pflegebedürftige nehmen die Möglichkeit des Pflegegeldes in Anspruch und werden von Angehörigen versorgt. Ein Hilfebedarf besteht aber bei einer weitaus größeren Gruppe von Menschen. Etwa weitere drei Millionen benötigen insbesondere hauswirtschaftliche Unterstützung. Der pflegebedürftigen Person den Verbleib in der häuslichen Umgebung zu ermöglichen, setzt ein familiäres und privates Netzwerk voraus. Bei einer Berufstätigkeit von Angehörigen ist die familiäre Pflegeverpflichtung mit der eigenen Erwerbstätigkeit in Einklang zu bringen. Die vom Arbeitsmarkt gestellten Flexibilitäts- und Mobilitätsanforderungen sind mit einer Pflegeverpflichtung jedoch schwer vereinbar. Schon heute sind ca. 40% der privaten Pflegepersonen berufstätig. Häufig besteht eine Dreifachbelastung durch Berufstätigkeit, Familie und Pflegeverpflichtung. Für ein Drittel der erwerbstätigen Frauen und für rund 15% der Männer verbinden sich mit der Bereitschaft zur Versorgung von Angehörigen Einschränkungen in der Erwerbstätigkeit oder sogar deren Aufgabe.

2. Beschäftigung von osteuropäischen Pflegekräften in Privathaushalten

- ⊕ Angehörigenpflege nicht möglich
- ⊕ Wunsch der Versorgung in der eigenen Häuslichkeit
- ⊕ Wunsch nach Individualität in der Versorgung

Eine illegale Pflegehilfe kostet monatlich im Durchschnitt 500 EUR bis 800 EUR plus Kost und Logis. Für eine 24-Stunden-Betreuung durch hiesige Pflegedienste muss der Pflegebedürftige durchschnittlich 3.000 bis 5.000 EUR monatlich aufbringen – für die meisten unerschwinglich, zumal eine eventuell zusätzlich notwendige Behandlungspflege durch die 24-Stunden-Kräfte im Regelfall nicht abgedeckt ist.

Fakt ist: Angebot und Nachfrage rauschen in der Pflege aneinander vorbei. Der zigtausendfache Bedarf an einer bezahlbaren Rund-um-die-Uhr-Pflege zeigt, was sich ändern müsste. Pflegeleistungen sind nicht marktfähig – ebenso wenig wie der aber immerhin hoch subventionierte Kohleabbau in diesem Land. Aber das ist ein anderes Thema. Oder doch nicht?

Das Modell der Rund-um-die-Uhr-Betreuung ist nicht neu. Es wurde bereits in den 70er Jahren für schwerstbehinderte Menschen entwickelt. Dieses Versorgungsangebot wurde damals möglich durch den für die Pflegebedürftigen kostengünstigen Einsatz von Zivildienst

leistenden im Rahmen der sog. Individuellen Schwerstbehindertenbetreuung.

Dieses Versorgungsangebot steht schwerstbehinderten Menschen nicht mehr selbstverständlich zur Verfügung, seit Zivildienstleistende nicht mehr in ausreichender Zahl gewonnen werden können. Der Einsatz anderer ungelernter Kräfte im sog. Arbeitgebermodell verteuert die Versorgung derart, dass in jedem Einzelfall um den Vorrang ambulant vor stationär gerungen werden muss. Mitunter kann eine kostengünstigere Heimunterbringung nicht abgewendet werden.

3. Qualitätsaspekte der Rund-um-die-Uhr-Versorgung

In der Individuellen Schwerstbehindertenbetreuung und im sog. Arbeitgebermodell verstehen sich die pflegebedürftigen Menschen mit Behinderungen selbst als Experten ihrer Situation, die ihre Helferinnen und Helfer anlernen.

Diese Voraussetzung dürfte in der Altenpflege kaum einmal erfüllt sein. Insbesondere können Demenzkranke nicht die Verantwortung für ihre eigene Versorgung übernehmen. Gleichwohl gilt auch hier für eine gute Rund-um-die-Uhr-Versorgung im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung, dass lediglich eine Schulung am Einzelfall für den Einzelfall benötigt wird. Dies kann z.B. durch Angehörige in einer Weise sichergestellt werden, dass die Pflege nicht schlechter erbracht wird als durch Angehörige selbst.

Nach dem Pflegeversicherungsgesetz müssen bei der Inanspruchnahme von Pflegegeld Pflicht-Beratungsbesuche zur Sicherung der Qualität häuslicher Pflege abgerufen werden.

Die Pflegequalität wird durch den Aspekt Legalität/Illegalität nicht beeinflusst. Soweit Fachpersonal aus osteuropäischen Ländern in der illegalen Versorgung tätig wird, ist sogar eine qualitativ hochwertigere Pflege an die Illegalität gekoppelt.

Besondere Qualitätsaspekte in der Rund-um-die-Uhr-Versorgung sind:

- ⊕ Wer 24 Stunden Pflege benötigt, fühlt sich besser versorgt von einer hilfsbereiten Person, die 24 Stunden da ist, als von einer besonders qualifizierten Fachkraft, die lediglich für einzelne definierte Einsätze kommt.
- ⊕ Die Kontinuität der Versorgung kann emotional stabilisierend auf die pflegebedürftige Person wirken.
- ⊕ Das tägliche Zusammensein über viele Stunden führt dazu, dass die Pflegekraft Verhaltensweisen und Reaktionen der pflegebedürftigen Person genau kennt und infolgedessen Veränderungen Verschlechterungen im Zustand frühzeitig wahrnimmt und ggf. benötigte Hilfe rechtzeitig herbeirufen kann.

Bei Pflegebedarf Rund-um-die-Uhr werden monatlich 720 Stunden Pflegeleistungen benötigt. Die Pflegeversicherung unterstützt die häusliche Pflege je nach Pflegestufe mit Pflegegeld in Höhe von 205, 410 oder 665 EUR. Wenn Leistungen eines von den Pflegekassen zugelassenen ambulanten Dienstes abgerufen werden, besteht ein Anspruch auf 384, 921 oder 1.432 EUR. Bei stationärer Pflege werden 1.023, 1.279 oder 1.432 EUR von der Pflegekasse übernommen. In diesen Rahmenbedingungen liegen die Gründe für eine Nachfrage nach kostengünstiger Schwarzarbeit bei häuslicher Pflege. Preise hiesiger Pflegedienste für eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung von 3.000 bis 5.000 EUR erfordern erhebliche Zuzahlungen zu den Leistungen der Pflegeversicherung selbst dann, wenn Pflege-Sachleistungen gewährt werden.

4. Vorschläge zur Problemlösung

Vorschläge zur Problemlösung müssen vorrangig die finanziellen Rahmenbedingungen verändern, denn in ihnen liegen die Gründe für Entscheidungen zu kostengünstigen Versorgungsmöglichkeiten über illegale Pflegekräfte und Schwarzarbeit. Ambulante Pflegeeinrichtungen sind nicht in der Lage eine 24-Stunden Betreuung zu einem für viele Pflegebedürftige und deren Familien bezahlbaren Preis-Leistungsverhältnis anzubieten. Haushaltshilfen-/Pflegepersonen sind - und werden es auch bleiben - konkurrenzlos

billig. Es gibt aber Angebote von Pflegeeinrichtungen, welche Familien bei ihrer Pflegeverpflichtung unterstützen können. Sie gewährleisten zwar keine 24-Stunden-Betreuung. Diese ist aber auch nicht immer zwingend erforderlich. Niedrigschwellige pflegeergänzende Angebote der Pflegedienste oder das auch individuell nutzbare Angebot einer Tagespflege sind Möglichkeiten der Unterstützung. Diese werden aber zu selten genutzt. Hier benötigen wir einen Ausbau und eine bessere Vernetzung mit anderen Altenhilfeangeboten. Außerdem benötigen wir

- ⊕ eine Erhöhung der Leistungen der Pflegeversicherung bei Inanspruchnahme ambulanter Pflegesachleistungen (bei einer Angleichung der Leistungsbeträge für die ambulante und stationäre Pflege).
- ⊕ Die Gewährung der Pflegesachleistung sollte nicht auf die Inanspruchnahme von grundpflegerischen und hauswirtschaftlichen Leistungen – gem. definierten Leistungskomplexen – eingeschränkt bleiben.
- ⊕ Eine staatliche Subventionierung von Pflegeleistungen kann eine Reduzierung derzeitiger Pflegepreise und damit eine bessere Akzeptanz am Markt bewirken. Entsprechende Subventionierungen, wie z.B. Länderförderungen für ambulante Pflegedienste, wurden nach Einführung der Pflegeversicherung abgeschafft.

⊕ Die Fachdiskussion zur Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung muss stärker als bisher die Nutzerperspektive in den Fokus stellen. Für Menschen mit Rund-um-die-Uhr-Pflegebedarf sind Pflegequalität und Pflegezeit untrennbar verknüpft. Sie haben wenig Verständnis für weit reichende Festlegungen zur Strukturqualität, wie z.B. Qualifikation und Weiterbildung der Pflegekräfte, die sich unmittelbar auf die Pflegepreise auswirken.

5. Pflegepersonal

Im deutschen Pflegesystem herrschen nach Ansicht von Betroffenen - Patienten, Angehörige und Beschäftigte - eklatante Missstände: 65 Prozent derjenigen, die ein Familienmitglied pflegen, fühlen sich von Staat und Gesellschaft im Stich gelassen. Das ergab die TNS Emnid-Studie zur "Pflegesituation in Deutschland" im Auftrag der Marseille-Kliniken. Insbesondere die Menschen ab 50 Jahren sind unzufrieden mit Qualität und Professionalität von Pflegeleistungen: Mehr als jeder zweite kritisiert die aktuelle Situation. Lediglich 53 Prozent sind mit der Betreuung, 52 Prozent mit dem Ausbildungsstand des Personals und nur 46 Prozent der Befragten sind mit der Pflegequalität allgemein zufrieden. Auf der anderen Seite steht das Pflegepersonal. Dauerstress, Überstunden, Fehlbelastungen führen zu steigenden Ausfallzeiten, Fluktuation, vorzeitigen Berufsausstiegen und Frühverrentungen,

die deutlich über dem Durchschnitt der gesamten Bevölkerung liegen. Bereits die europäische NEXT-Studie hatte ermittelt, dass Pflegeberufe zu den potenziellen "Aussteigerberufen" zählen. Jeder fünfte Beschäftigte denkt laut dieser Studie über einen vorzeitigen Berufsaustritt nach.

Die Zahl der fehlenden Pflegefachkräfte wird derzeit auf rund 42.000 beziffert.

Es ist also höchste Zeit,

- ⊕ alle Anstrengungen zu unternehmen, um alle noch vorhandenen Barrieren für die Ausbildung zu beseitigen.
- ⊕ den Beruf so attraktiv zu machen, dass er konkurrenzfähig wird mit den anderen Berufen – nicht nur des Sozial- und Gesundheitswesens!
- ⊕ attraktive, kluge und flexible Aufstiegswege bzw. Berufswegplanungen zu ermöglichen.
- ⊕ die strukturellen Voraussetzungen im Arbeitsalltag zu schaffen, damit offensive Personalentwicklungsstrategien möglich werden.

Schon jetzt zeichnet sich ab, dass es ein schwieriges Unterfangen ist/sein wird, eine ausreichende Zahl von Menschen für das Arbeitsfeld zu gewinnen. Künftig wird eine Vielzahl von Institutionen um geeignete Bewerber miteinander konkurrieren. Allein für den Beschäftigungssektor Sozial- und Gesundheitswesen sind dies neben den Fachhochschulen für Soziale Arbeit sowie Pflegemanagement, -wissenschaft und -pädagogik die Berufsfelder der Medizin-

Technik, Ergotherapie, Krankengymnastik, Logopädie, Kinder- und Jugendhilfe, Heilpädagogik usf.; abgesehen von dem übrigen Strauß möglicher beruflicher Orientierungen. Auch wenn dies in einer Zeit von fehlenden Ausbildungsplätzen sehr unwahrscheinlich klingt: Jede Institution, ob Ausbildung oder Praxis, wird versuchen, ihren Bewerberpool durch attraktive Angebote zu sichern. Die Altenhilfe kann es sich in keinem Fall leisten, ihr schlechtes Image in punkto Arbeitsbedingungen zu behalten!

Werden nicht jetzt die zahlreichen vorhandenen Barrieren für Einstieg und Verbleib in der Pflege weggeräumt, ist ein quantitativer und qualitativer Pflegenotstand wahrscheinlich, der über das bereits befürchtete Maß hinaus geht.

Aktuelle Studien geben immer wieder das gleiche Bild ab - die häufigsten Gründe, die bei einem Ausstieg aus dem Beruf eine Rolle spielen, sind:

- ⊕ die Unvereinbarkeit von Familie und Beruf,
- ⊕ als mangelhaft angesehene Aufstiegs-, Karriere- und Qualifizierungsmöglichkeiten sowie
- ⊕ hierarchisches Führungsverhalten.

Es gehen die Jüngeren und die besser Qualifizierten. Die Lösung der Probleme hängt unmittelbar von einer ausreichenden Personalausstattung ab, die für eine wirk-

lich realisierbare Berufswegplanung und Personalentwicklung Voraussetzung ist.

Solange

- ⊕ Arbeitsbelastung zu erhöhtem Krankenstand führt und dieser zu erhöhter Arbeitsbelastung durch Vertretung und Verdichtung der Arbeit,
- ⊕ dadurch die Gestaltung flexibler Arbeitszeiten bzw. von Arbeitszeitkonten an Kapazitätsgrenzen stößt,
- ⊕ Qualifizierungsanstrengungen extern und intern sowie am Arbeitsplatz nicht wirklich fokussiert und in den Betrieb rückgekoppelt werden können, bleibt
- ⊕ die Berufsausübung im Dauerkonflikt mit Familienplanung,
- ⊕ berufliche Weiterentwicklung nicht konkret plan- und umsetzbar,
- ⊕ erworbenes Wissen und vorhandene Kompetenzen für die Qualität der Pflege nur zu einem Teil genutzt.

Gegenwärtig gibt es eine Summe von Gründen, dem Beruf den Rücken zu kehren! Drastisch weniger Gründe sprechen für den Verbleib.

- ⊕ das fachliche Know-how für die Entwicklung der Angebote und Dienste,
- ⊕ die Investitionen in Ausbildung,
- ⊕ die getätigten Investitionen in Personalentwicklung (Weiterbildung usf.).

Die Folgekosten sind hoch. Verloren gehen:

Personalkosten machen den Löwenanteil der Kosten für die Dienste am Menschen aus. Wir leisten uns derzeit einen weder ökonomisch noch strategisch verantwortlichen Umgang mit dieser kostbarsten Ressource. Bereits in der Ausbildung wird dieses Dilemma sichtbar. Einsteiger treffen in der Praxis zu 20% auf Fachkräfte, die einen Ausstieg erwägen. Eine wenig motivierende Ausgangsposition für die Sozialisation in den Beruf.

Ganz davon abgesehen, dass es darüber hinaus zahlreiche Barrieren gibt, z. B. überhaupt einen Ausbildungsplatz in der Pflege zu erhalten.

Zwei zentrale Probleme sind strategisch zur Abwendung eines anwachsenden Fachkräftenotstandes zu lösen:

- (I) Die Strukturbedingungen der Ausbildung in den Pflegefachberufen sind den ansonsten üblichen Standards beruflicher Bildung anzupassen.
- (II) Personalentwicklung muss realisiert werden und strukturell realisierbar sein.

6. Lösungsvorschläge

- ⊕ Personalgewinnung in der Pflege gerät in Folge des demografischen Wandels zweifach unter Druck. Es wird um 20% weniger Bewerber/Schulabgänger geben und u.U. eine Verdoppelung des Bedarfs. Und das unter den Bedingungen, dass jetzt schon ca. 42.000 Fachkräfte fehlen.

- ⊕ Personalgewinnung in der Pflege gerät in Folge des demografischen Wandels zweifach unter Druck. Es wird um 20% weniger Bewerber/Schulabgänger geben und u.U. eine Verdoppelung des Bedarfs. Und das unter den Bedingungen, dass jetzt schon ca. 42.000 Fachkräfte fehlen.
- ⊕ Die Probleme sind größtenteils hausgemacht. Durch die strukturelle Einordnung und finanzielle Absicherung der Ausbildungsstätten – wobei die Probleme je nach Ausbildungsberuf differieren – sowie durch Vergütungsstrukturen in der Praxis findet weniger Ausbildung statt, als Bewerber zur Verfügung stehen.

Erforderlich ist:

- ⊕ Die Schulfinanzierung und –standards den der öffentlichen Schulen gleichzustellen.
- ⊕ Jede Form von Budgetierung von Ausbildungsplätzen abzuschaffen.
- ⊕ Barrieren in der Finanzierung der Ausbildungsvergütung zu beseitigen, damit sämtliche Tätigkeitsfelder – insbesondere auch der ambulante Sektor – sich umfangreich an Ausbildung beteiligen kann.
- ⊕ Die Möglichkeiten berufsbegleitender Ausbildung auszubauen.
- ⊕ Die Finanzierung 3jähriger Umschulungen zu erhalten.

- ⊕ Bereits in der Ausbildung treffen Schüler/innen zu 20% auf Pflegefachkräfte, die sich mit Ausstiegsgedanken beschäftigen, d.h. sich auf dem Wege der inneren Kündigung befinden. In der beruflichen Realität leiden Pflegefachkräfte an multiplen Unvereinbarkeiten von

für den Beruf Erlerntem und in der Praxis Machbaren,

- ⊕ Familie und Beruf,
- ⊕ gewünschter Berufswegplanung und angebotenen Wegen,
- ⊕ Gestaltungswünschen und vorhandenen Hierarchien.
- ⊕ Personalentwicklung braucht die Option, Angebote in Form von Arbeitszeitkonten, flexiblen lebensplanungsfreundlichen Dienstplänen machen zu können.
- ⊕ Die notwendige Personalentwicklung kommt unter der Bedingung von ca. 15% unter dem Bedarf liegenden Personalschlüsseln und der daraus resultierenden Arbeitsverdichtung zu kurz.
- ⊕ Personalentwicklung muss offensiv in Aus- und Weiterbildung investieren, um jenseits drohender bzw. schon vorhandener quantitativer Pflegenotstände, nicht auch noch qualitative Probleme für die Einrichtungen und Dienste zu erzeugen.

Mangelnde berufliche Entwicklungsmöglichkeiten und Spielräume führen zu Fluktuation und Ausstieg aus dem Beruf.

- ⊕ Dem ist durch eine Qualifizierungsoffensive zunächst der verschiedenen Leitungsebenen in der Pflege entgegen zu wirken. Bekanntlich steigen diejenigen aus, die über Wahlmöglichkeiten verfügen. Diese Mitarbeiter müssen unbedingt für die Tätigkeitsfelder gehalten, d. h. durch attraktive Aufgaben und Entlohnungen gewonnen werden.
- ⊕ Dringend muss die durch einschlägige Gesetze und Verordnungen erzeugte Überfrachtung der Pflegetätigkeiten mit bürokratischen Aufgaben auf einen angemessenen Umfang zurückgeschraubt werden. Die Aufgaben müssen wieder auf die Gewährleistung der Pflege und Betreuung des Menschen fokussiert werden. Die Verständigung hierüber sollte schnell erfolgen.
- ⊕ Weiterbildung, Fortbildung und Studium müssen reale Aufstiegs- und Gestaltungsoptionen bzw. berufliche Chancen bieten.
- ⊕ Lernen muss als lebenslanges Lernen beruflich planbar sein. Dafür braucht es klare Weiterbildungsprofile und Abschlüsse, die als Gesamtes bzw. in Modulen, dezidierte neue berufliche Optionen mit sich bringen.

- ⊕ Es ist eine Qualifizierungssystematik für das Sozial- und Gesundheitswesen erforderlich, die dem European Credit Transfer System (ECTS) folgt. So können erworbene berufliche Qualifikationen anerkannt und für die Berufswegplanung brauchbar gemacht werden. Dass sie an einer anderen Institutionen erworben wurden darf nicht zu einer formalen Entwertung führen. Kumulative Abschlüsse müssen möglich sein.
- ⊕ Kampagnen zur Gewinnung von Pflegefachkräften sind nur dann von Wert, wenn zuvor die strukturellen Barrieren für den Einstieg und den Verbleib im Beruf ausgeräumt sind und ein attraktives und individuell gestaltbares System lebenslanger Qualifizierung mit Optionen beruflicher Veränderung im Beruf geschaffen ist.

8. Biblisch theologische Betrachtung

„Alter ist kein Unglück“

Landesbischof Dr. Friedrich Weber
der Braunschweigischen ev.-luth. Landeskirche

Hannover, 22.September 2007

Die Situation

„In Deutschland ist inzwischen jeder Vierte älter als sechzig Jahre. Und alle reden über alte Menschen: Die einen beklagen die Vergreisung der Gesellschaft, die anderen verklären Alte zu jung gebliebenen Trendsettern.“

Mit diesen Worten macht die ZEIT ein Leben-Spezial zum Thema „Die Welt der Alten“ auf. Dass dieses Thema allgegenwärtig ist, lässt sich polykausal begründen: Die demographischen Entwicklungen sind dabei nur ein Aspekt des Themas, das von der Infragestellung der Alterssicherungssysteme bis hin zur Gestaltung dieser nachberuflichen Lebensphase reicht. Neben der niedrigen Geburtenrate ist außerdem die deutlich gestiegene Lebenserwartung der Menschen infolge der Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen¹ und des medizinischen Fortschrittes von immenser Bedeutung, denn diese führt einerseits zur Veränderung der Relation zwischen Erwerbstätigen und Rentenbeziehern und eröffnet andererseits eine Lebensphase, die es früher so nicht gegeben hat. Neun von zehn Senioren haben noch immer ausgeprägte Lebensziele², ja man könnte die Zeit gesunden Alters schon beinahe als erfüllte Utopie im Sinne frei entfalteter

Individualität verstehen wie sie früher nur Mitgliedern der aristokratischen Oberschicht vergönnt gewesen ist.

Aber entgegen allem, was Werbung heutzutage suggeriert, bedeutet Neuwerden im Alter kein Jungwerden. Gelungenes Altern setzt einen Lebensplan für die Phase nach dem Abschluss des Erwerbslebens voraus.

Dass Altern kein Unglück ist, wird dennoch in manchen Ohren als trotztige Widerlegung des Verdachtes klingen, alt zu werden bedeute, abhängig, pflegebedürftig und nicht selten dement in Pflegeheimen vor sich hin zu dämmern. Dagegen stehen schon die reinen Tatsachen, welche Folgendes belegen:

1. Von den 80-84jährigen sind 8-15 % mittelgradig bis schwer dement, **also die übergroße Mehrheit nicht!**
2. Von den über 84jährigen sind bei den Männern 23%, bei den Frauen 27% pflegebedürftig, das bedeutet im Umkehrschluss: Über 70% der über 85jährigen sind zu weitgehend selbständiger Lebensführung in der Lage!³

Daraus folgt, dass die gesellschaftliche Bewertung der Kompetenzen alter und sogar hoch betagter Menschen in keiner Weise ihren realen Fähigkeiten entspricht.

¹ Den Mönchen gelang es im Mittelalter durch geregelte Nahrungsaufnahme, Befreiung vom Kriegsdienst und seelische Stabilität die Lebenserwartung, die damals im Durchschnitt bei 27 Jahren lag auf immerhin 35 Jahre zu erhöhen.

² von Kuenheim, H., Wie man in Deutschland alt wird, in: Die Zeit Nr. 13/2004, Internetaufuf vom 20.3.2006

³Thomae, H., Alter, in: Evangelisches Soziallexikon, S.30ff

Um dieser Lebensphase gerecht zu werden – also, um die bloße Behauptung, dass Altern kein Unglück sei, mit Inhalt zu füllen –, möchte ich den Begriff zunächst definieren, dabei wird deutlich werden, dass je nachdem, wie man den Alterungsprozess beschreibt, sich Chancen oder Defizite eröffnen.

Der Begriff des Alters

Die Antike verstand das Alter als letzten Abschnitt menschlichen Lebens in seiner Ambivalenz von Verfall und Vollendung⁴ und das Handlexikon für Evangelische Theologen definierte 1890 das Alter als die „späte, an Erfahrung, Urteil und Weisheit reiche, von den Jünglingen pietätvolle Achtung und Ehrerbietung fordernde oft schon körperliche Gebrechen mit sich bringende Lebenszeit.“⁵ Erst in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts begann man mit der medizinischen-biologischen Erforschung des Alters. Von einer tatsächlichen Gerontologie kann man überhaupt erst nach 1945 sprechen.

Aus medizinischer Sicht ist Altern ein Abbauprozess, der im Grunde schon in den ersten Lebenswochen durch Kalkablagerungen in den Blutgefäßen beginnt, die im Laufe des Lebens zum Abklingen von Erregungszuständen und Reaktionsfähigkeit infolge der sinkenden

Leitfähigkeit an den Synapsenenden führen (so genanntes Defizitmodell).

Seinem genetischen Programm nach könnte ein Mensch aber 120 Jahre alt werden. Sozialpsychologisch betrachtet, ist das Alter gekennzeichnet durch eine Verringerung der Aktivitäten eines Menschen (Disengagement), tiefenpsychologisch kann man eine nachlassende Plastizität seelischer Vorgänge analysieren.⁶ Unabhängig davon, wie man letztlich diesen Abschnitt menschlichen Lebens betrachtet, besteht in jedem Fall ein untrennbarer Zusammenhang von Altern und Sterben, der dazu führt, dass das Altern an sich immer wieder auch als Bedrohung empfunden wird. Überhaupt unterscheiden wir uns in unserer Kultur von anderen dadurch, dass die Vorstellung von Alter ein breites Assoziationsfeld jedweder Abhängigkeiten freisetzt und Angst erzeugt. Möglicherweise liegt das auch daran, dass in unserer Gesellschaft die materielle Fürsorge für alte Menschen alle anderen Bedürfnisse in dieser Lebensphase zu verdrängen scheint. Dabei ist es für das Wohlbefinden alter Menschen besonders wichtig als wertvolle Mitglieder der Gesellschaft geschätzt zu werden und sich nicht dauernd und ständig als Last fühlen zu müssen.

Nichtsdestotrotz gilt es aber dringend im Auge zu behalten, dass infolge der gegenwärtigen Erwerbsbiographien und

⁴ Thomae, H., Alter, in: Evangelisches Soziallexikon, S.30ff

⁵ Handlexikon für Evangelische Theologen, Gotha 1890

⁶ Thilo, H.J., Alter, in: EKL, Bd.1, S. 110ff

vor allem der zunehmenden Langzeitarbeitslosigkeit das Problem der Altersarmut zunehmen wird. Alter als freundliche Lebenszeit erleben zu dürfen, darf nicht ein Privileg bestimmter Schichten werden! Für die Bewertung des Alters ist es interessant, dass von der Antike bis in das vorindustrielle Zeitalter die Achtung vor dem Alter groß war. Hohes Alter, mit dem sich Weisheit und Würde verbanden, wurde als Geschenk der Götter angesehen. Später – mit der Industrialisierung – trat an Stelle der Erfahrung das durch Techniken erlernbare und stetem Wandel unterworfenen Wissen. Beharrlichkeit verlor an Wert. Analog sank die Achtung vor dem alten Menschen, dessen Fähigkeiten angesichts von Akkordarbeit und ständiger Leistungssteigerung abqualifiziert wurden. Heute stellen die Senioren die Mehrheit des Wahlvolkes. Unsere Zukunft liegt so nicht unwesentlich in ihrer Hand.

Die biblische Überlieferung

Die biblische Überlieferung ist geprägt von Achtung vor dem Alter. Dies legt nicht nur das vierte Gebot nahe: **„Du sollst deinen Vater und deine Mutter ehren auf dass es dir wohl gehe und du lange lebest auf Erden.“** (Dabei klingt neben der Würde des Alters auch der heute noch relevante Generationenvertrag an.) Im 3. Buch Mose Kap 19,32 heißt es: **„Vor einem grauen Haupt sollst du aufstehen und die Alten**

ehren und sollst dich fürchten vor deinem Gott.“

Grundsätzlich versteht die Bibel Leben als Gottes Geschenk; dabei ist die mit der Schöpfung geschenkte Ebenbildlichkeit des Menschen nicht an eine bestimmte Lebensphase gebunden sondern stets Anspruch und Würde zugleich. Daraus resultiert für jeden Menschen, zur Freiheit und Mündigkeit berufen und auf Beziehung und Dialog angewiesen zu sein. Auch das biblische Doppelgebot der Liebe enthält keine Altersklausel, sondern gibt dem Menschen auf, sich selbst zu lieben und zu achten, ganz gleich wie weit ich mich von meinem Selbstbild entfernt habe. Andererseits eröffnet die Begegnung mit Gott immer neue Zeiten der Blüte und Fruchtbarkeit, von der auch die sehr Alten nicht ausgenommen sind (Sarah wird schwanger, Abraham bricht in den Süden auf). So vermittelt gerade das Alte Testament eine Vielzahl von Altersbildern und erzählt immer wieder von wichtigen Aufgaben, die Alte für alle übernehmen.

Im Blick auf die theologische und seelsorgliche Bedeutung des Alters, sei an dieser Stelle darauf verwiesen, dass man auch davon ausgehen muss, dass je älter ein Mensch wird, desto größer ist auch seine Schuld, andere nicht genug geliebt zu haben (auch die eigene Erlösungsbedürftigkeit wird intensiver wahrgenommen). Dies ist vielleicht einer der zentralen Unterschiede zwischen alten und jungen Menschen (wenn man einmal

von der zunehmenden körperlichen Gebrechlichkeit absieht), denn letztere sind ja eben erst im Begriff Verantwortung zu übernehmen, während Alte mit dieser Verantwortung auch Schuld auf sich geladen haben.

(Vergleiche zum Beispiel den 80-jährigen Hans Jochen Vogel, der heute von sich sagt, dass er sich seiner damaligen Argumentationen wegen als Mitverursacher des Todes von Hans Martin Schleyer fühlt.⁷)

Als Problem muss dabei aber wohl auch wahrgenommen werden, dass Rituale und Liturgien in unserer Kirche den alten Menschen oft nicht gerecht werden. So gibt es beinahe ausschließlich Übergangsrituale für das erste Lebensdrittel, Fürbitten nennen viel zu oft Alte und Kranke in einem Atemzug.

Schließlich ist Altern ein Prozess der Befreiung von Sachzwängen, Zerstückelungen und Unterwerfungen. Unter Befreiung wird dabei das Freiwerden von Lasten verstanden, die dem älter werdenden Menschen von anderen Menschen oder der Gesellschaft auferlegt worden sind, derer sich ein Mensch aber im Laufe seines Lebens mangels Kraft oder Mut nicht zu entledigen vermochte. Befreiung zu sich selbst wäre dann der dem Alter gemäße und gegenläufige Prozess zur Infantilisierung.⁸ Denn „was von Jüngeren oft in neidischer Verkennung als

Kritiklosigkeit oder Altersschwäche gebrandmarkt wird, ist in Wirklichkeit eben jene Freiheit des hohen Alters, die sich nicht scheut, alles Seiende so sein zu lassen, wie es ist“⁹.

Rainer Maria Rilke schreibt 1905 in einem seiner Briefe: „Ich glaube an das Alter lieber Freund, Arbeiten und Altwerden, das ist es, was das Leben von uns erwartet. Und dann eines Tages alt sein und noch lange nicht alles verstehen, nein, aber anfangen, aber lieben, aber ahnen, aber zusammenhängen mit Fernem und Unsagbarem, bis in die Sterne hinein.“¹⁰

Die Patientenverfügung

Wichtig ist es allerdings auch am Lebensende, dann wenn Menschen die Hilfe anderer brauchen (Fürsorge und liebevollen Begeleitung, gute Pflege und Seelsorge), die Rechtssicherheit für Patienten, Angehörige und Ärzte zu verbessern.

Obwohl wir wissen, dass es gerade an der Grenze zwischen Leben und Tod nicht vorrangig um Rechtsregelungen geht, die z.B. in der Frage der Fortsetzung oder des Abbruchs einer medizinischen Behandlungen allen Betroffenen und Beteiligten ein möglichst hohes Maß an „Sicherheit“ geben, ist es nötig solche zu haben.

Aus diesem Grund spreche ich mich für eine gesetzliche Regelung von

⁷ Die Zeit, Nr. 13 vom 23. März 2006, S. 67

⁸ Legatis, G., Gerontologie, in: TRE, Bd. 12, S. 530ff

⁹ Brocher, T. in: Leben im Alter, Praxishilfe für Kirchgemeinden und Diakonische Einrichtungen, Hannover 2003, S. 37

¹⁰ Leben im Alter, Praxishilfe für Kirchgemeinden und Diakonische Einrichtungen, Hannover 2003, S. 41

Patientenverfügungen aus. Patienten, Angehörige und Ärzte brauchten mehr Rechtssicherheit bei Entscheidungen am Lebensende. Die Ziele einer solchen gesetzlichen Regelung sollten unter anderem sein, die Vorsorge für Zeiten der Entscheidungsunfähigkeit eines Patienten verbindlich zu regeln, die Wirksamkeitsvoraussetzungen und die Reichweite von Patientenverfügungen festzulegen, die Aufgaben von Betreuern und Bevollmächtigten sowie die Rolle von Vormundschaftsgerichten zu klären.

Jedem Menschen muss ein menschenwürdiges Sterben gewährt werden. "Nach christlicher Überzeugung gilt, dass über menschliches Leben, in welchem Stadium auch immer, nicht frei verfügt werden darf, sondern dass Gott allen Dingen ihre Zeit bestimmt hat. Der Mensch steht vor der Aufgabe, zu erkennen und zu wissen, wann was an der Zeit ist. Davon ist das Ende menschlichen Lebens nicht ausgenommen." (Eckpunkte des Rats der EKD) Aus dem Verbot, frei über menschliches Leben zu verfügen, folgt nicht die Pflicht zur Lebensverlängerung um jeden Preis. Die Tötung auf Verlangen oder die Beihilfe zur Selbsttötung sind ethisch unter allen Umständen unzulässig.

Die Selbstbestimmung des Patienten und die Fürsorge für ihn sind miteinander zu verbinden und aufeinander zu beziehen. "Im Zweifel ist für das Leben zu entscheiden." Eine Patientenverfügung sollte schriftlich abgefasst werden,

allerdings muss "auch die Änderung oder der Widerruf der getroffenen Festlegungen jederzeit und ohne Formzwänge möglich sein, um auf aktuelle Situationen reagieren zu können." Da eine Patientenverfügung fast immer auf Interpretation angewiesen ist, empfiehlt es sich, sie mit einer Vorsorgenden Vollmacht zu verknüpfen, in der ein Bevollmächtigter benannt wird.

"Auf diese Weise ist in dem Gespräch über den mutmaßlichen Willen des nicht mehr äusserungsfähigen Menschen eine Person beteiligt, die sein besonderes Vertrauen genießt und mit allen Entscheidungsvollmachten ausgestattet ist." Hinsichtlich der Reichweite von Patientenverfügungen sollte auch bei Wachkoma-Patienten die Möglichkeit bestehen, eine Patientenverfügung, die eine Begrenzung der lebenserhaltenden Maßnahmen auf einen bestimmten Zeitraum vorsieht, als bindend anzusehen. "Wenn bei einem stabilen Wachkoma, das schon viele Monate andauert, zusätzliche, lebensgefährdende Erkrankungen (wie z.B. eine Lungenentzündung) auftreten, soll, sofern eine entsprechende Patientenverfügung vorliegt, auf therapeutische Maßnahmen (wie etwa die Gabe von Antibiotika) verzichtet werden können." Umgekehrt kann das Instrument der Patientenverfügung auch als Festlegung genutzt werden, dass im Fall eines stabilen Wachkomas die Behandlung uneingeschränkt fortzusetzen sei.

Ich schließe mit einem Zitat des Braunschweiger Chefarztes Dr. Rainer Prönneke, der als einer der ersten in seiner Klinik eine Palliativstation einrichtete:

„Im Grenzbereich zwischen Leben, Tod und künstlicher Lebenserhaltung sind Irrtümer trotz Patientenverfügung in der einen oder anderen Richtung im Sinne einer Über- oder Unterbehandlung trotzdem nicht auszuschließen. Bedeutend ist das gemeinsame Bemühen um den besten, angemessenen Weg, ohne die Richtigkeit der Entscheidung überprüfen zu können. Dies führt zu einer demütigen Lebenshaltung.“¹¹

Die "Eckpunkte des Rates der EKD für eine gesetzliche Regelung von Patientenverfügungen" im Wortlaut:

Eckpunkte des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland für eine gesetzliche Regelung von Patientenverfügungen

1. Allgemeine Erwägungen

Patienten, Angehörige, Betreuer, Bevollmächtigte und Ärzte brauchen mehr Rechtssicherheit bei Entscheidungen am Lebensende. Deshalb sollte die "Patientenverfügung" **gesetzlich geregelt** werden. Die rechtliche Regelung dieses Bereichs darf allerdings nicht dazu führen,

dass die Gerichte jede Entscheidung über die Anwendung einer Patientenverfügung oder die Anwendung von Behandlungsbegrenzungen überprüfen.

2. Ziele einer gesetzlichen Regelung sollten sein:

- ⊕ die Vorsorge für Zeiten der Entscheidungsunfähigkeit verbindlich zu regeln;
- ⊕ die Wirksamkeitsvoraussetzungen für Patientenverfügungen festzulegen;
- ⊕ die Reichweite von Patientenverfügungen zu bestimmen;
- ⊕ die Rechtssicherheit bei der Umsetzung von Patientenverfügungen für Ärzte, Pflegende, Betreuer, Bevollmächtigte und Angehörige zu stärken;
- ⊕ die Aufgaben von Betreuern und Bevollmächtigten zu klären;
- ⊕ zu klären, in welchen Fällen die Vormundschaftsgerichte eingeschaltet werden müssen;
- ⊕ die Freiheit im Blick auf das Ausstellen einer Patientenverfügung zu wahren.

3. Patientenverfügungen:

Patientenverfügungen haben es mit Tod und Sterben zu tun. Nach christlicher Überzeugung gilt, dass über menschliches Leben, in welchem Stadium auch immer, nicht frei verfügt werden darf, sondern

¹¹ Rainer Prönneke, Besser entscheiden - Die Patientenverfügung in Grenzsituationen, in:

Friedrich Weber (Hg.), Beim Sterben helfen?, Hannover 2006, 49f

dass Gott allen Dingen ihre Zeit bestimmt hat. Der Mensch steht vor der Aufgabe, zu erkennen und zu wissen, wann was an der Zeit ist.

Davon ist das Ende menschlichen Lebens nicht ausgenommen. Auch hier gilt es zu erkennen, wann was an der Zeit ist. Dazu kann die Erkenntnis gehören, dass **auch dem Sterben seine Zeit gesetzt** ist und es darauf ankommt, den Tod zuzulassen und seinem Kommen nichts mehr entgegen zu setzen. Diese Erkenntnis kann niemand stellvertretend für einen anderen haben.

Jeder muss sie für sich selbst gewinnen und vor Gott verantworten. Dies kann auch einschließen, dass nicht alle medizinischen Mittel ausgeschöpft werden, wenn dadurch der Tod nur künstlich hinausgezögert würde. Aus dem Verbot, frei über menschliches Leben zu verfügen, folgt also keine Pflicht zur Leidensverlängerung um jeden Preis. Vielmehr sollte jedem Menschen ein menschenwürdiges Sterben gewährt werden.

4. Patientenverfügungen:

Patientenverfügungen müssen mit gesetzlichen und standesrechtlichen Regelungen vereinbar sein. Dies ist dann nicht der Fall, wenn um Tötung auf Verlangen oder um eine ärztliche Maßnahme gebeten wird, die mit dem Berufsethos des Arztes nicht vereinbar ist. Die **Tötung auf Verlangen** oder gar die **vorsätzliche Tötung ohne Einwilligung des**

Patienten sowie die **Beihilfe zur Selbsttötung** sind ethisch unter allen Umständen unzulässig.

5. Rechtsprechung für Ärzte etc.

Es ist davon auszugehen, dass die Ärzteschaft laut neueren Studien weitgehend uninformatiert über die herrschende Rechtsprechung und deswegen im Unklaren darüber ist, welche Grenzziehungen zwischen Tötung auf Verlangen, Leidensminderung und Behandlungsbegrenzung bestehen. Dies liegt nicht zuletzt an der äußerst missverständlichen und z.T. irreführenden **Begrifflichkeit** in diesem Bereich. Deswegen sind Initiativen (wie vom Nationalen Ethikrat und dem Deutschen Juristentag 2006) zu unterstützen, die noch in der Christlichen Patientenverfügung gebrauchte Begrifflichkeit wie z.B. "aktive Sterbehilfe" zugunsten einer klareren, auch hier verwendeten Terminologie zu ändern

(also statt Sterbehilfe: Sterbebegleitung, statt aktive Sterbehilfe: Tötung auf Verlangen, statt indirekte Sterbehilfe: Leidensminderung, statt passive Sterbehilfe: Sterbenlassen oder Behandlungsbegrenzung, statt assistierter Suizid: Beihilfe zur Selbsttötung). In diesem Zusammenhang ist auch zu überlegen, ob es nicht angemessener ist, statt von "Vorsorgevollmacht" von "Vorsorgender Vollmacht" zu sprechen.

6. Selbstbestimmung des Patienten und die Fürsorge für ihn:

sind miteinander zu verbinden und aufeinander zu beziehen. Im Zweifel ist für das Leben zu entscheiden. Selbstbestimmung allein reicht nicht aus. Nicht immer ist es möglich, seine Situation in einer Krankheitsphase vorherzusehen, wenn der Ernstfall eintritt, und so bleibt man auf die Fürsorge anderer angewiesen. Ein Gesetzentwurf, der diese Balance wahrt, ist einem anderen, der einseitig dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten den Vorzug gibt, ohne ihn zum Lebensschutz bzw. Fürsorgeaspekt in einen Ausgleich zu bringen, vorzuziehen.

7. Missbrauch

Die höhere Objektivität und die geringere Gefahr von Missverständnissen und Missbräuchen sprechen zugunsten der **Schriftform**. Deshalb ist die Schriftform auf jeden Fall für Patientenverfügungen nachdrücklich zu empfehlen. Andererseits sind Patientenverfügungen in vielen Fällen auf Interpretation hin angelegt und bedürfen bei der Anwendung der Auslegung. Dabei muss es auch zulässig sein, einschlägige mündliche Äußerungen zu berücksichtigen. Die Äußerung des Patientenwillens, aber auch die Änderung oder der Widerruf der getroffenen Festlegungen müssen jederzeit und ohne Formzwänge möglich sein, um auf aktuelle Situationen reagieren zu können.

8. Bevollmächtigung & Betreuung:

Es muss klar unterschieden werden zwischen einem/r Bevollmächtigten, der/die mit einer Vorsorgenden Vollmacht ausgestattet ist, und einem Betreuer bzw. einer Betreuerin, der/die erst eingesetzt wird, wenn eine Person nicht mehr selbst äusserungsfähig ist:

Bevollmächtigung: Jede geschäftsfähige Person kann eine Person ihres Vertrauens bestimmen, die im Fall ihrer Einwilligungsunfähigkeit an ihrer Stelle alle erforderlichen Entscheidungen über ihre ärztliche Behandlung treffen soll (vgl. Christliche Patientenverfügung Formular II). Die Vollmacht muss schriftlich erteilt sein und sich ausdrücklich auf Untersuchungen des Gesundheitszustandes, Heilbehandlungen und ärztliche Eingriffe sowie auf den Abbruch bzw. die Unterlassung lebenserhaltender Maßnahmen erstrecken. Ausdrücklich sollte festgestellt werden, dass die Vollmacht auch für den Fall gilt, dass der/die Betroffene aufgrund dieser Maßnahmen (bzw. aufgrund der Unterlassung lebenserhaltender Maßnahmen) sterben oder schwer geschädigt werden könnte (vgl. § 1904 Abs. 1 und 2 BGB). Der/die Bevollmächtigte hat seine/ihre Entscheidungen so zu treffen, wie es dem Willen des Patienten entspricht. Wenn der Patient selbst eine/n Bevollmächtigte/n ernannt hat, ist die Bestellung eines Betreuers bzw. einer Betreuerin nicht erforderlich. Dem Patienten steht es frei, ob er selbst in einer differenzierten

Patientenverfügung Wünsche zu seiner Behandlung äußert oder sich darauf beschränkt, eine/n Bevollmächtigte/n zu benennen.

Betreuung: Wird ein Patient einwilligungsunfähig, bedarf er einer ihn vertretenden Person, die rechtlich Entscheidungen wie diejenige über die Einwilligung in ärztliche Maßnahmen für ihn treffen kann. Wenn der Patient selbst keine/n Bevollmächtigte/n mit einer Betreuung vorgeschlagen hat, wird vom Vormundschaftsgericht ein/e Betreuer/in bestellt. Diese Person ist der gesetzliche Vertreter des Betreuten in dem Aufgabenkreis, für den er vom Vormundschaftsgericht bestellt worden ist. Sie ist verpflichtet, bei den von ihr zu treffenden Entscheidungen den Wünschen des Betreuten zu entsprechen, soweit dies dessen Wohl nicht zuwiderläuft (vgl. § 1901 Abs. 3 BGB).

Spezielle Erwägungen

9. Umsetzung der Patientenverfügung:

Eine Patientenverfügung ist fast immer auf Interpretation angewiesen. Sie bedarf der Auslegung, da sie nur selten im Vorhinein so abgefasst werden kann, dass sie in der konkret eintretenden Situation völlig eindeutig ist. Für die Auslegung ist das Gespräch (oder Konsil) zwischen Angehörigen, Ärzten, Pflegepersonal, Seelsorger und Bevollmächtigtem oder Betreuer nötig und hilfreich. Die

entscheidende Frage ist dann allerdings, wie die Entscheidung über die weitere Behandlung zustande kommt und wer bindende Verfügungen trifft. Mehrheitsentscheidungen des Konsils sind keine angemessene Lösung. Die Entscheidung in die Hände der Ärzte zu legen, entspricht lediglich der Situation vor der Entwicklung des Instruments der Patientenverfügung. Eine sachgemäße, die Gesichtspunkte der Selbstbestimmung und der Fürsorge miteinander verknüpfende Lösung wird aber möglich, wenn ein Bevollmächtigter oder eine Bevollmächtigte des/r Patienten zur Verfügung steht.

Deswegen empfiehlt es sich, eine Patientenverfügung mit einer **Vorsorgenden Vollmacht** zu verknüpfen. Auf diese Weise ist in dem Gespräch über den mutmaßlichen Willen des nicht mehr äußerungsfähigen Menschen eine Person beteiligt, die sein besonderes Vertrauen genießt und mit allen Entscheidungsvollmachten ausgestattet ist. Da jeder ärztliche Eingriff der Einwilligung von zuvor ärztlich aufgeklärten, einwilligungsfähigen Patienten bedarf, bietet das Gespräch mit dem Bevollmächtigten dem Arzt die Möglichkeit, seiner ärztlichen Aufklärungspflicht auch dann nachzukommen, wenn der Patient selbst einwilligungsunfähig ist und nur eine schriftliche Verfügung hinterlassen hat.

Wenn keine Vorsorgende Vollmacht ausgestellt wurde, kann die Bestellung eines Betreuers bzw. einer Betreuerin durch das Vormundschaftsgericht notwendig werden. Diese Person wird entweder vom Betreuten selbst in einer **Betreuungsverfügung** vorgeschlagen oder aber vom Vormundschaftsgericht bestimmt. Im Falle der Entscheidungsunfähigkeit entscheidet der Betreuer auf der Grundlage der Patientenverfügung im Sinne des/der Betreuten.

In Fällen, in denen kein rechtlicher Vertreter (Bevollmächtigter oder Betreuer) eingesetzt wurde und weder die Bestellung eines Betreuers noch die Einwilligung durch das Vormundschaftsgericht (§ 1846 BGB) abgewartet werden können, muss der Arzt auf der Grundlage der Patientenverfügung oder nach dem mutmaßlichen Willen über die Einleitung bzw. Fortführung einer Behandlung entscheiden.

10. Reichweite der Patientenverfügung:

Die **Reichweite** einer Patientenverfügung allein auf die Sterbephase bei Krankheiten zu beschränken, die absehbar zum Tode führen (sog. irreversibles tödliches Grundleiden), ist eine problematische Einführung. Ob ein "irreversibel tödliches Grundleiden" vorliegt, ist in erster Linie aus medizinischer Sicht zu beurteilen. Es gibt keine allgemeingültige Definition eines "irreversiblen tödlichen Grundleidens". Einige Autoren verbinden mit diesem eine

unmittelbare Todesnähe, andere ziehen schwere Erkrankungen in einem fortgeschrittenen Stadium ein (vgl. Enquete-Kommission "Ethik und Recht der modernen Medizin" des Deutschen Bundestages: Zwischenbericht Patientenverfügungen, 2004, S. 28).

Unumstritten ist:

- ⊕ Patientenverfügungen, die auf die Begrenzung, Beendigung oder Unterlassung lebenserhaltender Maßnahmen in der Sterbephase zielen, müssen beachtet werden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Maßnahmen der Basisversorgung durch Patientenverfügungen nicht ausgeschlossen werden können. Hier muss jede gesetzliche Regelung ihre eindeutige Grenze finden.
- ⊕ Patientenverfügungen, die auf die Tötung auf Verlangen und die Beihilfe zur Selbsttötung zielen, sind nicht wirksam und dürfen nicht beachtet werden, denn das Strafrecht markiert eindeutig die Grenzen.

Umstritten sind :

- ⊕ jedoch Verfügungen zur Therapiemodifikation bei Patienten, die sich noch nicht in der Sterbephase befinden. Hier ist besonders an den Fall des Wachkomas zu denken.

11. Wachkoma - Patienten:

Bei **Wachkoma - Patienten** sollte die Möglichkeit bestehen, eine

Patientenverfügung, die eine Begrenzung der lebenserhaltenden Maßnahmen auf einen bestimmten Zeitraum und danach deren Beendigung vorsieht, als bindend anzusehen. Damit ist gemeint: Wenn bei einem stabilen Wachkoma, das schon viele Monate andauert, zusätzliche, lebensgefährdende Erkrankungen (wie z.B. eine Lungenentzündung) auftreten, soll, sofern eine entsprechende Patientenverfügung vorliegt, auf therapeutische Maßnahmen (wie etwa die Gabe von Antibiotika) verzichtet werden können. Darüber hinaus ist auch der Verzicht auf künstliche Ernährung, die nicht zur Basisversorgung gezählt wird, nach einer bestimmten Zeit (etwa 6 Monate) in einer Patientenverfügung vorstellbar.

Dahinter steht die Auffassung: Ein entscheidungsfähiger Patient kann in jeder Krankheitsphase entscheiden, ob er in eine ärztliche Behandlung einwilligt oder nicht. Es sind keine zwingenden Gründe erkennbar, die Reichweite von im Voraus getroffenen Patientenverfügungen demgegenüber prinzipiell einzuschränken. Der Einwand, wonach die Zulässigkeit von wirksamen Patientenverfügungen bei Wachkoma-Patienten dazu führen werde, dass diese generell nicht mehr die erforderliche und gewünschte medizinische Versorgung erfahren, ist nicht stichhaltig. Die Patientenverfügung ist eine individuelle Festlegung, die keine Rückwirkungen auf andere Behandlungen hat. Zudem darf die Patientenverfügung

nicht verengt werden auf Verfügungen über Behandlungsabbruch oder -verzicht.

Das Instrument der Patientenverfügung kann vielmehr auch andersherum als eine Festlegung darauf genutzt werden, dass im Fall eines stabilen Wachkomas die Behandlung uneingeschränkt fortgesetzt werden soll.

Oder mit den Worten des Beitrags der Kammer für Öffentliche Verantwortung der Evangelischen Kirche in Deutschland "Sterben hat seine Zeit. Überlegungen zum Umgang mit Patientenverfügungen aus evangelischer Sicht", EKD-Texte 80, Hannover 2005, S. 24:

"In Fällen, in denen der Patient ohne Bewusstsein ist und mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit trotz Ausschöpfung aller medizinischer Möglichkeiten das Bewusstsein niemals mehr wiedererlangen wird, ist gemäß dem voraus verfüzten Willen des Patienten zu handeln, was auch heißen kann, dass man auf therapeutische Interventionen verzichtet und ihn sterben lässt."

Diese Regel ergibt sich aus dem Gebot, zum Besten des Patienten zu handeln, was einschließt, dass man seine Sicht und seinen Willen so weit wie möglich – d. h. wie es mit dem Gebot der Fürsorge vereinbar ist – achtet."

12. Demenzerkrankungen:

werden üblicherweise in drei Stadien unterteilt: Im Anfangsstadium treten zwar erste geistige Störungen auf, aber ein vollständig selbständiges Leben ist möglich; im mittelschweren Stadium kommt es zu einem zunehmenden Verlust der geistigen Fähigkeiten und zu eingeschränkter Selbständigkeit; erst im schweren Stadium besteht ein vollständiger Verlust der Alltagskompetenz mit völliger Pflegeabhängigkeit. Nur für diese Situation – einer Demenzerkrankung im schweren Stadium – sollte ebenso wie bei lang anhaltendem Wachkoma die Möglichkeit bestehen, bei zusätzlich auftretenden lebensbedrohlichen Erkrankungen auf therapeutische Maßnahmen zu verzichten, sofern eine entsprechende Patientenverfügung vorliegt. Diese Möglichkeit sollte jedoch nicht für die beiden anderen Stadien vorgesehen werden.

13. Einwilligung bei ärztlichen Eingriffen:

Die Einwilligung des **Betreuers bzw. der Betreuerin** in einen ärztlichen Eingriff bedarf der **Genehmigung des Vormundschaftsgerichts**, wenn die begründete Gefahr besteht, dass der/die Betreute auf Grund der Maßnahme stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet. Von dieser grundsätzlich bestehenden Genehmigungspflicht sollen Betreuerentscheidungen nur dann befreit

sein, wenn zwischen Arzt und Betreuer/in Einvernehmen darüber besteht, dass der in der Patientenverfügung niedergelegte Wille des Patienten der aktuellen Situation und der zu treffenden Entscheidung entspricht. Die Einschaltung des Vormundschaftsgerichts ist jedoch erforderlich, wenn zwischen Arzt und Betreuer/in Zweifel oder Meinungsverschiedenheiten über den Inhalt des Patientenwillens bestehen. Denn dieser und nicht die ärztliche Indikation als solche ist maßgebend dafür, ob auf lebenserhaltende oder lebensverlängernde Maßnahmen verzichtet werden darf.

Während dem Betreuer seine Vertretungsmacht durch einen staatlichen Akt verliehen wird, beruht die Vertretungsmacht des/der **Bevollmächtigten** auf einem privatrechtlichen Vertretungsauftrag. Entscheidungen eines durch staatlichen Akt bestellten Betreuers bzw. Betreuerin in existentiellen Angelegenheiten des Betreuten sollten durch Einführung von Genehmigungserfordernissen strenger kontrolliert werden als Entscheidungen eines/r Bevollmächtigten, den/die der Patientin selbst beauftragt hat. Die Möglichkeit, das Vormundschaftsgericht zur Missbrauchskontrolle anzurufen, bleibt unabhängig davon bestehen. Aus Sicht der evangelischen Kirche ist die Verbreitung der Vorsorgenden Vollmacht zu fördern und die Stellung des Bevollmächtigten zu stärken. Der Patient

sollte daher die Einschaltung des Vormundschaftsgerichts vermeiden können, wenn er eine von ihm ausgewählte Person ausdrücklich und schriftlich ermächtigt, auch über ärztliche Maßnahmen mit möglicher Lebensbedrohung zu entscheiden. Wenn über den Vollzug des in einer Patientenverfügung geäußerten Willens jedoch kein Einvernehmen zwischen dem behandelnden Arzt und dem/r Bevollmächtigten erreicht werden kann, ist das Vormundschaftsgericht einzuschalten. Wenn das Vormundschaftsgericht der Durchsetzung des Willens des Patienten stattgibt, muss der behandelnde **Arzt** die Möglichkeit haben, unter Berufung auf sein Gewissen die Beteiligung an den vorgesehenen Maßnahmen (wie z.B. die Abschaltung der künstlichen Beatmung oder der künstlichen Ernährung) zu verweigern und die weitere Behandlung an einen anderen Arzt abzugeben.

der Absicherung der Straflosigkeit der aus der Umsetzung einer Patientenverfügung resultierenden Handlungen und Unterlassungen und verankert die Zulässigkeit dieser beiden Formen der Sterbebegleitung in dem Bewusstsein der Bürger, der Ärzte, Pflegekräfte und Vormundschaftsgerichte.

14. Klarstellung im Strafrecht:

Rechtliche Zweifel und Missverständnisse über die Reichweite des Strafrechts führen immer wieder zu einer Beeinträchtigung der Patientenautonomie am Lebensende. Eine **Klarstellung im Strafrecht**, die vorsieht, dass ärztliche Handlungen, die nach der bisherigen Rechtsprechung seit langem nicht mehr als Tötung gelten ("Leidensminderung" und "Behandlungsbegrenzung"), in das geschriebene Recht einbezogen werden, ist deswegen wünschenswert. Sie dient



Landesbüro Niedersachsen
Rathenastr. 16A
30159 Hannover
Telefon 0511-306622
Fax 0511-306133
E-Mail hannover@fes.de
Internet: www.fes.de/niedersachsen