



Alt werden und pflegebedürftig sein in Deutschland

Situation und sozialethische Perspektiven

Gelegentlich wird behauptet: Alle wollen alt werden, niemand aber will alt sein. Alt werden bzw. alt sein: Beides ist ambivalent. Es birgt biographisch bis dahin ungehobene Möglichkeiten und Schätze von Menschlichkeit und Weisheit auf der einen Seite und Phänomene wie Bedrohungen von zunehmenden Einschränkungen, Abbau, Zerfall und Tod auf der anderen Seite. In Gerontologie (die Wissenschaft vom Altern) und human- und sozialwissenschaftlicher Alter(n)sforschung geht mit der Unterscheidung von drittem und viertem Lebensalter eine (freilich nicht deckungsgleiche) Unterscheidung von gelingendem, kreativem, aktivem Alter und Abbau- und Verfallsprozessen des Alter(n)s einher. Besonders bedrohlich erscheint der Verlust von Selbständigkeit und Autonomie. In Anti-Ageing und Wünschen nach selbstbestimmtem Sterben („Bilanz-Suizid“, aktive Sterbehilfe) sind Ängste und angstmachende Vorstellungen von Altern und Verlusten verbunden.



Klaus Baumann

Erfüllung und Nöte: Ambivalenzen des Alter(n)s

Knapp hinter Schweden und Norwegen belegt Deutschland vor den Niederlanden, Kanada, Schweiz, Neuseeland, USA, Island und Japan (in dieser Reihenfolge) weltweit den dritten Rang auf dem (neuen, zum Internationalen Tag der älteren Menschen am 01.10.2013 erstmals veröffentlichten) Global Age Watch Index (www.globalagewatch.org)¹ mit seinen vier weiter binnendifferenzierten Bereichen „Einkommenssicherheit“, „Gesundheitsstatus“, „Beschäftigung und Bildungsstand“ sowie „befähigende Umwelt“. „Einkommenssicherheit“ und „Gesundheitsstatus“ im Alter gelten als direkte „outcome“-Faktoren für das Wohlergehen, „Beschäftigung und Bildungsstand“ geben annähernd die Fähigkeiten der alten Menschen an, die „befähigende Umwelt“ das befähigende soziale Umfeld der Gesellschaft, das Partizipation und Eigen-

ständigkeit fördert. Zu diesem hervorragenden Rang passt es gut, dass einer Heidelberger Studie zufolge mehr als 80% von 112 befragten 100-Jährigen in Deutschland ihre Lage als lebenswert bezeichnen. Die entsprechende Pressemeldung erläutert: „Auch wenn alle der befragten Hochbetagten mit Altersgebrechen kämpften, habe dies kaum Einfluss auf ihr Lebensgefühl, berichten die Wissenschaftler. Eine optimistische Grundhaltung, Lebenswille und die Fähigkeit, einen Sinn im Leben zu erkennen, seien entscheidend“ (Badische Zeitung, 07.10.2013, 12). Das sog. Zufriedenheitsparadox dürfte eine große Rolle für diese Grundhaltung, den Lebenswillen und die Sinnerpektiven spielen: dass nämlich viele alte Menschen trotz ihrer altersbedingten Einschränkungen und mit ihnen eine erstaunliche Lebenszufriedenheit empfinden und äußern. Inmitten ihrer zunehmenden Begrenzungen und Beeinträchtigungen gelangen sie, gerontologisch gesprochen, durch Selektion, Optimierung und Kompensation zu einer von außen betrachtet manchmal erstaunlichen subjektiven Lebensqualität.² Selektion bezieht sich

¹ Alle angegebenen hyperlinks wurden zuletzt überprüft am 19.10.2013.

² Vgl. Freund, Alexandra M./Ziegelmann, Jochen P. (2009): Lebensqualität: Die Bedeutung von Selektion, Optimierung und Kompensation, in: Bengel, Jürgen/Jerusalem, Matthias (Hrsg.): Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie (Handbuch der Psychologie Bd. 12), Göttingen u. a. 475–483. Das Konzept von Selektion, Optimierung und Kompensation (SOK-Modell) beschrieb v. a. P. Baltes. Vgl. auch Backes, Gertrud M./Clemens, Wolfgang (2003): Lebensphase Alter. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Altersforschung, Weinheim.



auf die Auswahl von Zielen, Optimierung auf die Verbesserung (und Konzentration) des Einsatzes für die Zielerreichung und Kompensation auf den Ersatz von Handlungsmöglichkeiten, z. B. durch bislang ungenutzte Ressourcen oder neu erworbene Hilfsmittel. Alle drei dienen einer Stabilisierung des Funktionsniveaus und des Wohlbefindens trotz des Verlustes von Handlungsmöglichkeiten.



Selbst Hochbetagte erachten ihr Leben als lebenswert

Es sind nicht wenige, die im Alter auch Integrität und Weisheit erlangen, wie Erik H. Erikson klassisch in seinem Entwicklungsmodell für den Lebenszyklus idealtypisch formulierte.³ Menschen im dritten wie im vierten Lebensalter können mit ihrer Lebenserfahrung und Güte eine besondere Bereicherung für Andere darstellen – nicht zuletzt für die Generation der Enkel- und sogar Urenkelkinder. „Aktives Altern“ wird in der derzeit vorherrschenden gerontologischen Sicht dank gestiegener Lebenserwartung und infolge besserer Gesundheitsbedingungen zunehmend durch seine Chancen, Selbsttätigkeit, Selbstverantwortung und Selbstverwirklichung dargestellt (vgl. u. a. bes. Andreas Kruse⁴). Das Paradigma vom „aktiven Alter(n)“ wirkt mit an einem begrüßenswerten Wandel pessimistischer gesellschaftlicher Altersbilder, wie ihn das „Europäische Jahr für aktives Altern und Generationensolidarität“ 2012 fördern wollte. Es birgt – ungewollt – allerdings die Gefahr, jene auszugrenzen, die diesem Paradigma nicht entsprechen können. „Unbeschadet dessen stellt sich in unserer ‚Gesellschaft des längeren Lebens‘ die Aufgabe, eine altersintegrierende Kultur voranzutreiben, in der den Bedürfnissen und den Kompetenzen der Älteren, ihrer aktiven gesellschaftlichen Teilhabe ein funktionaler Stellenwert zukommt.“⁵ Wenn die Nestorin der Gerontologie in Deutschland, Ursula Lehr, zutreffend behauptet, „Berufstätigkeit, die weder über- noch unterfordere, sei die beste Gerontoprophylaxe“⁶ impliziert dies Möglichkeiten und Aufforderungen zur Veränderung und Flexibilisierung des Arbeitsmarkts ebenso wie der Teilhabe-Aspekt nicht den „aktiven Alten“ vorbehalten werden darf. Das Inklusionsparadigma der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen bedarf einer ausdrücklichen Ausweitung auf Menschen aller Lebensalter, die mit Behinderungen, Einschränkungen und Unterstützungsbedarfen leben und gleichwohl weiterhin so selbstbestimmt wie möglich leben und am sozialen, religiösen und kulturellen Leben teilhaben wollen. Im Blick auf pflegebedürftige Menschen im Alter, ihre Würde und Lebensqualität stellt dies eine große Herausforderung nicht nur für die sozialen Sicherungssysteme dar, sondern auch für die soziale Ordnung auf ihren verschiedenen Ebenen insgesamt, vom familiären Nahbereich über den kommunalen Sozialraum bis auf Länder- und Bundesebene, für alle gesellschaftli-

chen Bereiche mit ihren Wechselwirkungen (Politik, Recht, Wirtschaft, Kultur und Sport, Kirche(n) und Religionsgemeinschaften, Medizin und Pflege, Bildung und Wissenschaft usw.).

Das Leitbild der Inklusion ist auf Menschen mit hohem Lebensalter auszuweiten



Das Leitbild der Inklusion ist auf Menschen mit hohem Lebensalter auszuweiten

Zur demographischen Situation von Altern und Pflege in Deutschland

Jahrzehntelang wurden demographische Entwicklungen mit ihren Auswirkungen auf die sozialen Sicherungssysteme in Deutschland weitgehend ignoriert. Nunmehr scheint sich dieser Trend ins Gegenteil zu kehren. Viele Soziolog/innen sprechen inzwischen kritisch von einer „Demographisierung des Gesellschaftlichen“⁷. Die Zukunftsfähigkeit der Gesellschaft hänge von der demographischen Lage ab. Soziale Phänomene werden durch demographische Fakten erklärt statt durch soziologische oder andere hermeneutische Perspektiven verstanden. Schon seit der Indus-

trialisierung entwickelt sich die Bevölkerung mehr oder weniger in die gleiche Richtung: abnehmende Geburtenraten und stetig steigende Lebenserwartung. Erst wo er systemisch zum unausweichlichen gesellschaftlichen und insbesondere ökonomischen Problem geworden ist, wird der demographische Wandel in seiner jetzigen Gestalt öffentlich thematisiert, bewertet und – am liebsten in Katastrophenszenarios – dramatisiert. Hinter den statistischen Zahlen der Demographie verbergen sich humane und soziale Kontexte mit politischen, ökonomischen und kulturellen

³ Vgl. Erikson, Erik H. (1959): Identität und Lebenszyklus, Frankfurt; vgl. auch Zalman Schachter-Shalomi (1997) mit seinem Übungsprogramm: From Age-ing to Sage-ing. A profound new vision of growing older, New York; Vaillant, George (2003): Aging Well, New York (die weltweit längste Längsschnittstudie zum Altern: Study of Adult Development at Harvard University).

⁴ Vgl. u. a. Kruse, Andreas (2013): Alternde Gesellschaft – eine Bedrohung? Berlin/Freiburg; ders. (Hrsg.) (2011): Kreativität im Alter, Heidelberg; ders. (2007): Alter. Die wichtigsten Antworten, Freiburg.

⁵ Vgl. Ahrens, Petra-Angela (2013): Alt ist man erst ab achtzig, in: Alternde Gesellschaft (Jahrbuch Sozialer Protestantismus Bd. 6), Gütersloh 13–40, hier: 15.

⁶ Zit. nach Alternde Gesellschaft (Jahrbuch Sozialer Protestantismus Bd. 6), 156.

⁷ Barlösius, Eva/Schiek, Daniela (Hrsg.) (2007): Demographisierung des Gesellschaftlichen. Analysen und Debatten zur demographischen Zukunft Deutschlands, Wiesbaden.

	Bevölkerung, in Mio.	Anteile an der Bevölkerung, in Prozent		
		unter 20 Jahre	20 bis unter 60 Jahre	60 Jahre und älter
1960	73,1	28,4	54,2	17,4
1970	78,1	30,0	50,0	20,0
1980	78,4	26,8	53,9	19,4
1990	79,8	21,7	57,9	20,4
2000	82,3	21,1	55,3	23,6
2010	81,8	18,4	55,3	26,3
2020	80,4	17,0	52,4	30,5
2030	79,0	16,7	47,1	36,2
2040	76,8	16,1	46,6	37,3
2050	73,6	15,6	45,5	38,9
2060	70,1	15,7	45,1	39,2

Tabelle 1: Bevölkerungsentwicklung und Altersstruktur 1960 bis 2060*

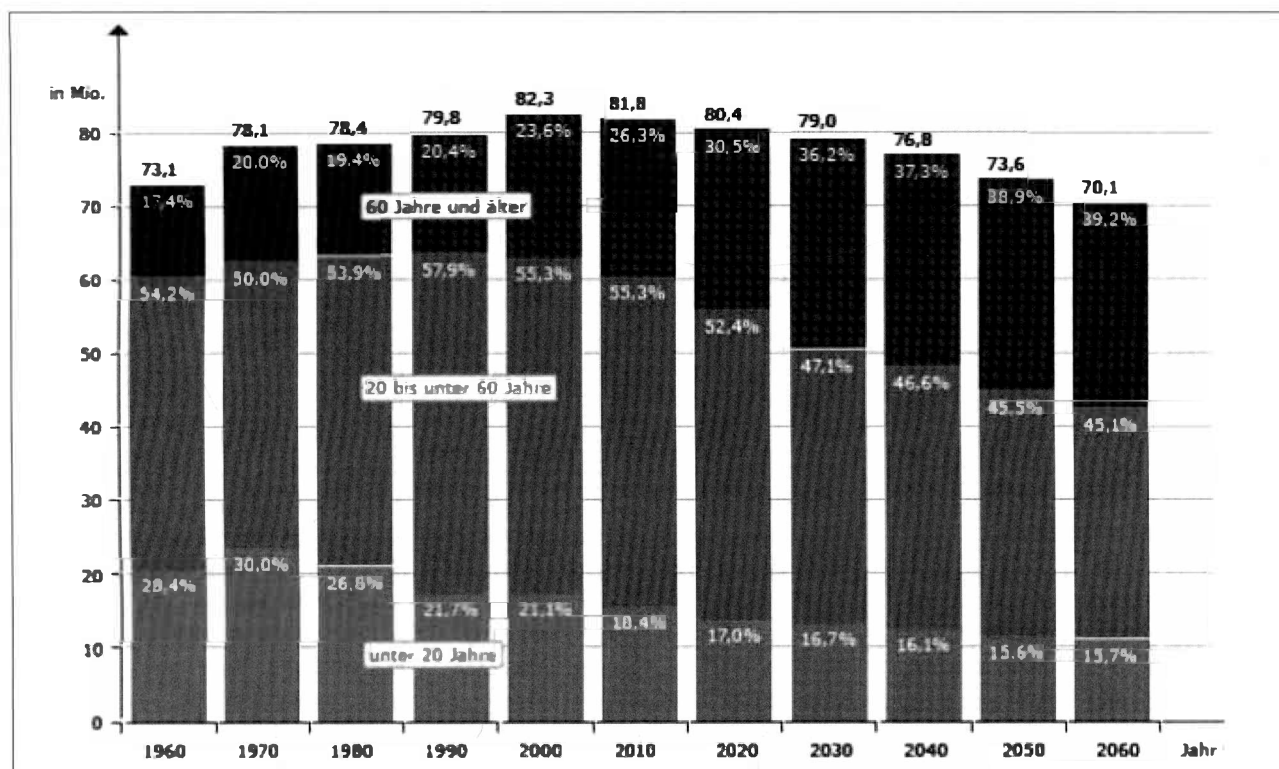


Abbildung 1: Bevölkerungsentwicklung und Altersstruktur 1960 bis 2060*

* Stand bis einschließlich 2010; 2012, Stand Bevölkerungsvorausberechnung: Ende 2009. Bei der Bevölkerungsvorausberechnung werden eine annähernd konstante Geburtenhäufigkeit, ein moderater Anstieg der Lebenserwartung sowie ein positiver Wanderungssaldo von 200.000 Personen pro Jahr ab 2020 angenommen.

Quelle: Statistisches Bundesamt: Lange Reihen: Bevölkerung nach Altersgruppen. 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung; Lizenz: Creative Commons by-nc-nd/3.0/de; Bundeszentrale für politische Bildung

Dimensionen. Sozialethische Reflexion und Bewertung bedarf der demographischen Daten. Sie sind jedoch nicht hinreichend für eine angemessene Beurteilung, weder soziologisch noch ethisch noch sozialpolitisch. Denn solche Beurteilungen und Einschätzungen verdanken sich Einstellungen, Werten und Interessen – und damit verbundenen Menschen- und Gesellschaftsbildern. Das ließe sich leicht zeigen an der politischen Instrumentalisierung von Altersarmutsprognosen in Deutschland ab 2030 für das Überspielen getroffener sozialpolitischer Entscheidungen weg von Lebensstandardsicherung zu Beitragssatzstabilität⁸ und zugunsten von Dienstleistung(sunternehmen) privater („kapitalgedeckter“) Altersvorsorge. Es bedarf der Offenlegung und Auseinandersetzung über die offen oder verdeckt leitenden Interessen und Werte – nicht zuletzt, um zumindest im wissenschaftlichen Kontext einem herrschaftsfreien Diskurs näher zu kommen, in dem die Kraft der „besseren“ Argumente wirken kann.

Wie steht es um die demographischen Entwicklungen zu „Altern und Pflege“ in der „alternden Gesellschaft Deutschlands“⁹ – und wie können sie theologisch-sozialethisch weiter bedacht werden?

 Die Gesellschaft des „längeren Lebens“ wird oft interessensspezifisch instrumentalisiert

Während nach aktuellen Schätzungen weltweit 2030 rund 1,375 Milliarden Menschen 60 Jahre und älter sein werden (16%) und 2050 rund 2,031 Milliarden (ca. 22%; vgl. www.globalagewatch.org), wird ihr Anteil in Deutschland für 2030 auf 36,2% und für 2050 auf 38,9% prognostiziert, mit weiter steigender Lebenserwartung. Einerseits geht damit wohl auch eine Verbesserung der Gesundheit im Alter einher, andererseits kann diese nicht die gleichzeitige Zunahme pflegebedürftiger Menschen im Alter verhindern.

Waren in Deutschland 2010 26,3% der 81,8 Mio. Bevölkerung 60 Jahre und älter und 18,4% unter 20 Jahre alt, sinkt die Zahl der unter 20-jährigen bis 2030 voraussichtlich auf einen Anteil von 16,7% und bis 2050 auf 15,6% (Quelle: Statistisches Bundesamt). Es birgt neben berechtigten Überlegungen zumindest eine gewisse Ironie (wenn nicht Verdrängungstaktik, mit H. E. Richter¹⁰), für das „aktive“ Altern der „jungen Alten“ theologisch gerade Generativität und Natalität neu zu betonen, statt Integrität und Weisheit und Mortalität.¹¹

Der Sachverständigenrat (des Bundesministeriums für Gesundheit BMG) zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen prognostiziert in seinem Sondergutachten 2009 aufgrund der demographischen Entwicklungen und des medizinischen Fortschritts für alle Versorgungsbereiche eine Zunahme älterer und hochbetagter multimorbider Patient/innen mit Symptomen wie Inkontinenz, kognitive Defizite, Immobilität, Sturzgefährdung, Schmerzen und andere komplizierende Faktoren, die sich auf ihre Alltagsbewältigung und ihre Lebensqualität negativ auswirken. Arztkontakte nehmen zu, ebenso länger werdende Krankenhausaufenthalte, medizinische Verordnungen mit der Gefahr von unerwünschten Arzneimittelwirkungen und das Risiko für die Entwicklung einer Pflegebedürftigkeit. Ab einem Alter von 85 Jahren finden sich unabhängig vom Geschlecht etwa 40 Arztkontakte jährlich. Erwachsene im Alter von über 60 Jahren machen etwa ein Viertel (26,7%) aller gesetzlich Versicherten aus, auf sie entfallen aber 64% des Verordnungsvolumens von Arzneimitteln bzw. 54% des Umsatzes.


⁸ Vgl. u. a. Brettschneider, Antonio (2009): Paradigmenwechsel als Deutungskampf, in: Sozialer Fortschritt 9–10/2009, 189–199.

⁹ Vgl. Alternde Gesellschaft (Aus Politik und Zeitgeschichte [APuZ] 63. Jg., 4–5/2013, 21.01.2013).

¹⁰ Vgl. u. a. Richter, Horst Eberhard (1979): Der Gotteskomplex; ders. (1992): Umgang mit Angst, Hamburg.

¹¹ Vgl. Wegner, Gerhard (2013) in: Alternde Gesellschaft (Jahrbuch sozialer Protestantismus Bd. 6), 135–166; vgl. die Rez. in diesem Heft.

„82% aller Pflegebedürftigen sind 65 Jahre alt oder älter. Jeder dritte Pflegebedürftige in Deutschland hat das 85. Lebensjahr bereits überschritten. Im Alter über 90 Jahre ist die Hälfte der Bevölkerung in Deutschland pflegebedürftig. Frauen sind häufiger als Männer betroffen. Pflegebedürftigkeit muss in Zukunft als spezifisches Gesundheitsrisiko von Frauen und Männern

 Im Alter über 90 Jahren ist die Hälfte der Bevölkerung in Deutschland pflegebedürftig

behandelt werden, die hochaltrig werden. Pflegebedürftigkeit ist eine Gesundheitslage, die im Vergleich zu anderen Erkrankungsrisiken komplexere Versorgungsanforderungen in medizinischen, pflegerischen, hauswirtschaftlichen, sozialen und weiteren Bereichen auslöst.“ (vgl. <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=23>).

Die Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes vom 18.01.2013 berichtet für Ende 2011 folgende Daten (in Klammer die Daten für Ende 2009): 2,5 Mio. pflegebedürftige Menschen (2,34 Mio.) in Deutschland bezogen Leistungen der Pflegeversicherung, die 1995 als fünfte Säule der sozialen Sicherungssysteme der Bundesrepublik Deutschland eingeführt worden war (SGB XI). Von ihnen wurden 70,3% (69%), nämlich 1,76 Mio. (1,62 Mio.) zu Hause, 29,7% (31%) in Heimen vollstationär versorgt. 1,18 Mio. (ca. 1 Mio.) wurden zu Hause durch Angehörige oder anders privat versorgt und erhielten Pflegegeld entsprechend ihrer vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen festgestellten Pflegestufe; weitere 576.000 (555.000) Pflegebedürftige wurden zu

Hause von ambulanten Pflegediensten versorgt. Die vollstationär versorgten Frauen und Männer waren älter als die zu Hause Gepflegten: Die Hälfte dieser Heimbewohner/innen waren 85 Jahre und älter gegenüber ca. einem Drittel (30%) derer zu Hause. Der Anteil der Pflegebedürftigen mit der höchsten Pflegestufe III betrug im Heim 20,4% – zu Hause 8,7% – dies ist auch ein deutlicher Hinweis auf die Grenzen der Belastbarkeit in der häuslichen bzw. familiären Pflege.

Aufschluss über die Altersverteilung und Pflegequote von Männern



Pflegebedürftigkeit stellt höhere Versorgungsanforderungen als andere Erkrankungen

telt: Der Anteil der Pflegebedürftigen an allen Menschen dieser Altersgruppe betrug dabei 58%. Auffallend ist, dass Frauen ab ca. dem achtzigsten Lebensjahr eine deutlich höhere Pflegequote aufwiesen – also eher pflegebedürftig sind als Männer dieser Altersgruppen. So beträgt z.B. bei den 85- bis unter 90-jährigen Frauen die Pflegequote 42%, bei den Männern

gleichen Alters hingegen ‚nur‘ 29% (...). Neben Unterschieden in der gesundheitlichen Entwicklung bei Frauen und Männern kann ein Faktor für diesen Verlauf der Pflegequoten auch das differierende Antragsverhalten bei Männern und Frauen sein: Ältere Frauen leben häufiger alleine. Bei Pflegebedarf kann schneller die Notwendigkeit bestehen, einen Antrag auf Leistungen zu stellen, während die pflegebedürftigen Männer häufig z.B. zuerst von ihren Frauen versorgt werden. Entsprechend wird zunächst auf eine Antragstellung verzichtet.“

	Pflegebedürftige					Pflegequote ¹			Bevölkerung		
	insgesamt	Veränderungen zu 2009	davon			insgesamt	männlich	weiblich	insgesamt	männlich	weiblich
			Zu Hause versorgt	vollstationär in Heimen	darunter weiblich						
	Anzahl	%	Anzahl			%			Anzahl		
Unter 15	67 734	1,9	67 594	140	26 926	0,6	0,7	0,5	10 832 088	5 555 569	5 276 519
15 – 60	268 672	4,8	234 444	34 228	123 351	0,5	0,6	0,5	49 232 864	24 999 993	24 232 871
60 – 65	85 761	20,2	66 984	18 777	40 949	1,8	1,9	1,6	4 898 241	2 403 404	2 494 837
65 – 70	114 504	- 11,7	88 192	26 312	55 856	2,8	3,0	2,7	4 039 543	1 943 797	2 095 746
70 – 75	238 982	6,3	180 531	58 451	126 417	4,8	4,8	4,7	5 001 255	2 322 171	2 679 084
75 – 80	337 058	9,8	248 762	88 296	203 759	9,8	8,9	10,5	3 438 528	1 497 504	1 941 024
80 – 85	484 818	5,4	338 705	146 113	332 860	20,5	16,6	22,9	2 367 684	913 112	1 454 572
85 – 90	522 001	2,5	326 791	195 210	408 045	38,0	28,6	41,9	1 372 711	398 013	974 698
90 und mehr	381 911	22,0	206 318	175 593	318 115	57,8	36,9	65,2	660 829	173 100	487 729
Insgesamt	2 501 441	7,0	1 758 321	743 120	1 638 278	3,1	2,1	3,9	81 843 743	40 206 663	41 637 080

Tabelle 2: Pflegebedürftige nach Alter und Pflegequote zum Jahresende 2011

¹ Die Pflegequote beschreibt den Anteil der Pflegebedürftigen an der jeweiligen Bevölkerungsgruppe. So wird die Pflegequote für die Frauen im Alter von 70 bis unter 75 Jahren wie folgt ermittelt: $126417/2679084 = 4,7\%$.

und Frauen gibt Tabelle 2 der Pflegestatistik 2011 (Statistisches Bundesamt 2013).

Zu diesen Zahlen stellt die Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes (2013, 8) fest: „Mit zunehmendem Alter sind Menschen in der Regel eher pflegebedürftig. Während bei den 70- bis unter 75-Jährigen ‚nur‘ jeder Zwanzigste (5%) pflegebedürftig war, wurde für die ab 90-Jährigen die höchste Pflegequote ermit-

Der Begriff der Pflegebedürftigkeit und die Einbeziehung von Demenz

In der aktuell geltenden Definition des § 14 (1) SGB XI ist pflegebedürftig, wer „wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich

für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße (§ 15) der Hilfe“ bedarf. Für diesen Hilfebedarf definiert § 15 SGB XI drei Pflegestufen von erheblich, Schwer- und Schwerst-Pflegebedürftigen und verbindet damit auch Untergrenzen des Zeitaufwandes für die pflegerischen

und hauswirtschaftlichen Aufgaben der jeweiligen Pflegestufe.

„1. Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

2. Pflegebedürftige der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

3. Pflegebedürftige der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen“ (§ 15 (1) SGB XI).

„Der Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für die erforderlichen Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt, muß wöchentlich im Tagesdurchschnitt

1. in der Pflegestufe I mindestens 90 Minuten betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen,

2. in der Pflegestufe II mindestens drei Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens zwei Stunden entfallen,

3. in der Pflegestufe III mindestens fünf Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens vier Stunden entfallen“ (§ 15 (3) SGB XI).

Seit 2013 wird mit dem „Pflegeneuaustrichtungsgesetz“ bis zur Einführung eines neuen Pflegebedürftig-

keitsbegriffes zusätzlich in jeder Stufe als erschwerend Demenz berücksichtigt, angefangen bei einer „Stufe 0“ für Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, i. d. R. mit Demenz. Seit 2008 gibt es in solchen Fällen auch „zusätzliche Betreuungsleistungen“. Staatliche Leistungen werden in Abhängigkeit von der Pflegestufe und Betreuungsart gewährt als folgende Pflegeleistungen: –

für vollstationäre Pflege – für ambulante Pflegesachleistungen (professionelle Pflege) – Pflegegeld (Pflege durch Angehörige) – zusätzliche Betreuungsleistungen.

Insbesondere in der Umsetzung in § 15 SGB XI betont der bislang gültige Pflegebedürftigkeitsbegriff einseitig zeitlich eng begrenzte Leistungen vorrangig für körperbezogene Problematiken. Menschen mit geistigen Behin-

Vollstationäre Pflege	
Stufe I	1023
Stufe II	1279
Stufe III	1550
Härtefall	1918
Ambulante Pflegesachleistungen	
Stufe 0 (mit Demenz*)	225
Stufe I	450
Stufe I (mit Demenz*)	665
Stufe II	1100
Stufe II (mit Demenz*)	1250
Stufe III	1550
Härtefall	1918
Pflegegeld	
Stufe 0 (mit Demenz*)	120
Stufe I	235
Stufe I (mit Demenz*)	305
Stufe II	440
Stufe II (mit Demenz*)	525
Stufe III	700
Zusätzliche Betreuungsleistungen	
Grundbetrag	100
erhöhter Betrag	200

Tabelle 3: Pflegeleistungen 2013 (in Euro/Monat)

*Gilt für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz – das sind vor allem an Demenz erkrankte Menschen.

derungen, kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen wurden nicht angemessen berücksichtigt. Sie stellen durch ihre besonderen Beeinträchtigungen bzw. Veränderungen jedoch

ihre Zahl bei 1,45 Mio. Menschen, für 2030 werden 2,15 Mio. prognostiziert, für 2050 3,02 Mio. (vgl. Tabelle des Factsheet Nr. 1 der Deutschen Alzheimergesellschaft, 2011).

denen die Begutachtung sich richten soll:

„Pflegebedürftig sind Personen, die nach näherer Bestimmung der folgenden Sätze Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder Fähigkeitsstörungen aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche oder psychische Schädigungen, Beeinträchtigungen körperlicher oder kognitiver oder psychischer Funktionen, gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können.

Maßgeblich sind Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder Fähigkeitsstörungen, in den Bereichen:

1. Mobilität,
2. Kognitive Fähigkeiten,
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen,
4. Selbstversorgung,
5. Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen,
6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte,
- [7. Außerhäusliche Aktivitäten,]
- [8. Haushaltsführung].

Jahr	Geschätzte Anzahl von über 65-Jährigen in Millionen	Geschätzte Krankenzahl
2010	16,8	1.450.000
2020	18,7	1.820.000
2030	22,3	2.150.000
2040	23,9	2.580.000
2050	23,4	3.020.000

Tabelle 4: Geschätzte Zunahme der Krankenzahl in Deutschland (Demenz) vom Jahr 2010 bis zum Jahr 2050 (Deutsche Alzheimergesellschaft, Factsheet Nr. 1

besondere Herausforderungen in Betreuung und Pflege dar, und zwar häuslich, ambulant wie stationär. Menschen mit geistigen Behinderungen, welche in den 1940er und 50er Jahren geboren wurden, erreichen das Rentenalter. Die Zahl der Menschen mit Demenz ist infolge der Zunahme der Lebenserwartung beträchtlich gestiegen. 2010 lag

Der Druck auf Regierung und Gesetzgeber wurde in den vergangenen Jahren groß genug, eine Revision des Pflegebedürftigkeitsbegriffs in Angriff zu nehmen. Die Vorbereitungen dafür sind (im Grunde seit 2009 weitgehend) getroffen, umgesetzt wurden sie in der jüngst zu Ende gegangenen Legislaturperiode nicht.

Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff und neue Pflegegrade

Mit Datum vom 27.06.2013 hat der „Expertenbeirat zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ seinen Bericht und Vorschlag vorgelegt, welche erst vom neuen Bundestag und von der neuen Bundesregierung aufgenommen werden können. Als neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff erneuert der Expertenbeirat den Vorschlag des „Bericht(s) des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ vom 26.01.2009 und schlägt ein Assessmentverfahren (Neues Begutachtungsassessment, NBA) zur Einordnung nicht mehr in drei Pflegestufen, sondern in fünf Pflegegrade vor.


Das fachpolitische Ziel ist dabei „die Gleichbehandlung von somatisch, kognitiv und psychisch beeinträchtigten Pflegebedürftigen beim Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung. Da-

zu gehört die tatsächliche Verfügbarkeit von Angeboten, die auf die jeweiligen Bedarfslagen somatisch, kognitiv und psychisch beeinträchtigter Pflegebedürftiger ausgerichtet sind, ohne dass eine Gruppe bevorzugt oder benachteiligt wird“ (Expertenbeirat 2013, 29). Zentrale Kriterien sind der Schweregrad der Beeinträchtigung der Selbständigkeit und der Anstieg der Abhängigkeit von personeller Hilfe. „Auch der Anstieg des Einsatzes von personellen und finanziellen Ressourcen ist bei der Gestaltung der Leistungsbeträge zu berücksichtigen“ (Ebd.).

Zukünftig sollen somatisch, kognitiv und psychische Beeinträchtigungen gleichgestellt sein

Die vorgeschlagene Formulierung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs für § 14 (1) SGB XI lautet folgendermaßen und enthält die Kriterien, nach

Die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder die Fähigkeitsstörungen und der Hilfebedarf durch andere müssen auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und zumindest in dem in § 15 festgelegten Umfang gegeben sein“ (Bericht des Beirats 2009, 86 [Anlage 2]).

 Durch die Steigerung der Lebenserwartung steigt die Zahl der Menschen mit Demenz

Wie der Beirat von 2009 ist der Expertenbeirat der Ansicht, dass die Kriterien sieben und acht für die rechnerische Ermittlung des Pflegegrades nicht berücksichtigt werden sollen, da die „Module“ eins bis sechs bereits alle für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit relevanten Aspekte von Beeinträchtigungen umfassen (Expertenbeirat 2013,

23). Die in den Aspekten „Außerhäusliche Aktivitäten“ und „Haushaltsführung“ erfasste Hilfebedürftigkeit (als Vorstufe zur Pflegebedürftigkeit) behielt jedoch ihre Bedeutung für umfassende Beratung, für Empfehlungen zur Verbesserung der häuslichen Versorgung und für die individuelle Pflege- und Hilfeplanung. Im Unterschied zu Finanzierungsmodellen im Bericht von 2009 wurden 2013 keine weiterführenden Berechnungen zu fiskalischen Auswirkungen vorgelegt.



Bei der Umgestaltung der sozialen Pflegeversicherung sind sowohl die Belange der Pflegebedürftigen als auch die der Pflegenden in den Blick zu nehmen

Die neue Bundesregierung bzw. der neue Bundestag (als eigentliche Legislative) steht nicht nur vor der Aufgabe, mit einem neuen gesetzlichen Pflegebedürftigkeitsbegriff eine gerechtere Einbeziehung pflegebedürftiger Menschen mit kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen zu realisieren, sondern auch die Fragen der finanziellen Ausgestaltung, der Leistungshöhen und der Relationen von Sach- und Geldleistungen zu klären und die soziale Pflegeversicherung angemessen finanziell auszustatten. Was freilich ist „angemessen“? Wie vermag die soziale Pflegeversicherung die finanziellen Leistungen so zu dynamisieren, dass die Löhne für die professionell Pflegenden und die Pflegedienste und -einrichtungen finanziell so ausgestattet sind, wie es dem Wert und der Würde dieses Arbeitsfeldes von höchster gesellschaftlicher Bedeutung entspricht? Wie kann sie aber auch dazu beitragen, die Pflegebereitschaft und die Pflegefähigkeit des privaten Umfeldes von Pflegebedürftigen zu fördern und zu unterstützen? Wie wird die soziale Pflegeversicherung also zukunfts-fähig und generationengerecht? Wie wird verhindert, dass menschenwür-

dige Pflege nur bzw. allenfalls durch private Pflegeversicherungen (und damit für die, die es sich leisten können¹²) gewährleistet wird?

Damit richtet sich der Blick nun auf die professionell Pflegenden und die Betreuenden des privaten Umfeldes der Pflegebedürftigen.

Die professionell Pflegenden

Laut Pflegestatistik 2013 waren 2011 in ambulanten Pflegediensten 291.000 Personen beschäftigt, in teilstationären und stationären Pflegeheimen 661.000. Wenn der Status quo in der Altenpflege fortgeschrieben wird und keine wesentlichen Alternativen entwickelt werden, wird der Bedarf an Fachkräften in den nächsten 15 bis 20 Jahren um mehrere Hunderttausend steigen.¹³ Das derzeitige Refinanzierungssystem begünstigt Dienste und Einrichtungen, die ihre Mitarbeitenden unterhalb der Flächentarife und der Arbeitsvertragsrichtlinien des Deutschen Caritasverbandes (AVR) vergüten. Die Verordnung für einen Pflege-Mindestlohn aus dem Jahr 2010 für in- wie ausländische Pflegeunternehmen läuft zudem Ende 2014 aus. Sie hatte Lohnuntergrenzen von 9 €/h (West) bzw. 8 €/h (Ost) definiert – zwischen 20 und 30% unter den entsprechenden AVR-Tarifen etwa der Caritas. Hinzu kommt die sog. „Zeit- und Leistungsvergütung“ in der ambulanten Pflege seit 1.1.2013, für die zunächst auskömmliche Stundensätze ermittelt und verhandelt werden mussten. All das erhöht den Wettbewerbsdruck, verschlechtert die Arbeitsbedingungen und mindert die Attraktivität des Pflegeberufs ebenso wie die Qualität der Pflege. Zudem handelt es sich mehrheitlich und besonders um weitere Belastungen von Frauen, die



Die schlechte Entlohnung im Pflegebereich mindert die Qualität der Pflege und verschärft den drohenden Fachkräftemangel

in der Pflege tätig sind. Es drohen weitere und erhebliche Versorgungslücken. Ohne Erhöhung der Entgelte für Personal- und Sachkosten durch die Kranken- und Pflegekassen droht insbesondere frei-gemeinnützigen Pflegediensten (und unter diesen denen von Diakonie und Caritas) die Insolvenz.¹⁴ Die Folgen wären für das Pflegepersonal wahrscheinlich Neueinstellung bei noch geringerem Einkommen oder berufliche Neuorientierung außerhalb der Pflege. Der ohnehin drohende Fachkräftemangel würde nur verschärft.

Die schlechte Entlohnung im Pflegebereich mindert die Qualität der Pflege und verschärft den drohenden Fachkräftemangel.

Die Pflege zu Hause

Für die Pflege zu Hause durch Angehörige spielt neben den Ehepartner/innen die Präsenz oder Nähe der nachfolgenden Generation (g.g.f. mit ihren Ehepartner/innen) in aller Regel bislang eine entscheidende Rolle. Dies entspricht nicht nur dem Subsidiaritätsprinzip und etwa dem vierten Gebot des Dekalogs. In den meisten Fällen entspricht es der inneren Verbindung und dem intergenerationalen Verantwortungsgefühl zwischen den Familienangehörigen.

Das Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung operationalisierte dies für eine europäische Vergleichsstudie (Deutschland, Frankreich, Bulgarien, Russland) als „intergenerationales Un-

¹²Vgl. Schönhof, Bärbel (2013): Welche Pflegevorsorge ist die Richtige?, in: Alzheimer Info 3/13, 10.

¹³Vgl. Isfort, Michael (2013): Anpassung des Pflegesektors zur Versorgung älterer Menschen, in: Alternde Gesellschaft (ApuZ 4-5/2013 a. a.O.) 29-35.

¹⁴Vgl. neue caritas 17/2013, 9-15 (zwei Beiträge zu ambulanten Pflegediensten).



terstützungspotenzial“ mit folgenden Variablen:

- Koresidenz von über 60-jährigen Personen mit erwachsenen Kindern und Kinderlosigkeit;
- ihre Wohnentfernung zum am nächsten wohnenden erwachsenen Kind;
- direkte Kontakthäufigkeit mit dem erwachsenen Kind mit dem häufigsten Kontakt.

Für Deutschland ergaben sich der mit Abstand höchste Wert „Kinderlosigkeit/kein Unterstützungspotenzial“ und der mit Abstand niedrigste Wert für „gutes Unterstützungspotenzial“ in diesem internationalen Vergleich.¹⁵ Auch die erhebliche geographische Distanz berufstätiger Angehöriger mag eine wenig beachtete Rolle dafür spielen, weshalb das Pflegezeitgesetz (ohne Lohnfortzahlung, bis zu sechs Monate; seit 1.7.2008) und das Familienpflegezeitgesetz (bis zu zweijährige berufliche Reduzierung für die familiäre Pflege mit anschließendem Ausgleich, seit 1.1.2012) bislang verhältnismäßig wenig genutzt wurden.

Weiterhin in einer gesetzlich offenkundig ganz bewusst ignorierten Grauzone befindet sich die Einstellung von mittel- und osteuropäischen Personen in der häuslichen Pflege. Sie dienen als Lösungen, wo Angehörige nicht verfügbar sind und/oder ihnen oder den Pflegebedürftigen selbst zu hohe Eigenanteilkosten für die Pflege entstünden. Schätzungen sprechen von mindestens 100.000 Personen, die dafür nach Deutschland geholt werden, meist Frauen. Selbst wo sie regulär als Haushaltshilfen eingestellt sind, erbringen sie vielfach irreguläre, weil pflegerische Leistungen (mit rechtlichen und haftungsrechtlichen Konsequenzen). Dennoch bilden sie für viele Familien in Deutschland eine (bezahlbare) Möglichkeit, den Hilfebedarf und eine dauerhafte Anwesenheit abzusichern.¹⁶

Sie werden häufig ergänzend zu anderen Diensten (etwa ambulanter Pflege) eingesetzt. Meist ist ihre Beschäftigung

irregulär, ohne Arbeits-, Kranken-, Unfall- und Haftpflichtversicherung, ohne geregelte Frei- und Urlaubszeiten. Unbeschadet möglicher finanzieller Transfers in ihre Heimatfamilien ist mit der Abwesenheit gerade von Frauen auch ein vielfältig hoher familiärer bzw. sozialer Preis zu Hause verbunden.

Neue, alternative Konzepte?

Angesichts der hohen Mobilität sind die erwachsenen Kinder oft geographisch zu weit weg, um für ihre pflegebedürftigen Eltern und/oder Großeltern zumindest unterstützend vor Ort sein zu können. Die Umstrukturierung der Kirchengemeinden in Deutschland – evangelisch wie katholisch – birgt aus caritaswissenschaftlicher Sicht besonders die Chance einer neuen Sozialraumorientierung des kirchlichen Lebens, das neu seine wirkliche diakonische „Sendung im Dienst der Liebe“ entdeckt und realisiert. Im Sozialraum, in der weiteren Nachbarschaft Solidarität zu leben, Not zu sehen und zu handeln, ist auch in einem guten Sozialstaat unverzichtbar und entspricht wiederum dem Prinzip der Subsidiarität einer lebendigen Zivilgesellschaft. Klaus Dörner sieht darin seinerseits einen verheißungsvollen Lösungsweg für die menscheitsgeschichtlich erstmalige Situation, dass im Grunde die gesamte Bevölkerung von der Altenpflegefrage betroffen ist und von ihr auch verändert wird. *Die Frage ist wie*. Dörner plädiert dafür, dass der „Gemeinde-Nahraum“ durch eine neue Bürgerhelferbewegung (die sich von den klassischen Ehrenamtlichen unterscheidet) wiederentdeckt und *-belebt* wird, indem sie sich für den Hilfebedarf anderer Menschen im eigenen Sozialraum öffnet: Wenn auch mit professioneller Unterstützung, regeln Menschen mit und ohne Alterspflegebedarf und Demente gemeinsam

¹⁵Vgl. Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (Hrsg.): BiB-Mitteilungen 02/2008 (29. Jahrgang; 08.09.2008) 10–16.

¹⁶Vgl. Isfort, Michael (2013) a. a.O., 32 f.

KURZBIOGRAPHIE

Prof. Dr. Klaus Baumann, Priester der Erzdiözese Freiburg und Psychologischer Psychotherapeut (DFT), leitet seit 2004 den Arbeitsbereich Caritaswissenschaft und Christliche Sozialarbeit in der Theologischen Fakultät der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg. Dort ist er derzeit auch Internal Senior Research Fellow des Freiburg Institute for Advanced Studies (FRIAS). Seine Forschungsinteressen betreffen das weite Feld der Caritas als Wesensvollzug der Kirche, den Dialog zwischen Theologie und Human- und Sozialwissenschaften, im FRIAS zur Zeit besonders die psychosozialen und spirituellen Bedürfnisse von chronisch Kranken, ihren Angehörigen und Menschen in Gesundheitsberufen. Mit J. Eurich (Diakoniewissenschaft) u. a. Herausgeber der Bände „Kirchen aktiv gegen Armut und Ausgrenzung“, Kohlhammer 2010, sowie „Konfessionelle Krankenhäuser“, Kohlhammer 2013. Weitere Informationen www.caritaswissenschaft.uni-freiburg.de

ihre Beziehungen möglichst selbst. Dafür bedürfe es eines strukturellen, solidarischen Umbaus der Gesellschaft.

Entscheidend ist dabei für Dörner zum einen, dass alle Menschen bedürftig sind – die einen sind (mehr) pflege- oder hilfe-bedürftig, die anderen sind (mehr) helfens-bedürftig. Zum andern lässt sich dieser Bedürftigkeit besonders gut im „dritten Sozialraum ... zwischen dem privaten und dem öffentlichen Sozialraum“ begegnen, weil „die Durchschnittsbürger gegenüber Hilfsbedürftigen im Allgemeinen eher immun sind, während sie sich im Schutze der verlässlichen Begrenzung ‚unseres‘ Viertels oder ‚unseres‘ Dorfs auf solidarisches Verhalten eher einlassen können, weil die Zahl der Hilfsbedürft-

tigen nun begrenzt und überschaubar ist und weil sie vor allem „zu uns gehören“.¹⁷ In diesem begrenzten Raum sei eine Koordinierung und Synchronisierung von Bürger/innen- und Profihilfe als entscheidendes Steuerungselement dieses neuen Hilfesystems besonders gut möglich: für den Hilfebedarf der Singles und der überforderten Familien und für die Integration, die nur Bürger/innen leisten können, unterstützt von den „Profis“.

Konkret schlägt Dörner „ambulante Wohnpflegegruppen“ (zwischen eigener Wohnung und Heim) oder Haushaltsgemeinschaften für sechs bis acht Hilfsbedürftige „aller Art und aller Generationen“ vor. Diese neue Form garantiere „mit Hilfe des bürgerschaftlichen Engagements und eines ambulanten Pflegedienstes die 24-Stunden-Präsenz und ist, wenn man es richtig macht, kostengünstiger als ein Heim, während sie zugleich die zwei- bis dreifache Zeit an menschlicher Zuwendung für die Betroffenen verfügbar macht. Dies ist insbesondere für die übrigen Bürger des entsprechenden Viertels einsichtig, weil ihnen aufgeht, dass einmal die Kultur ‚unseres Viertels‘ sich

nicht mehr nur nach der Zahl der Kindergartenplätze, sondern auch nach der Zahl der Pflegeplätze in der Vertrautheit des eigenen Viertels bemisst; zum anderen sagen sie sich, dass unsere Wohngruppe um die Ecke mir und meiner Familie Versorgungssicherheit für alle denkbaren Pflegerisiken mit sich bringt“ (Dörner 2013, 299f).



Kirchliches Leben entdeckt seine diakonische „Sendung im Dienst der Liebe“ neu

Zu schön klingt Dörners Perspektive und seine Vision von einer Gesellschaft, die im jeweiligen Sozialraum ihre Fragmentierung überwindet und sich zu einer lebendigen Inklusionsgesellschaft wandelt. Zu schön? Immerhin begünstigt das Pflege-Neuausrichtungsgesetz (1.1.2013) ambulant betreute Wohngruppen für Senioren und Pflegebedürftige, wenn auch vie-

le gesetzliche Vorgaben beachtet werden müssen.¹⁸ Die verbandliche Caritas (und Diakonie) könnten sich mit den Kirchengemeinden auf neue Weise verbinden, um dies an den gesellschaftlichen und kirchlichen Graswurzeln zu realisieren (und dabei ihre Altenhilfestrukturen zu transformieren). In seinem Interview mit dem Chefredakteur der italienischen Tageszeitung „La Repubblica“ bezeichnete Papst Franziskus jüngst die Arbeits- und Hoffnungslosigkeit von jungen Menschen und „die Einsamkeit der Alten“ als die schwersten Übel der Welt in unserer Zeit: „Die Alten brauchen Pflege und Gesellschaft.“¹⁹ Beiden Übeln könnte mit solchen neuen Konzepten der Inklusion im Sozialraum begegnet werden, nicht zuletzt mit besonders wirkungsvollen Beiträgen der „jungen, aktiven Alten“ in den Kirchengemeinden und den Altenhilfe- und Pflege-Expert/innen der organisierten Caritas.

¹⁷ Dörner, Klaus (2013): Solidarische Gemeinde im Nahraum, in: *Alternde Gesellschaft (Jahrbuch Sozialer Protestantismus Bd. 6)*, 297–301, hier: 299.

¹⁸ Vgl. Bachem, Jörn (2013): Klein und familiär soll es zugehen, in: *neue caritas* 15/2013, 22–25.

¹⁹ Il Papa a Scalfari: così cambierà la Chiesa, in: *La Repubblica*, 01.10.2013, Übers. KB.

