

# **Das Pflegesystem in Deutschland und Ergebnisse eines World Cafés am 11.3.2013 zu dem Thema: Wie stellen wir uns die Pflege unserer Eltern und unserer Angehörigen in der Zukunft vor?**

**Martin Offenbächer<sup>1</sup>, Astrid Herold-Majumdar<sup>2</sup>, Andreas Fraunhofer<sup>3</sup>, Lisa Thomas<sup>3</sup>,  
Heike Roletscheck<sup>2</sup>, Niko Kohls<sup>1,4</sup>, Brigitte Bührlen<sup>5</sup>**

<sup>1</sup>Generation Research Program, Humanwissenschaftliches Zentrum, Ludwig-Maximilians-Universität München, Prof.-Max-Lange-Platz 11, 83646 Bad Tölz

<sup>2</sup>Hochschule für Angewandte Wissenschaften München, Am Stadtpark 20, 81243 München

<sup>3</sup>Hochschule für Angewandte Wissenschaften München, Dachauer Str. 100a, D-80636 München

<sup>4</sup>Hochschule Coburg, Friedrich-Streib-Str. 2, 96450 Coburg

<sup>5</sup>WIR! Stiftung pflegender Angehöriger, Ickstattstraße 9, 80469 München

## **Ansprechpartner für die Verfasser:**

Brigitte Bührlen

WIR! Stiftung pflegender Angehöriger

Ickstattstraße 9

80469 München

Telefon 089 - 409 079 05

Mobil 0176 - 24 43 22 28

Fax 089 - 409 079 07

Email: [kontakt@wir-stiftung.org](mailto:kontakt@wir-stiftung.org)

Wenseite: [www.wir-stiftung.org](http://www.wir-stiftung.org)

Einleitend möchten die Verfasser des Berichtes einige Gedanken und Präambeln in den Raum stellen, um die Leser und Leserinnen schnell auf die komplexe Thematik des World Cafés einzustimmen:

I. Worum geht es in der Pflege? Allein der pflegebedürftige Mensch jeglichen Alters rechtfertigt die Pflegewirtschaft in Deutschland. Um sein Wohl dreht sich die Pflege, die zu 1/3 von professionellen Pflegekräften und 2/3 weitgehend ehrenamtlich von Angehörigen geleistet wird. Pflege wird von den Bürgern als ganzheitliches, an der Person orientiertes Handeln verstanden mit dem Ziel die körperliche, geistige und seelische Gesundheit wiederherzustellen, zu fördern und zu erhalten. Nach dem Selbstverständnis der Pflegenden umfasst Pflege darüber hinaus Handlungsfelder wie u.a. die Beratung, Begleitung und Förderung bei bedeutsamen Übergängen im Lebenslauf (Geburt, Entwicklung, Alter und Tod), Gesundheits- und Pflegepolitik, Strukturentwicklung (z.B. Städte- und Wohnraumplanung), Management in Betrieben der Gesundheitspflege und gemeinde- und populationsorientierte Versorgung.

II. Arbeitnehmer und Arbeitgeber bezahlen solidarisch in die Pflegeversicherung ein. Bei Pflegebedarf wird je nach Pflegeeinstufung ein Pauschalbetrag gezahlt. Die Differenzkosten zu den real entstehenden Pflegekosten tragen die Betroffenen aus Privatmitteln. Wenn die Privatmittel aufgebraucht sind, werden, wenn vorhanden, eigene Kinder zur Kasse gebeten. Sollte auch da kein Geld mehr zur Verfügung stehen, so wird aus Steuermitteln Sozialhilfeunterstützung geleistet. Der Staat hat die Fürsorge für den Bürger in die Hände einer immer weiter unkontrolliert auswuchernden Pflegewirtschaft gelegt.

III. Die Pflege ist häufig nur sekundär an den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen und der sie Pflegenden ausgerichtet. Primär ist einzig und allein die Leistungserbringung unter ökonomischen Gesichtspunkten von Bedeutung. Der Pflegebedürftige wird mit Synonymen aus der Wirtschaft benannt als „Kunde“, „Klient“, „Verbraucher“, „Abnehmer“, „Leistungsbezieher“ u.ä. Die Solidargemeinschaft und der einzelne Pflegebedürftige kommen für die Kosten der Pflege auf. Er ist also nicht nur Bezieher einer „Dienstleistung“, sondern auch Auftraggeber seiner Pflege.

IV. Bei Einführung der Pflegeversicherung wurde die Leistungserbringung in die Hände von Wohlfahrtsverbänden und einer schnell expandierenden, auf Gewinnmaximierung ausgerichteten freien Pflegewirtschaft gelegt. Zweckmäßigkeit und Verhältnismäßigkeit der Verwendung von vorhandenen finanziellen Mitteln, können mangels Transparenz nicht unabhängig kontrolliert werden.

V. Grundsätzlich fehlt im derzeitigen Pflegesystem eine ganzheitliche Sicht auf den Menschen. „Weiche“ Faktoren wie Zufriedenheit, subjektives Wohlbefinden, gefühlte Menschlichkeit, spielen keine Rolle. Dafür gibt es keinen bezahlten Zeitfaktor und keine Kriterien und keine Bezahlung dafür, wie sich ein Pflegenden einem Pflegebedürftigen widmet. Erfahrungskompetenz der sogenannten „Laienpflege“ = Angehörigenpflege wird unter professionelle Kompetenz gestellt, rational erworbenes Faktenwissen und dessen Dokumentation in der Ausführung ist höher angesiedelt als individuelles, der Situation entsprechendes, empathisches Handeln, das seinen Erfolg an der subjektiven Zufriedenheit des Pflegebedürftigen bemisst.

VI. Wie und wofür also werden die Gelder im Pflegesystem verwendet? Wer setzt die Rahmenbedingungen fest? Wer kontrolliert nach welchen Kriterien die Verwendung der finanziellen Mittel? Wer erfasst das Einverständnis oder die Ablehnung in der Bevölkerung

mit der derzeitigen Verwendung ihrer Gelder für die Pflege? Wir Bürger sollten beginnen Fragen zu stellen und selbst nach Antworten zu suchen.

### **Das World Café**

Das World Cafe (vergleiche <sup>1</sup>) ist eine Methode, die 1995 in den USA entwickelt wurde, mit dem Ziel eine möglichst heterogen zusammengesetzte Gruppe von Menschen in intensive Gespräche zu bringen. Durch einen angeregten Austausch in einer Café-Haus-Atmosphäre sollen zu einem gemeinsamen Thema, kreative Lösungen und Ideen entwickelt werden. Dies geschieht, indem sich die Gedanken der Teilnehmer vernetzen, gegenseitig befruchten und die kollektive Intelligenz der Gruppe genutzt wird (vgl. <sup>2</sup>). Das World Café geht von der Annahme aus, dass Menschen bereits die Weisheit und Kreativität besitzen, auch die schwierigsten Herausforderungen zu meistern. In angemessenem Kontext und mit dem richtigen Fokus ist es möglich, Zugang zu diesem tiefen Wissen über das, was wichtig ist, zu erlangen und dieses auch anzuwenden (vgl. <sup>3</sup>). Leitidee des World Cafés ist die lockere Gestaltung eines Straßencafés, in dem sich Menschen zwanglos unterhalten. Entsprechend sitzen die Teilnehmer zu mehreren an hübsch gestalteten Tischen. Die Café-Haus-Atmosphäre und die kleinen Gruppen bewirken, dass die Teilnehmer beginnen, sich füreinander zu interessieren, sich zuzuhören, sich fremden Meinungen zu öffnen und an diesen anzuknüpfen (vgl. <sup>4</sup>). Um den Diskurs zu vertiefen, wechseln die Teilnehmer mehrmals die Tische und die Gruppen werden durchmischt, so dass jeder Teilnehmer an jedem Tisch war. Am Ende steht eine Abschlussrunde im Plenum, bei der die Teilnehmer ihre Ergebnisse präsentieren.

---

<sup>1</sup> Brown J. World Cafe: Shaping Our Futures Through Conversations That Matter.

<sup>2</sup> <http://www.theworldcafe.com/translations/GermanTWC2.pdf>

<sup>3</sup> <http://www.theworldcafe.com/translations/Germancafetogo.pdf>

<sup>4</sup> <http://www.theworldcafe.com/translations/GermanTWC2.pdf>

### Unser World Café am 11.3.2013

Insgesamt nahmen 63 am Thema interessierte Personen teil. Wir haben im Vorfeld die Teilnehmer gebeten, uns anonym ein paar soziodemographische Fragen (siehe Tabelle 1) und Fragen zur Erfahrung in der Pflege zu beantworten. 44 Personen beantworteten diese Fragen.

Alter	51 Jahre (Mittelwert); Spannweite von 28-74 Jahre	
Geschlecht	44 Frauen, 6 Männer	
Schulbildung	10. Klasse	21%
	11. oder 12. Klasse	23%
	13. Klasse	56%
Berufsausbildung	Lehre oder im Beruf angelernt	18%
	Fachschule oder	
	Fachhochschule	32%
	Universitätsabschluss	45%
	Sonstiges	5%

**Tabelle 1: Soziodemographische Daten der World Café Teilnehmer.**

Von den 44 Personen, die Angaben gemacht haben, hatten 35 Personen Erfahrungen mit der Pflege (mehrfach Nennungen waren möglich). Diese gliedert sich wie folgt:

- 21 hatten im Schnitt 6,4 Jahre Erfahrung in der Pflege Angehöriger
- 19 hatten im Schnitt 12,4 Jahre Erfahrung in der beruflichen Pflege
- 13 hatten im Schnitt 8,2 Jahre Erfahrung in der ehrenamtlichen Pflege

Zusammengefasst wiesen diese 35 Personen langjährige Erfahrungen in der Pflege von Angehörigen, in der beruflichen Pflege sowie Erfahrungen in der ehrenamtlichen Pflege auf. Daher ist aus unserer Sicht davon auszugehen, dass das Ergebnis des World Cafés aussagekräftig ist und die realen Wünsche und Bedürfnisse der Teilnehmer widerspiegelt.

Der Ablauf unseres World Cafés war folgender. Sechs Tische waren mit weißen Papiertischdecken, Notizkarten und Stiften/Markern belegt. Nach einer Begrüßung und Erläuterungen zum Ablauf und zur Rolle der Tischgastgeber durch einen, in der Methode des World Cafés erfahrenen Gesamtmoderators, wurde in den aufeinanderfolgenden Gesprächsrunden von 25 Minuten an allen Tischen gleichzeitig das jeweilige Tischthema besprochen. Die Themen der Tische waren:

- **Welche Wünsche und Bedürfnisse haben Sie als Angehörige/r eines pflege- oder hilfsbedürftigen Menschen?**
- **Wie wollten Sie gepflegt werden, wenn Sie in der Zukunft pflege- und/oder hilfsbedürftig werden sollten?**
- **Wie stellen Sie sich die Versorgung Ihrer Angehörigen durch professionelle Dienste in der Zukunft vor? Was fehlt?**
- **Welche Aufgaben und Pflichten sollten Kommunen/Staat/Körperschaften bei der Organisation der Pflege und bei der Unterstützung pflegender Angehöriger übernehmen?**
- **Welche Aufgaben und Pflichten sollten die Krankenkassen/Pflegekassen bei der Organisation der Pflege und bei der Unterstützung pflegender Angehöriger in der Zukunft haben?**
- **Was können wir schon jetzt konkret tun?**

Die ModeratorInnen der einzelnen Tische achteten darauf, dass die Gesprächs- und Diskussionsbeiträge von den TeilnehmerInnen ausgewogen eingebracht werden konnten und nicht „Wortführer“ das Gespräch und damit das Ergebnis dominierten. Außerdem unterstützten die TischmoderatorInnen die Dynamik in Richtung kreative Entwicklung von Lösungsvorschlägen und Zukunftsszenarien statt destruktives Lamentieren über die aktuelle Situation ausufern zu lassen. Die ModeratorInnen achteten auch auf die themenzentrierte Gesprächsführung ohne den Austausch zu sehr zu lenken. Die Teilnehmer schrieben, zeichneten und kritzelten in jeder Runde das Wichtigste auf die Tischdecke bzw. auf die Notizkarten, die der jeweilige Tischmoderator sammelte. Zusätzlich schrieb der Moderator die wesentlichen Meinungsbeiträge mit. Zwischen den Runden mischten sich die Teilnehmer neu, in dem jeder vor Beginn der nächsten Runde an einen anderen Tisch ging. Nur die Gastgeber blieben am Tisch, begrüßten die Neuankömmlinge, fassten das bisherige Gespräch zusammen und brachten den Diskurs erneut in Gang. Am Ende der sechs Gesprächsrunden präsentierten die Tischgastgeber die wichtigsten Ergebnisse.

Nachfolgend werden wir die Ergebnisse der Tischthemen (siehe Tabelle 2-6) in einen Zusammenhang mit der aktuellen Situation stellen. Vorab jedoch möchten wir den Qualitätsbegriff näher erklären, da wir versucht haben, die Ergebnisse der Tischthemen diesbezüglich zu ordnen.

### **Der Qualitätsbegriff in der Pflege**

Da der Begriff „Qualität in der Pflege“ in aller Munde ist und keiner eigentlich genau weiß, bzw. sich vorstellen kann, was damit gemeint ist, möchten wir hier näher darauf eingehen. Gemäß dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (nachzulesen auf 5) bezeichnet der Qualitätsbegriff die Gesamtheit der Eigenschaften und Merkmale einer Dienstleistung, die sich auf deren Eignung zur Erfüllung festgelegter Ziele oder vorausgesetzter Erfordernisse bezieht, mit anderen Worten, ist die Übereinstimmung eines Ist-Zustandes mit einem Soll-Zustand angestrebt [diese Definition ist der DIN EN ISO entnommen (DIN 55350 – Teil 11, S.3, Nr. 5)]. Weiter ist auf der o.g. Webseite des Ministeriums nachzulesen: „...Der Begriff der Pflegequalität ist enger gefasst und bezeichnet das Maß der Übereinstimmung tatsächlicher Pflege mit festgelegten Kriterien anspruchsvoller Pflege. Erweiterte Definitionen beziehen noch Kriterien der Wirtschaftlichkeit und des Verbrauchernutzens ein. Pflegequalität ist danach gegeben, wenn Versorgungsleistungen dem aktuellen Wissensstand in Medizin- und Pflegewissenschaft entsprechen, wirtschaftlich erbracht werden und die Präferenzen der Verbraucher berücksichtigen.....“.

Avedis Donabedian hat Mitte der 60er Jahre als einer der ersten den Qualitätsbegriff in die Bereiche Medizin und Pflege eingeführt (siehe u.a. 6). Er unterteilte den Qualitätsbegriff in drei, abhängig voneinander stehende Qualitätsdimensionen:

- # Strukturqualität
- # Prozessqualität
- # Ergebnisqualität

Unter Strukturqualität (SQ) werden die Rahmenbedingungen verstanden, die für die medizinische und pflegerische Versorgung im Einzelfall gegeben sind. Die SQ umfasst u.a. die eingesetzten personellen und materiellen Ressourcen, wie z.B. die bauliche Einrichtung, die Infrastruktur sowie die Räumlichkeiten und Arbeitsmittel. Personelle Ressourcen beinhalten die Kenntnisse, Fähigkeiten, Kompetenzen, Qualifikationen sowie der Aus-

<sup>5</sup> <http://www.bmfsfj.de/doku/Publikationen/heimbericht/6/6-1-Grundlagen-der-qualitaetssicherung/6-1-1-zu-den-begriffen-qualitaet-und-qualitaetssicherung.html>

<sup>6</sup> Donabedian A. An introduction to quality assurance in health care, Oxford University Press: Oxford

Weiter- und Fortbildungsstand der beteiligten Personen. Aber auch organisatorischen und finanziellen Gegebenheiten, z.B. Arbeitskonzepte und rechtliche/vertragliche Bestimmungen, unter denen sich der pflegerische Versorgungsprozess vollzieht gehört dazu ebenso wie die Zugangs- und Nutzungsmöglichkeiten durch den nachfragenden Kunden.

Die Prozessqualität (PQ) bezieht sich auf die Art und Weise wie Leistungen erbracht werden und beschreibt somit die Gesamtheit aller Aktivitäten, die im Verlauf der tatsächlichen Erstellung des Produkts vollzogen werden. Unter ihr werden alle Tätigkeiten, die entweder direkt oder indirekt an dem unmittelbaren Versorgungsprozess beteiligt sind, zusammengefasst. Zur PQ gehört auch z.B. die Durchführung von Beratungen, den Ablauf der Versorgung, die Handhabung von Standards und Vorschriften, das Aufnahmeverfahren sowie die Betreuungsplanung und -umsetzung.

Unter der Ergebnisqualität (EQ) werden die Veränderungen des gegenwärtigen und zukünftigen Gesundheitszustandes des Pflegebedürftigen/des pflegenden Angehörigen bzw. des Patienten, die dem vorausgegangenen medizinischen, d.h. ärztlichen, pflegerischen und administrativen Handeln zuzuordnen sind, verstanden. Die EQ wird oft von den Patienten bewertet, Zufriedenheit und Lebensqualität sind dabei wichtige Qualitätsaspekte. Aber auch der Grad der Zielerreichung und Einhaltung von Zielvereinbarungen sind häufig Merkmale von vermeintlichem Erfolg. Weiter zur EQ gehört aber auch die Zunahme an wahrgenommenen Ressourcen, z.B. besserer Zusammenarbeit nach innen und außen.

Es ist wichtig festzustellen, dass alle drei Qualitätsdimensionen in einem engen Zusammenhang stehen und sich gegenseitig beeinflussen: Strukturen wirken auf Prozesse und diese bestimmen die Ergebnisqualität. Bei unzureichenden Strukturen und/oder mangelhaften Prozessen wird eine gute Ergebnisqualität häufig nur durch einen überdurchschnittlichen Einsatz der beteiligten Personen oft auf Kosten der eigenen gesundheitlichen und finanziellen Ressourcen geleistet. Dies ist eine Situation, der sich heutzutage viele pflegende Angehörige und auch in der Pflege beschäftigten Personen ohnmächtig ausgeliefert sehen.

Um die Ergebnisse des World Café klarer zu strukturieren und dem Leser einen schnellen Überblick zu ermöglichen, haben zwei der Autoren des Berichtes (MO und AHM) die Aussagen der Diskussionsrunden den drei Qualitätsdimensionen zugeordnet (siehe Tabellen 2-6). Wir haben bewusst die Zuordnung der Aussagen unverfälscht und unkommentiert gelassen, um so dem/r LeserIn einen möglichst authentischen Eindruck zu geben, was die TeilnehmerInnen des World Cafés bewegte. Die geäußerten Meinungen stellen die subjektive Ansicht der Teilnehmerinnen in einer Momentaufnahme dar und beziehen nicht in bestimmten Punkten schon bestehende Regelungen mit ein.

## TISCH 1

### **Welche Aufgaben und Pflichten sollten die Krankenkassen/Pflegekassen bei der Organisation der Pflege und bei der Unterstützung pflegender Angehöriger in der Zukunft haben?**

Wir haben aus den von den Teilnehmern benannten Themen folgende Bereiche identifiziert, die wir etwas näher beleuchten bzw. dazu Hintergrundinformationen geben möchten: Pflege- und Krankenkassen, Pflegestufen, Begutachtung und Bürokratie. Die gesetzliche Krankenversicherung wurde als erste Leistung 1883 aus dem Bereich der Sozialversicherungen von Bismarck als Teil des deutschen sozialversicherungsrechtlichen Solidarsystems eingeführt. Laut dem Spitzenverband der GKV (vgl. <sup>7</sup>) werden in Deutschland rund 70 Millionen Versicherte von einer gesetzlichen Krankenkasse versorgt. Die Anzahl der Krankenkassen hat sich im Laufe der Jahre ständig reduziert. Insbesondere durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz hat dieser Konzentrationsprozess durch Fusionen eine neue Dynamik bekommen. Derzeit gibt es 134 gesetzliche Krankenkassen (Stand: 01.01.2013).

Alle gesetzlich krankenversicherten Personen sind von Gesetzes wegen in der sozialen Pflegeversicherung versichert (§ 20 SGB XI). Entlastet wird dadurch vor allem die von den Gemeinden getragene Sozialhilfe, aber auch Einzelpersonen und deren Familien, die bis zur Einführung der Pflegeversicherung auch für die hohen Pflegekosten in Pflegeheimen „Selbstzahler“ waren und keine staatliche Unterstützung in Anspruch nehmen konnten. Träger der Pflegeversicherung sind die Pflegekassen, die bei den gesetzlichen Krankenkassen errichtet wurden, ihre Aufgaben jedoch in eigener Verantwortung als rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts in Selbstverwaltung wahrnehmen (vgl. <sup>8</sup>).

Folgende weitere Informationen sind bei Wikipedia zu finden: „.....Obwohl die Pflegekassen den Krankenkassen eng angegliedert sind, handelt es sich um eigenständige Behörden. Die Pflegekassen sind, wie die gesetzlichen Krankenkassen, rechtsfähige Körperschaften des öffentlichen Rechts. Auch die Pflegekassen sind nach dem Prinzip der Selbstverwaltung organisiert, wobei die Selbstverwaltungsorgane der jeweiligen Krankenkasse auch die Aufgaben der Organe der Pflegekassen übernehmen. Die Mitarbeiter der Pflegekassen sind Beschäftigte der Krankenkassen. Die Pflegekasse erstattet der Krankenkasse den Kostenaufwand, der für die Führung der Geschäfte entsteht; zwischen den beiden Trägern werden die Verwaltungskosten anteilmäßig ausgeglichen. Dies gilt ebenso für die Kosten für den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, der auch für die Pflegekassen tätig wird. So ist es eine der Kernaufgaben des MDK, Pflegegutachten zu erstellen und die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln zu begutachten.....“.

In einem Artikel von Spiegel Online (vgl. <sup>9</sup>) bietet, laut Transparency International, der Pflegesektor zahlreiche Angriffsflächen für Korruption und Betrug. Dies liegt u.a. auch daran, dass im Vergleich zum Gesundheitsbereich bei der Pflege noch mehr Akteure beteiligt sind: Kassen, Sozialämter, Rentenversicherung, Unfallversicherung. Spiegel online zitiert eine der Autorinnen des Berichtes, Barbara Stolterfoht: „Die Vielzahl der Akteure und der gesetzlichen Vorschriften macht es schwierig, Verantwortlichkeiten eindeutig zuzuordnen. Dadurch entstehen Einfallstore für Betrug und Korruption“ und es gebe "zu wenig Transparenz und Kontrollmöglichkeiten für die Betroffenen" sowie jede Menge Möglichkeiten, "die Abhängigkeit von Menschen mit Pflegebedarf wirtschaftlich

<sup>7</sup> [http://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenversicherung\\_grundprinzipien/alle\\_gesetzlichen\\_krankenkassen/alle\\_gesetzlichen\\_krankenkassen.jsp](http://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenversicherung_grundprinzipien/alle_gesetzlichen_krankenkassen/alle_gesetzlichen_krankenkassen.jsp)

<sup>8</sup> <http://de.wikipedia.org/wiki/Pflegekasse>

<sup>9</sup> <http://www.spiegel.de/wirtschaft/soziales/transparency-kritisiert-korruption-in-der-pflegebranche-a-916347.html>

auszubeuten". Die Autoren des Berichtes haben gängige Betrugsmaschen offengelegt, die sich aus den Milliardenausgaben für die soziale Pflegeversicherung speisten. So soll „es bei der Entscheidung über Pflegestufen vorgekommen sein, dass die zuständigen Mitarbeiter des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung ein ‚Kopfgeld‘ erhielten - wenn sie bei der Einstufung möglichst restriktiv vorgingen“. Damit würden die Ausgaben der Pflegeversicherung gesenkt, heißt es in der Studie weiter.

1995 wurde mit der Einführung der sozialen Pflegeversicherung eine einheitliche Definition des Begriffs "Pflegebedürftigkeit" vorgenommen: nach §14 SGB XI des Sozialgesetzbuches sind Personen als pflegebedürftig anzusehen, die bei der Verrichtung gewöhnlicher und wiederkehrender alltäglicher Dinge dauerhaft, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, aufgrund von körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheiten oder Behinderungen, auf Hilfe angewiesen sind.

In Deutschland werden alle pflegebedürftigen Menschen im Rahmen einer Begutachtung in ein System aus drei Pflegestufen eingestuft, das sich auf die Schwere der Beeinträchtigung und den täglichen Pflegeaufwand (Pflegebedürftigkeit) bezieht. Die Leistungserbringung (Geld- und/oder Sachleistung) durch die Pflegekasse läuft gestaffelt nach Pflegestufen (vgl. <sup>10</sup>). Das Hauptkriterium für die Einteilung in eine Pflegestufe ist die Zeit, die beansprucht wird, um die Grundpflege einer pflegebedürftigen Person zu sichern. In der Pflegestufe I beträgt das monatliche Pflegegeld 235 €, Mittel für Sachleistungen 450,00 €/Monat und bei vollstationärer Pflege 1023 €/Monat. In den Pflegestufen II und III sind die monatlichen Beträge entsprechend höher: Pflegegeld 440 bzw. 700 €, Mittel für Sachleistungen 1100/1550 €/Monat und bei vollstationärer Pflege 1279/1550 €/Monat. Personen, die an einer Demenz leiden erhalten etwas mehr Geld.

Sowohl das Begutachtungssystem sowie Pflegestufen und die Höhe des Pflegegeldes, insbesondere für Pflegeheimbewohner, sind permanente Diskussionsthemen in der Öffentlichkeit. In einem Artikel der SZ vom 22.9.2012 (vgl. <sup>11</sup>) wird auf mehrere Strukturfehler, unter der die Pflegeversicherung seit ihrer Einführung leidet und die bisher nur unzureichend adressiert wurden, hingewiesen: „.....Neben der bei der Einführung 1995 möglicherweise aus Kostengründen hingenommenen Benachteiligung der Demenzkranken ist dies vor allem die Tatsache, dass das System die Pflege in Heimen begünstigt. So waren anfangs die Zuschüsse für die Heimpflege deutlich höher als die Zuschüsse für die Pflege zu Hause. In mehreren Reformen wurden die Sätze nun mehr und mehr angeglichen. Ein weiteres Strukturproblem ergibt sich aus der Trennung zwischen Kranken- und Pflegekassen. Sie führt dazu, dass Krankenkassen viel zu wenig dafür tun, dass Menschen gar nicht erst zum Pflegefall werden. Eigentlich ist das ihr gesetzlicher Auftrag. Tatsächlich haben sie aber wenig Anreiz, teure Präventionsprogramme aufzulegen, deren Nutzen (weniger Kosten für Pflegefälle) aber nicht ihnen, sondern den Pflegekassen zugute kommt ...“.

Das mangelhafte Engagement der Krankenkassen führt auch dazu, dass es zu einem Rückgang der geriatrischen Rehabilitationskliniken in Deutschland kommt. Laut einem aktuellen Bericht der SZ vom 26.7.13 (vgl. <sup>12</sup>) mussten in der Gegend um Stuttgart drei von fünf geriatrischen Rehabilitationskliniken geschlossen werden. Auch in anderen Bundesländern schließen geriatrische Rehazentren oder bauen, trotz guter Auslastung, ihre Betten ab. Dies liegt daran, weil die Häuser wegen der bestehenden unzureichenden Vergütungsstruktur seitens der Krankenkassen defizitär behandelt werden. Die SZ schreibt: „...Das Problem der Rehazentren ist überall das Gleiche. Sie bekommen seit Jahren immer kränkere und damit in der Versorgung teurere Patienten, auch weil die Akutkrankenhäuser die

<sup>10</sup> <http://www.pflegeversicherung.net/pflegestufen>

<sup>11</sup> <http://www.sueddeutsche.de/gesundheit/reform-beschlossen-was-sich-bei-der-pflegeversicherung-aendert-1.1475209>

<sup>12</sup> <http://www.sueddeutsche.de/gesundheit/sterben-der-rehakliniken-vom-krankenhaus-direkt-ins-pflegeheim-1.1731228-2>



Patienten immer schneller entlassen. Gleichzeitig gelingt es ihnen aber nicht, bei den Kassen eine höhere Vergütung durchzusetzen. Denn die Kassen sind im Reha-Geschäft in einer einmalig mächtigen Verhandlungsposition. Sie allein dürfen `Art, Dauer, Beginn und Durchführung der Leistung ... sowie die Rehabilitationseinrichtung` bestimmen, heißt es dazu in § 40 des Sozialgesetzbuchs V.“ Darüber hinaus werden Anträge auf Reha für ältere Menschen immer häufiger von den Krankenkassen abgelehnt. Das Mantra „Reha vor Pflege“ der Gesundheitspolitik ist somit nicht mehr als ein Lippenbekenntnis. Und die Krankenkassen entledigen sich dem finanziellen Problem indem sie es an die Pflegekassen weitergeben, denn laut SZ kamen 2011 60% aller neuen Pflegeheimbewohner direkt aus dem Krankenhaus – drei Mal so viele wie noch 2003.

Das Pflegeheim wiederum kann sich immer weniger der Betroffenen mit eigenen Mitteln leisten. In einem kürzlich in der Süddeutschen Zeitung erschienen Artikel werden die Pflegekosten näher beleuchtet (SZ Artikel „Teure Pflege“ vom 17.8.2013): „...Ein Heimplatz kostet in Deutschland für einen Bewohner der Pflegestufe III am Jahresende im Schnitt 3302 €. Von den Kosten fallen 2278 für Pflege an. 629 € verlangen Heime im Schnitt für Unterkunft und Verpflegung und weitere 395 € müssen pauschal als Beitrag für die Investitionskosten eines Heimes bezahlt werden. Die Pflegeversicherung erstattet bei einem Heimbewohner der Pflegestufe III 2010 insgesamt 1510 €....“. Der Differenzbetrag (hier 1792 €) muss vom Heimbewohner aufgebracht werden. In Anbetracht dessen, dass 72% der Rentner in Deutschland nur eine Rente von bis zu 1000 € bzw. ein Drittel weniger als 500 € Rente pro Monat zur Verfügung hat, erscheint es nicht verwunderlich, dass immer mehr Sozialhilfe beantragen müssen, wenn sie ein Pflegefall werden und eine Unterbringung im Pflegeheim notwendig wird. Laut SZ war 2011 ein Drittel aller Heimbewohner darauf angewiesen – eine Situation, die nicht nur unwürdig ist, sondern auch die Kommunen belastet. Der Bremer Gesundheitsökonom Heinz Rothgang sagt in diesem Bericht: „...Die Heimbewohner müssen seit Jahren immer mehr alleine zahlen.....Die Pflegeversicherung hat noch nie die Kosten für Essen und Miete gedeckt, aber die Pflegekosten sollten damit finanziert werden. Das war das ursprüngliche Versprechen und das tut sie nicht...“.

Ein weiteres wichtiges Diskussionsthema in den letzten Jahren ist die überbordende Bürokratie in der Pflege. Es besteht für Pflegeeinrichtungen und -dienste in Deutschland eine gesetzliche Verpflichtung ein internes Qualitätsmanagement zu betreiben, ihre Pflegeleistungen zu dokumentieren und sich an sicherheits- und qualitätsrelevante Vorschriften bzw. Auflagen von Behörden zu halten (vgl. <sup>13</sup>). Daneben spielt die Dokumentation oft eine wichtige Rolle bei Antragsverfahren zu Sozialleistungen der (potenziellen) Bewohner/-innen bzw. Klientinnen und Klienten. Das Gesetzes- und Regelungsgeflecht ist dabei äußerst komplex und schwer zu überschauen. Ein unverhältnismäßig steigender – teils übermäßiger – Bürokratieaufwand wird aus der Pflegepraxis berichtet. Dies wird auch von der Bundesregierung bestätigt (vgl. <sup>14</sup>). Eine von der Bundesregierung in Auftrag gegebene Studie „Zur Ermittlung des Erfüllungsaufwands in der Pflege“ ergab (vgl. <sup>15</sup>), dass allein für die Pflegedokumentation jährlich Kosten von rund 2,7 Milliarden Euro entstehen. Das entspricht 12,2 Prozent der Gesamtausgaben der Pflegekassen. Mehr als zwei Drittel dieser Kosten entfallen dabei auf das Ausfüllen von Leistungsnachweisen. Die Feststellungen von Pflegestufen verursachen dem vorläufigen Bericht zufolge 110 Millionen Euro. Die Kosten für die Antragsverfahren im Bereich der häuslichen Krankenpflege betragen 54 Millionen Euro.

<sup>13</sup> <http://www.zqp.de/index.php?pn=care&id=135>

<sup>14</sup> <http://www.bundesregierung.de/Content/DE/Pressemitteilungen/BPA/2013/03/2013-03-20-buerokratieabbau-pflege.html>

<sup>15</sup> [http://www.bundesregierung.de/Content/DE/\\_Anlagen/Buerokratieabbau/2013-03-20-erfuellungsaufwand-pflege.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.bundesregierung.de/Content/DE/_Anlagen/Buerokratieabbau/2013-03-20-erfuellungsaufwand-pflege.pdf?__blob=publicationFile)

### **Themen des Tisches**

Das Thema dieses Tisches war es, wie aus der Sicht von Pflegebedürftigen, Angehörigen und professionell Pflegenden die Pflegeorganisation durch Kranken- und Pflegekassen gestalten werden sollte, damit in Zukunft eine an den tatsächlichen Bedürfnissen der Beteiligten ausgerichtete Pflege gewährleistet werden kann.

Die Vielzahl und Unübersichtlichkeit von Kranken- und Pflegekassen wurde ebenso moniert wie der „Verschiebebahnhof Krankenkassen-Pflegekassen“. Die als zu groß empfundene Machtposition der Kassen im Staat wurde in Frage gestellt, sowie die Tatsache, dass Krankenkassen gleichzeitig die pflegerische Versorgung organisieren.

Die Intransparenz der Verwendung finanzieller Mittel war den TeilnehmerInnen ein Dorn im Auge und gibt Grund zu Misstrauen einem als autoritär empfundenen Handeln der Kassen.

Der Beitrag am Tisch 1: „Die Kluft zwischen Krankenkassen und den Akteuren der Altenhilfe überwinden“ drückt aus, was vielen TeilnehmerInnen ein zentrales Anliegen war: Pflegebedürftige als Auftraggeber sehen und nicht als Kunden und Ursache finanzieller Belastung.

Was das Beratungsangebot der Kassen betrifft, so fühlten sich Angehörige in der Mehrzahl von den bestehenden Beratungsstrukturen nicht entsprechend ihrer Funktion als Auftraggeber und Pflegenden wahrgenommen, sondern häufig als lästige und laienhafte Bittsteller abgefertigt. Sie wünschten sich beispielsweise „Respekt vor den Anliegen der Versicherten“, „höfliches Verhalten“ neben „unterstützend und begleitend, beratend tätig – wohlwollend! gegenüber Pflegenden“ und „respektvoller Umgang – ein miteinander statt gegeneinander!“

Eine bessere zeitliche Erreichbarkeit der Beratungsangebote auch für Berufstätige sollte über eine 24 Stunden Hotline/Nottelefon das ganze Jahr über angeboten werden. Dazu sollten auch Sozialpädagogen von den Kassen eingesetzt werden. „Zuhören, Geduld, Verständnis und Einfühlungsvermögen“ muss den Ratsuchenden entgegengebracht und „Informationen verständlich vermittelt“ werden. Es wird eine schnelle, unbürokratische Hilfe mit kurzen Antragswegen und eine korrekte, sorgfältige, nachvollziehbare Bescheiderteilung erwartet. RehaMaßnahmen sollten einfach beantragungsfähig gemacht werden.

Eine der Pflegeleistung von Angehörigen anteilig angemessene Vergütung, wird künftig ebenso erwartet wie flexible individuelle und situationsadäquate Pflegedienstleistungen. Berufstätige Frauen und Männer müssen auf ein verlässliches Dienstleistungsnetzwerk zurückgreifen können.

Die Neufassung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes muss nach Meinung der TischteilnehmerInnen an der Lebensrealität der Pflegebetroffenen ausgerichtet sein und unter Einbeziehung der Meinung von Pflegebedürftigen, Angehörigen und professionell Pflegenden erarbeitet werden.

Eine Kernforderung war, den Pflege-Qualitätsbegriff zu überdenken. Was wird darunter in erster Linie verstanden? Standardisierte Erbringung von technischen Pflegeleistungen oder das seelische Wohlbefinden gleichwertig mit einbeziehende ganzheitliche Kriterien? Spannend und weitgespannt war die Diskussion über die Pflegestufeneinordnung:

Das Meinungsspektrum ging von „Weg mit Pflegestufen!“ bis zu „Beteiligung pflegender Angehöriger, Pflegekräfte etc. an der Festlegung der Kriterien für Pflegestufen“ sowie „Prüfung der Pflegestufe mit Angehörigen und Bekannten des Betroffenen!“

Eine Pflegestufenüberprüfung sollte zeitnah und transparent mit den Pflegenden gemeinsam geschehen. Auch für individuelle Präventionsmaßnahmen zu sorgen, wurde als Aufgabe der Krankenkassen angesehen.

Darüber hinaus sollte die „Selbstreflektion der in der Pflege Handelnden“ zur Kultur werden und „flache Hierarchien“ eine Selbstverständlichkeit. Auch darüber, was Pflege uns finanziell wert ist sollte diskutiert werden. Die Vorschläge gingen sogar soweit, über eine Entprofessionalisierung der Pflege, einhergehend mit einer verstärkten Qualifizierung für pflegende Laien, nachzudenken.

In der nachfolgenden Tabelle sind die Ergebnisse der Diskussionsrunden des ersten Tisches gegliedert und in die Qualitätsdimensionen aufgelistet. Nicht zuordnen konnten wir folgende Punkte:

- Das System muss in Frage gestellt werden.
- Weniger Macht im politischen Bereich. Strukturqualität (Machtstruktur)
- Sollten die Krankenkassen künftig überhaupt die Aufgabe haben, die Pflege zu organisieren?
- Strukturqualität

**Tabelle 2: Welche Aufgaben und Pflichten sollten die Krankenkassen/Pflegekassen bei der Organisation der Pflege und bei der Unterstützung pflegender Angehöriger in der Zukunft haben?**

<b>Strukturqualität</b>	<b>Prozessqualität</b>	<b>Gewünschte Ergebnisqualität</b>
<p>#keine langen Antragswege (Standort, Erreichbarkeit, Barrierefreiheit) und verständliche Formulare.            #Flache Hierarchien! (Organisationsstruktur).            #Hotline für Angehörige, Notteléfono rund um die Uhr das ganze Jahr. Beratung der Angehörigen im Krankenhaus und zu Hause.            #Gleiche Bezahlung der Angehörigen- und ambulanten Pflege. Anerkennung von ausgebildeten Seniorenbegleitern, die ergänzend in der Pflege bezahlt werden sollen.            #Entlastung für pflegende Angehörige. Extra Hilfe für Frauen im Beruf, um die Pflege zu erleichtern. Steuerliche Erleichterung für die Pflegenden.            #Lotsen durch das Kassengewirr, transparente Standards zur Abrechnung, Ehrlichkeit und Nachweise, wofür das Geld verwendet wurde.            #Unabhängige Gutachter und Gutachterwahl. Weniger Verwaltung, mehr Einsatz am Menschen.            #Weg mit den Pflegestufen!/Unabhängige Pflegestufeneinteilung/Neuregelung der Pflegestufen, nicht nach bürokratischen Kriterien, sondern ganzheitlich.            #Recht auf Kontrolle bei der ambulanten Pflege und Beschwerde bei den Kassen.            #Echter Servicewettbewerb zwischen den Kassen. Reduktion der Krankenkassenanzahl. Keine Privatkassen mehr.            #Rechtliche Handhabe gegen Krankenkassenbescheide.            #Pflegeversicherung: anteilig mehr Geld für ambulante und für die stationäre Pflege.</p>	<p>#„Was können wir für Sie tun?“ als oberste Priorität. Pflege- und Krankenkassen sollten situationsbedingt und individuell Hand in Hand arbeiten, um Leben zu erhalten.            #Pflegestufenprüfung des MDK muss mit den Pflegenden geschehen.            #Überprüfung der Heime durch Befragung der Angehörigen/Mitsprache in Heimen.            #MDK sollte für die Umsetzung einer Pflege Charta sorgen.            #Zusammenarbeit von Ärzten und Krankenkassen.            #Freundliche, persönliche, kompetente Beratung, auch dann, wenn Berufstätige Zeit haben.            #Schnelle Hilfe (Flexibilität)            #Angehörige als Partner und nicht als Bittsteller sehen und bei der Pflege unterstützen.</p>	<p>#Korrekte Bescheide. Rehamaßnahmen sind einfach zugänglich.</p>

## TISCH 2

### **Welche Aufgaben und Pflichten sollten Kommunen/Staat/Körperschaften bei der Organisation der Pflege und bei der Unterstützung pflegender Angehöriger übernehmen?**

An diesem Tisch wurde das o.g. Thema diskutiert. Das Ergebnis der Diskussion ist in Tabelle 1 dargestellt. Auf drei größere Themenbereiche, die sich ergeben haben, möchten wir etwas näher eingehen.

#### **Wohnraum im Alter**

2/3 der älteren Menschen wünscht sich selbstbestimmt in der eigenen Wohnung oder wenigstens im vertrauten Quartier bleiben zu können (vgl. <sup>16</sup>). Der Umzug ins Heim soll möglichst lange hinausgezögert bzw. sogar ganz vermieden werden. Interessanterweise verzichten die Niederlande und Dänemark seit Jahren sogar völlig auf den Neubau von klassischen Seniorenheimen und setzen stattdessen auf ein langes Leben in integrativen Gemeinschaften. Nach einer Untersuchung des Bundesverbandes Freier Immobilien- und Wohnungsunternehmen ist jedoch nur ein Prozent des deutschen Wohnungsbestandes barrierefrei bzw. altersgerecht. Das sind rund 350.000 Wohnungen und bis 2020 werden ca. 800.000 weitere altersgerechte Wohnungen benötigt werden. Der Präsident des Bundesverbands Deutscher Baustoff-Fachhandel e.V. Stefan Thurn fasst den Handlungsbedarf folgendermaßen zusammen (vgl. <sup>17</sup>): „Die Analysen der demografischen Entwicklungen sind klar. Jede 4. Person wird im Jahr 2025 über 70 Jahre alt sein. Wir kennen auch die Vorstellungen, die ältere Menschen zum Wohnen im Alter haben. Wir kennen den Bestand und wissen, dass wir zu wenige altengerechte Wohnungen haben. Auch wenn die Medizin weiter rasante Entwicklungen macht, stellt sich die Frage, wie wir zu mehr barrierefreien oder –armen Wohnraum kommen. Deshalb müssen wir schon heute alles daran setzen, mit jeder neu gebauten Wohnung qualitativ auf die Anforderung in 15 Jahren zu reagieren. In den Förderbedingungen und bei den Investitionsanreizen. Nur dann wird es uns gelingen, rechtzeitig die Qualität dem Markt zur Verfügung zu stellen, die älteren Menschen möglichst lange ein selbstbestimmtes Wohnen in den eigenen vier Wänden ermöglicht. Und damit erheblich zur Entlastung der Sozial- und Pflegesysteme beiträgt“.

Von der Stadt Düsseldorf (vgl. <sup>18</sup>) wird der Bedarf in Hinblick auf altersgerechtes Wohnen in vier übergeordneten Handlungsfelder gesehen: (1) seniorengerechte Wohnungen, (2) neue Wohnformen, (3) seniorengerechtes Wohnumfeld und (4) Dienstleistungs-, Betreuungs- und Beratungsangebote. Neben dem Wohnen im eigenen Heim entwickeln sich neue Wohnformen wie z.B. Wohnen für Hilfe oder Wohnen in Gemeinschaft. Diese Wohnformen sind jedoch noch nicht nennenswert verbreitet. In Düsseldorf z.B. gibt es bisher nur jeweils eine Einrichtung für eine Demenzgruppe und eine Einrichtung für Mehrgenerationenwohnen. Auch im Bereich seniorengerechtes Wohnumfeld ist der Handlungsbedarf enorm, nur wenige Wohnquartiere erfüllen heute die Anforderungen nur teilweise oder gar nicht wie z.B. ein seniorengerechter Nahverkehr, eine Möglichkeit der Nahversorgung des täglichen Bedarfes, der Barrierefreiheit und Sicherheit sowie der seniorengerechten Freizeit und Erholungsmöglichkeit (vgl. <sup>19</sup>).

<sup>16</sup> [http://www.bfw-bund.de/index.php?id=56&tx\\_ttnews\[tt\\_news\]=2019&tx\\_ttnews\[backPid\]=2&cHash=1bf3507946](http://www.bfw-bund.de/index.php?id=56&tx_ttnews[tt_news]=2019&tx_ttnews[backPid]=2&cHash=1bf3507946)

<sup>17</sup> [http://www.sozialticker.com/tns-emnid-umfrage-wie-wollen-wir-im-alter-wohnen\\_20110120.html](http://www.sozialticker.com/tns-emnid-umfrage-wie-wollen-wir-im-alter-wohnen_20110120.html)

<sup>18</sup> <http://www.duesseldorf.de/wohnen/pdf/handlungskonzept.pdf>

<sup>19</sup> <http://www.duesseldorf.de/wohnen/pdf/handlungskonzept.pdf>

### **Thema Erhebung des Bedarfes/Pflegekammer/Professionalisierung**

Eine kürzlich im Handelsblatt zitierte Studie des Wirtschaftsforschungsinstituts RWI und der Unternehmensberatung Accenture (vgl. <sup>20</sup>), zeigt, dass es dem deutschen Pflegesystem an Personal, an Pflegeplätzen und an Kapital fehlt. Die Politik manövriere sich "sehenden Auges in den Notstand", schreibt die Zeitung. Bis 2020 werden in Deutschland 84.000 Fach- und Hilfskräfte fehlen, um die immer größer werdende Zahl pflegebedürftiger Menschen zu betreuen, heißt es weiter. Bis 2030 sollen es sogar 200.000 Beschäftigte sein. In seinem Gutachten fordert der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (vgl. <sup>21</sup>), dass in die Praxis, Ausbildung und Forschung der Pflege deutlich mehr investiert werden muss, um die Versorgungsqualität zu optimieren. In diesem Zusammenhang wird immer wieder die Akademisierung und Professionalisierung der Pflegeberufe diskutiert. Professionalisierung bezeichnet im engeren Sinne die Entwicklung eines Berufs zu einer Profession. Eine solche Professionalisierung geht oft mit einer Steigerung der Effizienz einher. Im Rahmen der Professionalisierung werden häufig Qualitätsverbesserungen und Standardisierungen erreicht. Laut Prof. Dr. Stefan Görres von der Universität Bremen (vgl. <sup>22</sup>) zeigen „Studien, dass die wissenschaftliche Qualifikation von Pflegenden und deren Handeln auf evidenzbasierter Grundlage einen bedeutsamen Einfluss auf die Versorgungsqualität in Krankenhäusern und weiteren Einrichtungen des Gesundheits- und Pflegewesens und damit einen konkreten Nutzen für die Patienten haben“. Eine Untersuchung aus den USA z.B. hat gezeigt, dass 10% mehr PflegeexpertInnen mit Bachelor-Abschlüssen das Risiko innerhalb von 30 Tagen im Hospital zu versterben, um rund 5% senken (vgl. <sup>23</sup>). Eine Professionalisierung der Pflege kann zu weiteren Veränderungen bzw. Impulsen führen, u.a. zu einem attraktiveren Berufsbild, einer leistungsorientierten Bezahlung, einer verbesserten und einheitlichen Berufsausbildung, zu regelmäßigen Pflichtfortbildungen, zu einer eigenen Interessenvertretung, einer Qualitätssicherung in der Pflege sowie zu einem Arbeiten mit entsprechend dem aktuellen Stand des Wissens und nach berufsethischen Grundsätzen. Häufig werden zwei stereotype Argumente gegen eine Akademisierung bzw. Professionalisierung der Pflegeausbildung gebracht, die der deutsche Berufsverband für Pflegeberufe folgendermaßen versucht zu entkräften (vgl. <sup>24</sup>):

(1) „Wer soll dann noch pflegen“

Das ist das häufigste Argument der Gegner einer Akademisierung. Die Grundannahme ist hier, dass jemand mit einem abgeschlossenen Pflegestudium nicht mit Klienten arbeiten will. Das belegt eine völlige Vernachlässigung des Aspektes der Versorgungsqualität. Auch Sozialarbeiter, deren Ausbildung vor Jahrzehnten akademisiert wurde, arbeiten weiterhin mit Klienten.

(2) „Pflegende brauchen vor allem soziale Kompetenz“ oder „Pflegen kann jeder“

Verkannt wird hierbei, dass jede berufliche Qualifizierung – unabhängig vom Niveau – immer einen Mix unterschiedlicher Kompetenzen voraussetzt.

In Anbetracht des hohen Bedarfes an Pflegekräften scheint es dringlich notwendig, dass die Politik konkrete Handlungsschritte unternimmt um dem prognostizierten Notstand entgegenzutreten.

<sup>20</sup> <http://www.spiegel.de/wirtschaft/soziales/rwi-kritisiert-eklatanten-fachkraeftemangel-in-der-pflege-a-908900.html>

<sup>21</sup> <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=15>

<sup>22</sup> [http://www.ipp.uni-bremen.de/downloads/ippinfo/IPP\\_info\\_no7\\_online\\_rz.pdf](http://www.ipp.uni-bremen.de/downloads/ippinfo/IPP_info_no7_online_rz.pdf)

<sup>23</sup> Aiken LH, Clarke SP, Cheung RB, Sloane DM, Silber JH. Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. JAMA. 2003 Sep 24;290(12):1617-23

<sup>24</sup> [http://www.dbfk.de/download/download/bildung\\_verstehen\\_web2012-06-08.pdf](http://www.dbfk.de/download/download/bildung_verstehen_web2012-06-08.pdf)

### **Thema Dialog mit der Basis/Wahrnehmung und Anerkennung pflegender Angehöriger/Ehrenamtliche**

Es gibt wenige strukturierte Erhebungen zu den Bedürfnissen von ehrenamtlichen Helfern und fast keine von pflegenden Angehörigen. 2011 führte die kommunale Seniorenvertretung Münster eine Befragung aller Einrichtungen der Altenhilfe in Münster durch (vgl. <sup>25</sup>). In insgesamt 32 Einrichtungen der Alten- und/oder Pflegeeinrichtungen arbeiten 980 ehrenamtliche Helfer. 82% der Ehrenamtlichen sind weiblich und über 85% sind ältere Personen über 60 Jahre. Fast die Hälfte der ehrenamtlichen MitarbeiterInnen sind bis zu 5 Stunden in der Woche und etwa ein Drittel zwischen 11 - 20 Stunden tätig. In einer offenen Frage in dieser Untersuchung, welche Unterstützungsleistungen wünschenswert wären, gaben die Befragten folgende Punkte an:

- Vergünstigungen für Ehrenamtliche (z.B. Busfahrten, Zoo, Kulturangebote)
- Wertschätzung
- Werbung für das Ehrenamt
- Hilfestellung, z.B. Austausch von Ehrenamtlichen untereinander oder Fortbildungen

In Anbetracht der großen Bedeutung der Ehrenamtlichen für die Versorgung alter Menschen (hochgerechnet auf ein Jahr werden laut dieser Studie in Münster rund 300.000 Stunden allein von der Gruppe der über 60-Jährigen in stationären Einrichtungen der Altenhilfe-/Pflege erbracht), sollte aus unserer Sicht seitens der Politik und der Kommunen mehr Aufmerksamkeit dieser Personengruppe gewidmet werden, um deren Bedürfnisse besser verstehen und erfüllen zu können.

Auch in der Bevölkerung wird das Ehrenamt als ein wichtiges Arbeitsfeld gesehen. Die Bedeutung der ehrenamtlichen Arbeit in der Pflege wurde durch eine repräsentative Bevölkerungsumfrage, die von Forsa zum Thema `Potenzialen des Engagements in der Pflege aus Sicht der Bevölkerung und Entscheidungsträgern in der kommunalen Pflege- und Sozialplanung` 2011 durchgeführt wurde, unterstrichen (vgl. <sup>26</sup>). Eine klare Mehrheit (95% halten die Förderung des Engagements für eine zentrale Aufgabe in der Gesellschaft) ist sich bewusst, dass die zukünftige pflegerische Versorgung anders organisiert werden muss, um angemessen für hilfe- und pflegebedürftige Menschen zu sorgen. Etwas über 70% der Befragten hielten eine Ausweitung des ehrenamtlichen Engagements in der Pflege für wünschenswert, 28% jedoch finden ein Engagement in der Pflege attraktiv. Aus Sicht der meisten Befragten (82%) tut die Politik nicht genug, um das Ehrenamt in der Pflege zu fördern. Es fehlen die Rahmenbedingungen, zu denen aus Sicht die Hälfte der Befragten feste Ansprechpartner in Organisationen oder niedrigschwelligen Anlauf- und Vermittlungsstellen, eine Anerkennungs- und Wertschätzungskultur, finanzielle Aufwandsentschädigungen, Qualifizierungsangebote und Vernetzungsangebote mit anderen Freiwilligen gehören. Diese Ergebnisse unterstreichen, dass eine Ausweitung des ehrenamtlichen Engagements nicht kostenlos zu haben ist, und dass Engagement auch keine Einbahnstraße ist. Ein weiteres wichtiges Ergebnis dieser Untersuchung war, dass die Befragten mehrheitlich nicht glauben, dass Ehrenamtliche beispielsweise in der körperorientierten (Fach-)Pflege zum Einsatz kommen sollten. Dies unterstreicht vielmehr den spezifischen und eigenständigen Charakter der ehrenamtlichen Hilfe. Ehrenamtliche können in der Regel keine pflegenden Angehörigen und insbesondere nicht Pflegefachkräfte ersetzen.

<sup>25</sup> <http://www.seniorenvertretung-muenster.de/images/projekte/Ehrenamtliche.pdf>

<sup>26</sup> <http://zqp.de/upload/content.000/id00318/attachment01.pdf>

**Themen des Tisches**

In der nachfolgenden Tabelle sind die Ergebnisse der Diskussionsrunden des zweiten Tisches gegliedert in die Qualitätsdimensionen aufgelistet. Nicht zuordnen konnten wir folgenden Punkt:

- Angebote an der Zielgruppe orientiert. Prozessqualität: „Angebote *werden* an der Zielgruppe orientiert - Kundenorientierung“, wobei in dieser Formulierung auch unter Struktur- und Ergebnisqualität einzuordnen.



**Tabelle 3: Welche Aufgaben und Pflichten sollten Kommunen/Staat/Körperschaften bei der Organisation der Pflege und bei der Unterstützung pflegender Angehöriger übernehmen?**

<b>Strukturqualität</b>	<b>Prozessqualität</b>	<b>Gewünschte Ergebnisqualität</b>
<p>#Installation der Pflegekammer.            #Runder Tisch von Experten aus allen Schichten.            #Multiplikator und Plattform für Infos. Beratung und Aufklärung, auf Wunsch auch zu Hause. Zentrale Anlaufstelle für Beratung auf kommunaler Ebene. Mehr Bodenhaftung zur Basis. #Regelung von Zuständigkeiten. Gesetzliche Verankerung von aufsuchender Beratung/Aufklärung.            #Verbesserung der Rahmenbedingungen für die Pflege. Einfacher Zugang zu ambulanten Pflegeangeboten.            #Neue Definition der Pflegebedürftigkeit.            #Unabhängige, freie Pflegegutachten.            #Mindestlohn im Pflegebereich.            „Elternzeitmodell“ für die Pflege. Solides und realistisches Familienpflegezeitgesetz.            #„Schrumpfung“ der vielen gesetzlichen Kassen. Mehr Geld für das Gesundheitswesen.            #Forderung: Bedarfsorientierte Finanzierung.            „Ein Mensch ist mehr Wert als Geld.“            #Bezahlbarer Wohnraum im Alter als Aufgabe von Kommunen.            #Präventive Pflegeberatung            Steuerliche Anreize oder andere Maßnahmen zur finanzielle Unterstützung der Pflegenden.</p>	<p>#Konkrete Erhebung des Pflegebedarfs in einer Region.            #Sozialberatung durch Experten.            #Professionalisierung der Pflege unterstützen, mehr Geld dafür bereitstellen.            #Thema „Pflege“ nicht nur im Wahlkampf!            #Betreuung statt Kontrolle!            #Beachtung von Interkulturalitäten in der Pflege. Vernetzung mit Betroffenen. Anhörung der pflegenden Angehörigen bei Änderungen/Neuerungen. Zusammenarbeit von Politik – #Pflege – Angehörige. Zwang zur Transparenz über Qualität und Kosten.            #Innovationen, alternative Ideen zulassen.</p>	<p>#Anerkennung für Pflegenden/des Ehrenamtes als Unterstützung der Pflege.            #Echter Dialog zwischen den Akteuren.            #Dem Bürger gerechte und nahe Infos in klarer Sprache.</p>

### TISCH 3

#### **Wie stellen Sie sich die Versorgung Ihrer Angehörigen durch professionelle Dienste in der Zukunft vor? Was fehlt?**

Dieses Thema betrifft weitestgehend die ambulante und stationäre Pflege unserer pflegebedürftigen Angehörigen durch Pflegedienste und durch Pflegeheime sowie deren Personal. Um die Ergebnisse des World Café dieses Tisches in einen Rahmen zu stellen möchten wir im Folgenden einen Überblick über diese Bereiche und deren Bedeutung geben.

Laut der Pflegestatistik des Statistisches Bundesamt in Wiesbaden (vgl. <sup>27</sup>) waren Ende 2011 2,5 Millionen Menschen in Deutschland pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI), die Mehrheit (65 %) waren Frauen. Mehr als zwei Drittel (70 % bzw. 1,76 Millionen) der Pflegebedürftigen wurden zu Hause versorgt. Davon erhielten 1.182.000 Pflegebedürftige ausschließlich Pflegegeld, das bedeutet, sie wurden in der Regel zu Hause allein durch Angehörige gepflegt. Weitere 576.000 Pflegebedürftige lebten ebenfalls in Privathaushalten. Bei ihnen erfolgte die Pflege jedoch zusammen mit oder vollständig durch ambulante Pflegedienste.

30% (=743.000 Personen) wurden in Pflegeheimen vollstationär betreut. Bundesweit gab es im Dezember 2011 rund 12400 nach SGB XI zugelassene voll- bzw. teilstationäre Pflegeheime. Die Mehrzahl der Heime (54 % bzw. 6700) befand sich in freigemeinnütziger Trägerschaft; der Anteil der Privaten betrug 40 %. Öffentliche Träger haben, wie im ambulanten Bereich, den geringsten Anteil (5%). Bei jedem fünften Heim (19 %) war neben dem Pflegebereich auch ein Altenheim oder betreutes Wohnen organisatorisch angeschlossen. Im Altenheim werden hauptsächlich ältere Menschen betreut, die keine Leistungen aus der Pflegeversicherung erhalten, d.h. diese Personen kommen selbst oder durch Unterstützung (SGB X) für die entstehenden Kosten auf. In den Heimen waren Ende 2011 insgesamt 661000 Personen beschäftigt, 61% davon waren Teilzeitkräfte. Die Mehrzahl (85%) der beschäftigten Personen war weiblich. In den Heimen waren Altenpfleger/-in oder Gesundheits- und Krankenpfleger/-in die wichtigsten Ausbildungsabschlüsse. Zusammen hatte von den im Bereich Pflege und Betreuung Tätigen fast jeder Zweite (45%) entweder einen Abschluss als Altenpfleger/-in (33%), Gesundheits- und Krankenpfleger/-in (12 %) oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in (1%).

In Deutschland gab es Ende 2011 12.300 ambulante Dienste, 63% davon sind in privater Trägerschaft. Öffentliche Träger haben lediglich einen Anteil von 1%. In den ambulanten Pflegediensten arbeiten fast 300.000 Personen, davon sind 88% Frauen, die Mehrheit in Teilzeitbeschäftigung (70%). Der Haupteinsatzbereich des Personals ist die Grundpflege, etwa 70% der Beschäftigten hatte dort ihren Haupteinsatzbereich.

In Anbetracht der genannten Zahlen kann man sagen, dass in Deutschland die Pflege unserer Angehörigen (70% werden zu Hause gepflegt) überwiegend von Frauen unentgeltlich bzw. in Teilzeitbeschäftigung geleistet wird. Über die Hälfte des in den Heimen beschäftigten Personals hat keine entsprechende fachliche Ausbildung. Das Engagement des Staates bei der Versorgung unserer pflegebedürftigen Angehörigen ist bis auf die Bereitstellung von Pflegegeld (das man erst nach Antragsstellung und nach positiver Einschätzung durch eine Begutachtung erhält) als gering bis nicht existent anzusehen (nur 5% der Heime und 1% der ambulanten Pflegedienste sind in öffentlicher Hand!). Das ist der momentane Zustand des Pflegesystems in Deutschland.

<sup>27</sup> [www.destatis.de](http://www.destatis.de);

[https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001119004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001119004.pdf?__blob=publicationFile)

Diese Bild findet auch eine Bestätigung in einer von TMS-Emnid im Auftrag der Marseille-Kliniken AG durchgeführten Studie zur „Pflegesituation in Deutschland“ (vgl. <sup>28</sup>). Dazu sind die Betroffenen und Angehörigen von Pflegefällen sowie die Generation 50+ bundesweit befragt worden: „...Insgesamt ist die Generation 50+ mit der deutschen Altenpflege deutlich unzufrieden: 55 Prozent kritisieren die aktuelle Situation. Am kritischsten sehen die Befragten insbesondere die Qualität und Professionalität von Pflege. Dabei sind qualifiziertes Pflegepersonal, eine ganzheitliche Betreuungsleistung und eine hohe Pflegequalität die wichtigsten Kriterien für die Auswahl einer geeigneten Senioreneinrichtung. Gerade bei der Bewertung dieser drei Faktoren herrscht deutliche Unzufriedenheit. 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. Vor allem die 50-Jährigen reagieren verunsichert auf eine mögliche Pflegebedürftigkeit....“.

Im ambulanten Bereich ist die Situation gemäß den Ergebnissen der o.g. Studie nicht anders: „...Nur 30 Prozent der Befragten, die selbst die Pflege eines Familienmitglieds bzw. Verwandten übernehmen, fühlen sich bei ihrer Pflegeaufgabe von Politik und Gesellschaft stark oder angemessen unterstützt. Hingegen sind 65 Prozent von der Unterstützung von Staat und Gesellschaft enttäuscht“. Die Autoren der Studie schlussfolgern: „...Angesichts der vielfältigen Anforderungen der Pflege an die pflegenden Privatpersonen im Hinblick auf Qualität und Umfang und der starken Einbindung der Familie sowohl in personeller als auch in finanzieller Hinsicht ist eine stärkere gesellschaftliche Unterstützung dringend nötig....“.

Da verwundert es nicht, dass etwa zwei Drittel der älteren Menschen in Deutschland den Wunsch hat, ein eigenständiges Leben in einer herkömmlichen Wohnung oder einem Haus zu führen und nur ein Drittel hat das Bedürfnis, zwecks altersgerechtem Wohnens umzuziehen. Jeder zweite Befragte würde stattdessen lieber die Wohnung oder das Haus umbauen (vgl. <sup>29</sup>). Allerdings besteht eine gewisse Diskrepanz zwischen Wunsch und Wirklichkeit. In der o.g. Studie zur Pflegesituation in Deutschland von TMS Emnid wurden weiter folgende Ergebnisse veröffentlicht: „...Lediglich drei Fünftel der Befragten geben an, in einer Wohnung zu leben, die auch im Alter für sie gut nutzbar sein wird. Weiterhin wohnt nur ein Viertel der Befragten in Wohnungen ohne Barrieren wie Treppen oder Stufen. Nur in zwei Fünftel der Fälle sind die Wohnungen im Falle eingeschränkter Bewegungsfreiheit für den Einsatz von Gehhilfen und Rollstühlen geeignet. Allerdings: etwa jeder Dritte der Generation 50+ hat sich über diese Dinge bisher noch keine Gedanken gemacht oder weiß darauf keine Antwort, insbesondere die 50- bis 59-Jährigen, wo dieser Anteil gar bei 47 Prozent liegt. Betrachtet man die Altersgruppen, so ergibt sich, dass gerade einmal die Hälfte der Generation 70+ in Deutschland in Wohnungen lebt, die auch bei eintretender Gehbehinderung für sie bewohnbar bleiben würden. Fast die Hälfte der Befragten wäre bei eigener Pflegebedürftigkeit auf die finanzielle Unterstützung von Familienangehörigen angewiesen. Lediglich zwei Fünftel von ihnen könnten die Pflege vollständig über die eigene Rente, die Pension oder das Ersparte finanzieren. Ein Drittel wäre gar auf Sozialhilfe angewiesen. Selbst ein Drittel der Gutverdienenden könnte nach eigener Aussage die Pflegebedürftigkeit nicht in ausreichendem Maße selbständig finanzieren.....“.

Wie groß der Bedarf in Zukunft an altersgerechten Wohnungen ist bzw. wie brisant das Thema ist, wird in einer Pressemitteilung des Bundesverband Freier Immobilien- und Wohnungsunternehmen deutlich gemacht (vgl. <sup>30</sup>): „.....Bereits in 15 Jahren wird ein Viertel der Privathaushalte in Deutschland Bewohner haben, die 70 Jahre und älter sind. Dies sind rund zehn Millionen Haushalte 70+. Doch altersgerechte Wohnungen sind noch immer

<sup>28</sup> [http://www.patientenpolitik.de/content/e38/e126/e2542/PB2707/inhalte2710/10.1-PM-Pflegestudie\\_ger.pdf](http://www.patientenpolitik.de/content/e38/e126/e2542/PB2707/inhalte2710/10.1-PM-Pflegestudie_ger.pdf)

<sup>29</sup> [http://www.patientenpolitik.de/content/e38/e126/e2542/PB2707/inhalte2711/10.2-Pflegestudie\\_ger.pdf](http://www.patientenpolitik.de/content/e38/e126/e2542/PB2707/inhalte2711/10.2-Pflegestudie_ger.pdf)

<sup>30</sup>

Mangelware. Nach Schätzungen der Verbände müssten, um den Bedarf nach einem selbstbestimmten und sicheren Wohnen in den eigenen vier Wänden im Alter zu decken, pro Jahr rund 100.000 seniorengerechte Wohnungen durch Neubau oder Modernisierung geschaffen werden. Dies wären rund 2 Millionen altersgerechte Wohnungen bis 2025. Sie (=Verbände der Bau- und Immobilienwirtschaft sowie dem Deutschen Mieterbund) fordern daher die Politik auf, dringend mehr Anreize zu schaffen, damit private Investoren stärker in altersgerechten und bezahlbaren Wohnraum investieren.....“.

Da offensichtlich einerseits die Mehrheit der Menschen bei einer Pflegebedürftigkeit nicht in ein Alten- oder Pflegeheim möchte und andererseits die meisten über nicht ausreichende Mittel verfügen, um sich ihr Wohneigentum altersgerecht umbauen zu können bzw. es zu wenig angepassten Wohnraum gibt, entsteht ein großer Bedarf auch an alternativen Wohnkonzepten. Nur sind die durch die Politik bzw. private Initiativen geförderten Aktivitäten im Bereich alternativer Wohnkonzepte für Ältere in Deutschland leider auch eher gering.

### **Themen des Tisches**

An diesem Tisch wurden Zukunftsszenarien für das selbstbestimmte Wohnen trotz Pflegebedürftigkeit entwickelt. Die TeilnehmerInnen wünschen sich einerseits verlässliche, fachlich kompetente, professionelle Pflege, auf der anderen Seite wollen sie als Pflegebedürftige und pflegende Angehörige ihre Souveränität behalten. In der Diskussion scheint ein Arbeitgebermodell (die Pflegebedürftige Person und ihre Angehörigen beschäftigen und bezahlen professionelle Dienste, die ihre Leistungen an den Wünschen ihrer Auftraggeber ausrichten) durch, wie wir es in der Behindertenpflege kennen. Die aktuelle Situation lässt trotz Reformen und „Pflege TÜV“ Transparenz des Angebots an professionellen Diensten vermissen, was folgende Äußerung eines TeilnehmerIn verdeutlicht: „trial and error, wie erkenne ich die Qualität eines Pflegedienstes?“ Der Wunsch nach einer unabhängigen Stelle zur Überwachung der Qualität, der angebotenen Dienste und an die Beschwerden gerichtet werden können, wurde geäußert, wobei die TeilnehmerInnen eine Pflegekammer als geeignete Institution für diese Aufgaben sehen. Es wird eine „Dezentrale Kontrolle“ gefordert, die effektiv und vor Ort ist, wenn Qualitätsmängel auftreten. Zur Qualität der Pflege zählt dabei für die TeilnehmerInnen vor allem auch Einfühlungsvermögen und Respekt vor der Autonomie des Pflegebedürftigen und der pflegenden Angehörigen, was übrigens auch dem aktuellen Pflegeverständnis der Professionellen entspricht. Damit professionell Pflegende ihre Leistungen patientenorientiert und zuverlässig erbringen können, müssten die Arbeitsbedingungen dringend verbessert werden. Die Befürchtung, dass professionelle Leistungsangebote durch „Ehrenamtliche“, die ihre Leistung „kostengünstig“ anbieten, verdrängt werden, wurde von den TeilnehmerInnen geäußert. Bürgerschaftliches Engagement sei sehr zu begrüßen, dürfe jedoch nur als Ergänzung und Bereicherung der Versorgungsstruktur gesehen werden: „Professionelle dürfen durch Ehrenamtliche nicht verdrängt werden“. Dabei wird das Miteinander von Professionellen und „Ehrenamtlichen“ im Sinne der Pflegebedürftigen immer wieder betont.

Die Diskutanten des Tisches 3 wünschen sich eine höhere Zuständigkeit und Verantwortung der Kommunen. Es müsse dort eine zentrale Anlaufstelle geben, bei dem Ratsuchende und Pflegebedürftige sowie pflegende Angehörige aus einer Hand alle notwendigen Informationen und Unterstützungsleistungen erhalten. TeilnehmerInnen mit Pflegeerfahrung beklagen dabei, wie mühsam es aktuell sei, sich die notwendigen Informationen und Hilfen selbst beschaffen zu müssen in einer Situation, in welcher der Pflegebedürftige selbst und die Angehörigen ohnehin aufgrund des täglichen Hilfebedarfs überfordert sind.

Die TeilnehmerInnen entwickeln kreativ Zukunftsszenarien und Modelle für das selbstbestimmte Wohnen bei Pflegebedürftigkeit, wobei immer wieder zum Ausdruck kommt, dass Vieles schon längst nicht mehr Modellcharakter hat, sondern schon sehr erfolgreich umgesetzt wird. Mehrgenerationen Wohngemeinschaften und aktive Quartiersarbeit, bei der

die BürgerInnen nicht scheuen, sich aktiv für gemeinschaftliche Aufgaben einzubringen: „Freiwillige Quartiersarbeit, Zeitkonten, payback, Punkte sammeln“, „Dorfkonzepte, Neue Großfamilie, Wohnen im Viertel“ oder Einbeziehung von Themen wie Altern und Sterben in die Kindererziehung sowie die Einbindung von alten Menschen in die Arbeit im Kindergarten, sollen das Altern und das Thema Pflegebedürftigkeit wieder zu selbstverständlichen Bestandteilen des Lebens werden lassen. Die TeilnehmerInnen wünschen sich für die Zukunft „kurze Wege bei der Gründung einer Wohngemeinschaft“. Die vom Staat geforderte Umsetzung des Subsidiaritätsprinzips, im Sinne der Selbsthilfe vor der Unterstützung durch die Solidargemeinschaft, sind die BürgerInnen bereit, in die Hand zu nehmen, was folgendes Zitat zum Ausdruck bringt: „Mehr bürgerschaftliches Engagement, weniger Staat.“ Bürokratische Hürden verhindern dies jedoch häufig. So fordert eine TeilnehmerIn „weniger Administration“. Insgesamt kommt an diesem Tisch eine sehr hohe Bereitschaft der BürgerInnen, füreinander zu sorgen und da zu sein, zum Ausdruck, jedoch fehle es an Förderung dieses bürgerschaftlichen Engagements durch die Kommunen, also den bürgernahen Verwaltungsbereich. Der Staat im Sinne der Volksvertretung, Regierung und Verwaltung soll vor Ort greifbar sein und seinen Teil der Verantwortung übernehmen, ohne in das Leben der BürgerInnen zu sehr einzugreifen. Sicherheit und Zuverlässigkeit professioneller Dienste, vor allem auch in der ambulanten, häuslichen Versorgung werden an diesem Tisch gefordert, wobei das transparente Preis-Leistungs-Verhältnis und die Wahlfreiheit betont wurden. Es war auch eine Solidarität der Laienpflegenden mit Professionellen zu erkennen, indem bessere Arbeitsbedingungen in Bezug auf Entlohnung, gezielte Entlastung (Supervisionsangebote) und Personalausstattung gefordert wurden. Dabei erkennen die diskutierenden BürgerInnen sehr deutlich, dass strukturelle Bedingungen großen Einfluss auf die Qualität der professionellen Dienste haben. Es müsse sich jedoch auch ein erweitertes Pflegeverständnis entwickeln und durchsetzen, weg von der „Satt-Sauber-Pflege“ hin zu einer professionellen, menschlich zugewandten Assistenz, die die Autonomie der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen respektiert.

In der nachfolgenden Tabelle sind die Ergebnisse der Diskussionsrunden des dritten Tisches gegliedert in die Qualitätsdimensionen aufgelistet. Nicht zuordnen konnten wir folgenden Punkt:

- Stempel der erbrachten Leistungen.

**Tabelle 4: Wie stellen Sie sich die Versorgung Ihrer Angehörigen durch professionelle Dienste in der Zukunft vor? Was fehlt?**

<b>Strukturqualität</b>	<b>Prozessqualität</b>	<b>Gewünschte Ergebnisqualität</b>
<p>#Zeit! Geld! Mehr Personal.            #Flächendeckendes Angebot prof. Dienste.            Professionalisierung, Akademisierung der Pflege.            #Mehr Tagespflegeeinrichtungen für Berufstätige.            Partnerschaft mit prof. Diensten.            #„Notruftelefon Pflege“.            #Neutrale Beschwerdestelle.            #Netzwerke unterschiedlicher Dienste mit Fallverantwortung.            #Deutliche Verbesserung des Beschwerderechts.            #Kindergartengruppe im Hospiz.            #Altenheime „Auslaufmodell“. Eigenständige, selbst organisierte Heime.            #WG mit selbst organisierten, professionellen PD „Genossenschaft“.            #Subventionen f. amb. PD, amb. WG. Dorfkonzepte. Neue „Großfamilie“. Wohnen im Viertel.            #Weniger Administration. Gesetzliche Regelung der Zuständigkeit der Kommunen. EDV-gestützte Dokumentation.            #Unterstützung durch Ehrenamtliche. Professionelle dürfen durch Ehrenamtliche nicht verdrängt werden.            #Pflegebedürftigkeitsbegriff: Leistungskatalog. Lobby der Verbände. #Anlaufstelle für Fragen.            #Angleichung der Vergütung. Information, Beratung, Wahlmöglichkeit. Dezentrale Kontrolle. #Pflegekammer, Rechte der Pflege.</p>	<p>#Ansprache und Gespräche. Einführungsvermögen.            #Qualitätskontrolle.            #Supervision für Pflegekräfte, Beratung, Fort- und Weiterbildung.            #„try and error“, wie erkenne ich die Qualität eines PD?            #Regelung der Abweichung vom Pflegeplan.            #Unterstützung, Beratung der pflegenden Angehörigen zu Hause.            #Professioneller Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen.            #Förderung der Wertschätzung der Pflege.            #Mehr bürgerschaftliches Engagement, weniger Staat.            #Selbstbewusstsein der Pflegenden stärken.            #Alter, Krankheit, Tod als Teil des Lebens in der Erziehung berücksichtigen.            #Kurze Wege bei der Gründung einer WG.            #Freiwillige „Quartiersarbeit“. Zeitkonten, payback, Punkte sammeln.            #Öffentliche Debatte. Wertschätzung von alten, pflegebedürftigen Menschen. Bewusstsein ändern, „Wir“. Weg von der "Leistungsgesellschaft".            #Ambulant vor stationär            #„Berufsgegenstand“ Alter und Krankheit – geringe Anerkennung. Berufsorganisation. Pressearbeit            #Vertrauen, Seriosität. Ehrenamt braucht professionelle Leitung.            #Einbeziehung des Heimbeirats/BW-Vertretung bei Qualitätsprüfung.            #Kontinuität, feste Ansprechpartner.            #Individualität, Professionalität – Mensch (Zuwendung).</p>	<p>#Identifikation, Zufriedenheit.            #Anerkennung, Honorierung, Führung,            #„Mensch im Mittelpunkt“ statt „satt, sauber“.</p>

## TISCH 4

### Wie wollten Sie gepflegt werden, wenn Sie in der Zukunft pflege- und/oder hilfsbedürftig werden sollten?

Auch an diesem Tisch drehten sich die Themenbereiche um den Wunsch, zu Hause bzw. in alternativen Wohnformen gepflegt zu werden, unterstützt von professionellen Diensten und pflegenden Angehörigen bzw. der Gemeinschaft, um somit die eigene Individualität und Würde als Mensch erhalten zu können.

Wie bereits bei den Ergebnissen von Tisch 3 beschrieben, haben sich jedoch die meisten Menschen nicht konkret mit diesen Themenbereichen auseinander gesetzt. Dies zeigen eine Reihe von repräsentativer Umfragen bzw. Statistiken, auf die wir schon zum Teil näher eingegangen sind.

In einer repräsentativen Umfrage von Personen im Alter ab 50 Jahren, die von TMS Emnid im Auftrag des Bundesverbandes Freier Immobilien- und Wohnungsunternehmen (BFW) zum Thema `Wohnwünsche im Alter` (vgl. <sup>31</sup>) durchgeführt wurde, gaben die Befragten Folgendes an:

„.....# Bundesbürger ab 50 Jahren bewohnen ihr derzeitiges Haus oder ihre Wohnung in den meisten Fällen seit bereits mehr als zehn Jahren (78%). Werden all jene Personen betrachtet, die mindestens fünf Jahre nicht mehr umgezogen sind, sind es sogar 90%.....

# Dieses insgesamt vorherrschende Muster zeigt sich ebenso in den einzelnen Untergruppen. Weder wenn nach Wohnregion, Geschlecht, Wohnortsgröße, Haushaltsgröße, noch nach Einkommen differenziert wird, ergeben sich relevante Unterschiede.....

....# Wenn es um die bevorzugte Wohnform im Alter geht, steht eines fest: Die meisten Befragten wünschen sich ein eigenständiges Leben in einer gewöhnlichen Wohnung oder einem Haus (67%). 57% würden dabei jedoch nicht auf ein zusätzliches Hilfsangebot verzichten wollen. Alle anderen Wohnformen werden von maximal einem Drittel der Befragten bevorzugt. Mit 70 Jahren im Pflegeheim bzw. der Seniorenresidenz zu leben entspricht den Vorstellungen von lediglich 15%.

# Zwischen Männern und Frauen sind keine gravierenden Unterscheide auszumachen. Dasselbe gilt für Mieter und Eigentümer. Auch die Wohndauer in der derzeitigen Wohnung spielt in dieser Frage keine wesentliche Rolle – überall dominiert der Wunsch nach Eigenständigkeit im Alter.....“

Offensichtlich haben wir alle die gleichen Vorstellungen wie wir im Alter leben möchten, egal ob wir auf dem Land oder in der Stadt, egal ob wir zur Miete oder in Wohneigentum leben. Weitere Ergebnisse der Umfrage von TMS Emnid sind:

„.....# Der Verlust der Selbständigkeit ist mit Abstand der meistgenannte Grund, weshalb Bundesbürger ab 50 Jahren im Alter noch einmal umziehen würden. Mehr als acht von zehn Befragten (82%) könnten sich in dieser Situation vorstellen, die Wohnung zu wechseln. Jeweils eine Mehrheit würde einen Umzug in Erwägung ziehen, wenn die neue Wohnung bzw. das neue Haus bessere Versorgungsmöglichkeiten böte (53%) oder besser zu den jeweiligen Bedürfnissen passen würde (52%). Finanzielle Gründe (32%), eine Änderung der Anzahl der Mitbewohner (24%) oder der Wunsch, zu Kindern oder anderen Verwandten zu ziehen (19%), würden für maximal ein Drittel der Befragten eine Rolle spielen.....

# Unbedingte Voraussetzungen für ein selbständiges Leben im Alter sind die Möglichkeit, Hilfe im Haushalt und bei der Pflege in Anspruch nehmen zu können und Geschäfte, Ärzte und öffentliche Verkehrsmittel in unmittelbarer Nähe – 95% bzw. 94% der Befragten erachten

<sup>31</sup> [http://www.bfw-bund.de/uploads/media/Emnid\\_Wohnw%C3%BCnsche\\_im\\_Alter\\_-\\_Pressemappe.pdf](http://www.bfw-bund.de/uploads/media/Emnid_Wohnw%C3%BCnsche_im_Alter_-_Pressemappe.pdf)

dies als wichtig. Die Erreichbarkeit der Anlaufstellen des täglichen Lebens spielt dabei eine besondere Rolle: Zwei Drittel der Bundesbürger ab 50 (67%) bewerten dies sogar als sehr wichtig.

# Ungefähr jeweils acht von zehn Befragten erachten den Einbau altersgerechter Techniken und Kommunikationsmittel (84%), einen barrierefreien Zugang zur Wohnung (82%) sowie eine barrierefreie Umgebung in der Wohnung (81%) als wichtige Voraussetzungen für ein selbständiges Leben im Alter.....“.

Auch bzgl. der Ausstattung des Wohnumfeldes und der Unterstützungsangebote scheint es eine klare Vorstellung zu geben. Die finanziellen Mittel für Unterstützungsmassnahmen oder bauliche Veränderungen sind in der Bevölkerung jedoch offensichtlich begrenzt:

„.....# Bundesbürger ab 50 Jahren könnten im Durchschnitt monatlich 280 € aufbringen. Allerdings gibt es große Unterschiede bei der Finanzstärke der Befragten: Während 15% angeben, monatlich 500 € und mehr für Serviceleistungen und altersgerechte bauliche Veränderungen ausgeben zu können, geben 24% zu Protokoll, dass sie gar nichts zusätzlich aufbringen könnten. Knapp jeder dritte Befragte kann oder will keine Auskunft hierüber geben.....“.

# Einer der besten Prädiktoren für die Höhe der verfügbaren Zusatzmittel ist erwartungsgemäß das Haushaltseinkommen. Liegt es unter 1.500 €, könnten durchschnittlich nur 102 € für Serviceleistungen und Baumaßnahmen ausgegeben werden – fast die Hälfte dieser Befragten jedoch (46%) hätte dafür keine finanziellen Mittel übrig. Liegt das Haushaltseinkommen jedoch bei 2.500 € und mehr, stehen im Schnitt ganze 520 € im Monat für solchen Ausgaben bereit.....“.

In einem Bericht der Bertelsmannstiftung wird „ein wachsender Bedarf an selbstbestimmten Wohnformen“ gesehen (vgl. <sup>32</sup>). Die Autoren des Berichtes führen aus: „.....Ältere Menschen wollen nicht fremdbestimmt in Heimeinrichtungen leben, sondern auch bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit möglichst ein selbstbestimmtes Leben führen. Das Heim als institutionalisierte Wohnform, die primär auf eine funktionelle Pflege ausgerichtet ist, stößt heute auf eine erheblich geringere Akzeptanz, als noch vor einigen Jahrzehnten. 80 % der Pflegebedürftigen können sich heute ein Leben im Heim nicht mehr vorstellen und die meisten Heimbewohner sind nach Ansicht von Experten faktisch unfreiwillig im Pflegeheim.....“.

In diesem Bericht mit dem Titel `Neue Wohnkonzepte für das Alter und praktische Erfahrungen bei der Umsetzung – eine Bestandsanalyse` werden neue Wohnkonzepte, deren Finanzierungsmöglichkeiten sowie die Erfahrungen mit diesen Wohnkonzepten im Ausland beschrieben.

Obwohl in den vergangenen Jahren zur Finanzierung von Maßnahmen zur Wohnungsanpassung eine Reihe von finanziellen Hilfen erschlossen worden sind, so die Autoren, fehlt in Deutschland ein bundesweit einheitliches Finanzierungsprogramm, das speziell auf die Wohnungsanpassung für ältere Menschen ausgerichtet ist. Die finanziellen Hilfen werden je nach Erfüllung unterschiedlicher individueller Zugangsvoraussetzungen gewährt: entweder für Menschen Klienten in Notlagen (Pflegebedürftigkeit, Krankheit, Behinderung, Armut) oder aber auf bestimmte Maßnahmen (größere Umbauten oder nur technische Hilfen) beschränkt. Es fehlen gemäß dem Bericht eine Vielzahl von strukturellen Voraussetzungen und Maßnahmen um altersgerechte Wohnkonzepte in flächendeckenden Ausmaß zu verwirklichen, u.a.:

„.....# Erprobte Konzepte zur Versorgung demenziell Erkrankter in der normalen Wohnung.

# Ein flächendeckendes Netz an Wohnberatungsstellen und eine ausreichende Regelfinanzierung der Beratungsleistungen

# Die Einrichtung von Koordinations- bzw. Fachstellen in allen Bundesländern

<sup>32</sup> [http://www.kda.de/tl\\_files/kda/Projekte/Leben%20und%20Wohnen%20im%20Alter/2003-LuW-Band1.pdf](http://www.kda.de/tl_files/kda/Projekte/Leben%20und%20Wohnen%20im%20Alter/2003-LuW-Band1.pdf)



# Eine Professionalisierung der Koordination auf Bundesebene.....

# Eine Anpassung großer Teile des bestehenden Wohnungsbestandes an die Bedürfnisse des Alters und eine breitenwirksame Verankerung des barrierefreien Bauens

# Die Sensibilisierung und Qualifizierung der Wohnungsanbieter und Dienstleistungsanbieter für die Wohnbedürfnisse älterer Menschen und Information der Betroffenen über die Möglichkeiten altersgerechten Wohnens.....“

Eine aktive Hilfe durch den Staat bzw. durch professionelle Dienstleister für die pflegenden Angehörigen ist dringend notwendig und wird auch von den World Café Teilnehmern als ein wichtiges Thema erachtet. Brandt und Szydlik kommen in ihrem Artikel `Soziale Dienste und Hilfe zwischen Generationen in Europa` (vgl. <sup>33</sup>) zu folgendem Schluss: „...Wenn intensive Hilfeleistungen (Anmerkung: für ältere Angehörige) durch professionelle Dienstleister übernommen werden, wird die Familie entlastet, was neue Ressourcen freisetzt. Die erwachsenen Kinder sind also keineswegs weniger zur Unterstützung motiviert oder ziehen sich gar aus der Beziehung mit den Eltern zurück. Vielmehr leisten sie ihren Bedürfnissen und Möglichkeiten zufolge freiwillige und (zeitlich) weniger belastende Hilfen an die Eltern..... Die Entlastung der Familie durch den Staat hat den empirischen Befunden zufolge keineswegs einen solidaritätshemmenden Einfluss. Es ist eher davor zu warnen, die Selbsthilfekraft der Familie von Seiten des Staates überzustrapazieren. Mit fortschreitender Alterung der Gesellschaft kann vor allem der Ausbau von öffentlichen Unterstützungsleistungen für Familien dazu beitragen, einer Überlastung des familiären Zusammenhalts entgegenzuwirken, freiwillige Hilfen zu stärken und damit die notwendige Versorgung der stark wachsenden älteren Bevölkerung zu gewährleisten.....“.

### **Themen des Tisches**

In der nachfolgenden Tabelle sind die Ergebnisse der Diskussionsrunden des vierten Tisches gegliedert in die Qualitätsdimensionen aufgelistet. Nicht zuordnen konnten wir folgende Punkte:

- Mehr Lobby-Arbeit für Ältere. Strukturqualität: „positiven Altersbildes in der Gesellschaft“
- Pflege durch Familie, Angehörige. Will man überhaupt von der Familie gepflegt werden?

(Intimität). Pflege durch die Familie eine Illusion. Prozessqualität: Beziehungsprozess zwischen Pflegebedürftigen und Angehörigen (Nähe, Intimität, Einfluss der Pflegebeziehung auf die familiäre Beziehung)

---

<sup>33</sup> Brandt M, Szydlik M. Soziale Dienste und Hilfe zwischen Generationen in Europa. Zeitschrift für Soziologie, Jg. 37, Heft 4, August 2008, S. 301–320

**Tabelle 5: Wie wollten Sie gepflegt werden, wenn Sie in der Zukunft pflege- und/oder hilfsbedürftig werden sollten?**

<b>Strukturqualität</b>	<b>Prozessqualität</b>	<b>Gewünschte Ergebnisqualität</b>
<p>#Professionelle Pflege in den eigenen vier Wänden, im sozialen Umfeld. Bezugsperson</p> <p>#Mehr Tagespflegeeinrichtungen.</p> <p>#Bessere Infrastruktur auf dem Land.</p> <p>#Alternative Wohnformen, mit/ohne Betreuung. Mehrgenerationenhaushalt. Seniorendorf.</p> <p>#Ausbau von Organisationen wie z.B. Nachbarschaftshilfe. Mehr Seniorenbetreuer zur Unterstützung.</p> <p>Generationsübergreifende Tagespflege. Ausbau der Angebote, um Angehörige zu entlasten.</p> <p>#Größerer Zeitrahmen, kein festgesetztes Zeitschema bei der Pflege.</p>	<p>#Förderung der Fähigkeiten. Anpassung an den (veränderten) Lebensrhythmus. Erstellung eines Pflegebaums: wenn – dann.</p> <p>#Frühzeitige Organisation von Pflege zu Hause, die räumlichen Gegebenheiten dabei berücksichtigen.</p> <p>#Bessere Fort- und Weiterbildung für das Pflegepersonal.</p> <p>#Entbürokratisierung.</p> <p>#Bessere Aufklärung über bestehende Möglichkeiten.</p>	<p>#Selbst bestimmt so weit als möglich. „Würdevoll bis zuletzt“. Wahlmöglichkeit. Kein Abschieben in Heime, Individualität geht verloren.</p> <p>#Dass man weiterhin als Mensch gesehen wird, nicht nur als Pflegebedarf.</p> <p>#Pflege auf Augenhöhe. Aktivierende, biographische Pflege.</p> <p>#Mehr Transparenz zum Thema Pflege/-bedarf.</p> <p>#Keine Angst davor, Pflege einzufordern, z.B. durch eine Klingel. Tatsächliche Pflege, keine Fließbandarbeit.</p> <p>#Finanzielle Entlastung bei Pflegebedarf.</p>

## TISCH 5

### Welche Wünsche und Bedürfnisse haben Sie als Angehörige/r eines pflege- oder hilfsbedürftigen Menschen?

In dem Bericht der Enquete-Kommission des Landtages von Nordrhein Westfalen „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“ wird daraufhin gewiesen, dass in der häuslichen Versorgung die Familie der „größte Pflegedienst der Nation“ ist (vgl. <sup>34</sup>). Laut diesem Bericht wurden bundesweit 2003 ca. 92 % der in Privathaushalten lebenden Pflegebedürftigen von Verwandten versorgt (vgl. <sup>35</sup>). Von den Hauptpflegepersonen waren rund 28% der/die (Ehe-) PartnerIn, 26% die Tochter, 12% die Mutter und 10% der Sohn. Etwa 40% der Hauptpflegepersonen waren selbst bereits 65 Jahre und älter. Mit Blick auf die demografische Entwicklung müssen in steigendem Umfang ältere Pflegepersonen die Pflege von Angehörigen im höheren Lebensalter übernehmen. Daraus resultiert für die Pflegeperson selbst ein höheres Risiko, von Hilfe und Pflege abhängig zu werden (vgl. <sup>36</sup>). Familienpflege wird überwiegend von Frauen im mittleren und höheren Alter geleitet.

In einer von Martha Meyer von der Universität Bremen verfassten deutschen Überarbeitung des „National Background Report for Germany“ (NABARE), der im Rahmen des EU-Projektes – EUROFAMCARE (Services for Supporting Family Carers of Elderly People in Europe: Characteristics, Coverage and Usage) erstellt wurde, finden sich weiter eine Reihe von interessanten Daten und Fakten (vgl. <sup>37</sup>)

zu der Situation der pflegenden Angehörigen. Der nachfolgende Text und die Quellen sind überwiegend aus dem sehr interessanten und lesenswerten Bericht von Frau Meyer übernommen:

.....Über die Konstrukte „pflegende Angehörige“ oder „informelle Pflegepersonen“ besteht nach wie vor unter Forschern, Dienstleistern und Politikern kein Konsens darüber, wer damit gemeint ist [vgl. <sup>38</sup>]. In Deutschland beziehen 1.370.000 Unterstützungsbedürftige in häuslicher Pflege Leistungen aus der Sozialen Pflegeversicherung und etwa 1.200.000 Menschen sind als pflegende Angehörige bzw. Hauptpflegepersonen verantwortlich für die Pflege und Unterstützung der älteren Menschen. Über 50% aller zu Hause versorgten älteren Menschen leiden an einer psychischen Behinderung bzw. Demenz und sind auf regelmäßige Anleitung, Unterstützung und Pflege bei den Aktivitäten des täglichen Lebens angewiesen. Die Pflege von Menschen, die an einer Demenz erkrankt sind, ist im besonderen Maße belastend.

Rund 68 % (wovon 16 % in Vollzeit erwerbstätig sind) aller pflegenden Angehörigen müssen ihren Job mit der Unterstützung eines älteren Menschen vereinbaren. Die häusliche Pflege ist zweifellos eine Vollzeit-Aufgabe: im Durchschnitt stehen 64 % aller Hauptpflegepersonen dem älteren Menschen rund um die Uhr zur Verfügung, mehr als 26 % mehrere Stunden am Tag und etwa 8 % mehrere Stunden in der Woche. Rund 76 % aller Pflegepersonen müssen die Nachtruhe mehr als einmal unterbrechen (vgl. <sup>39</sup>).

---

<sup>34</sup>

[http://www.landtag.nrw.de/portal/WWW/GB\\_I/I.1/EK/EKALT/13\\_EK3/Abschlussbericht/Abschlussbericht\\_gesamt\\_Teil\\_1.pdf](http://www.landtag.nrw.de/portal/WWW/GB_I/I.1/EK/EKALT/13_EK3/Abschlussbericht/Abschlussbericht_gesamt_Teil_1.pdf)

<sup>35</sup> Infratest Sozialforschung 2003

<sup>36</sup> Schneekloth, Müller 2000; Schneekloth, Wahl 2005

<sup>37</sup> [http://www.ukc.de/extern/eurofamcare/documents/nabares/nabare\\_germany\\_de\\_final\\_a4.pdf](http://www.ukc.de/extern/eurofamcare/documents/nabares/nabare_germany_de_final_a4.pdf)

<sup>38</sup> Philp I, (Ed.). Family Care Of Older People In Europe – COPE. Amsterdam, Berlin, Oxford, Tokyo, Washington, DC: IOS Press

<sup>39</sup> Gräbel E. 1998a. Häusliche Pflege demenziell und nicht demenziell Erkrankter. Teil I: Inanspruchnahme professioneller Pflegehilfe. Z Gerontol Geriat 31: S.52-56

Die Politik hat, mit dem Ziel die Vereinbarkeit von Arbeit und familiären Unterstützungsaufgaben zu verbessern, die Möglichkeit einer Freistellung von der Erwerbsarbeit auf Grund von privaten Pflege- und Unterstützungsaufgaben gesetzlich festgelegt. Seit Anfang 2012 können Beschäftigte ihre Arbeitszeit für maximal zwei Jahre auf bis zu 15 Stunden pro Woche reduzieren, um nahe Angehörige zu pflegen. Dafür ist ein Lohnausgleich vorgesehen. Laut Medienberichten haben das Gesetz in den ersten zwölf Monaten nicht mehr als 200 Personen in Anspruch genommen (vgl. <sup>40</sup>). Mit ein Grund für die geringe Attraktivität, ist aus Sicht der stellvertretende DGB-Chefin Ingrid Sehrbrock, der fehlende Rechtsanspruch. Dadurch fehle dem Gesetz, die "soziale Prägekraft" und der "soziale Mindeststandard".

Im Rahmen der Pflegeversicherung werden nur Dienstleistungen für Unterstützungen der Aktivitäten des täglichen Lebens sowie für Assistenz bei der persönlichen Hygiene, den Mahlzeiten, der Mobilisation und Haushaltshilfe bezahlt. Wichtige komplementäre Dienstleistungen wie etwa Besuchsdienste, Begleitung, psychosoziale Unterstützung, Gartenarbeiten, Reinigungs- und Hausarbeiten werden von der Pflegeversicherung nicht übernommen und werden nur unzureichend durch professionelle Dienste angeboten. Diese komplementären Dienstleistungen werden in der Regel von den Familien selbst geleistet oder die Unterstützungsbedürftigen bezahlen diese privat. In diesem zweiten privaten und unregulierten Pflegemarkt besteht eine sehr große Nachfrage nach diesen Dienstleistungen.

Auch wenn es in Deutschland mittlerweile ein großes Spektrum an Versorgungsdiensten für ältere Menschen gibt, besteht jedoch aus Sicht von Martha Meyer von der Universität Bremen ein enormes Defizit in der Koordination und Kooperation der Angebote, da sie sich aus unterschiedlichen Quellen wie Sozialversicherungsbeiträgen, öffentlichen Geldern und privaten Hilfsfonds finanzieren und die Verantwortlichkeiten im Leistungs- und Leistungserbringungsrecht unscharf sind. Dies stellt eine der Hauptschwierigkeiten dar, um sich im deutschen „Dienstleistungsdschungel“ zurechtzufinden.

Das Wissen über Dienstleistungsangebote ist in der Öffentlichkeit generell sehr gering ausgeprägt. Aus einer Untersuchung des Kuratoriums Deutsche Altershilfe (vgl. <sup>41</sup>) geht hervor, dass dies vermutlich in 18 % aller Haushalte die Ursache dafür ist, dass die unterstützungs- oder pflegebedürftigen älteren Menschen nicht die erforderlichen Hilfen erhalten, die sie benötigen (vgl. <sup>42</sup>).

Martha Meyer stellt in ihrem Bericht (vgl. <sup>43</sup>) ebenso fest, dass insgesamt die Angebotsstruktur keinen bedürfnisorientierten Ansatz reflektiert die, sondern weiterhin dazu tendiert, in den Kategorien eines Dienstleistungsansatzes zu verharren, der nicht notwendigerweise auf die Bedürfnisse der pflegenden Angehörigen zugeschnitten ist (vgl. <sup>44</sup>). Interessanterweise nehmen nur eine Minderheit der pflegenden Angehörigen das Angebot komplementärer Dienstleistungen wie Beratung u. ä. in Anspruch. In einer repräsentativen Studie von Infratest (vgl. <sup>45</sup>) besprechen sich 7% regelmäßig mit Professionellen, etwa 4% nutzen regelmäßig bzw. 19% gelegentlich eine Telefonberatung, 2% treffen sich in privaten Selbsthilfegruppen und 16 % aller pflegenden Angehörigen nehmen regelmäßig bzw. 37% gelegentlich professionelle Beratung in Anspruch (mehrfach Nennungen waren möglich). In der gleichen von Infratest durchgeführten Studie schätzen sich 42 % aller befragten

<sup>40</sup> <http://www.tagesschau.de/inland/pflegezeit100.html>

<sup>41</sup> KDA – Kuratorium Deutsche Altershilfe. 2003. Pflegeangebote sind bei der Bevölkerung größtenteils unbekannt. In: Pro Alter 1: S. 25-26

<sup>42</sup> Schneekloth, Wahl 2005, S. 32; Schneekloth U, Wahl H-W. (Hrsg.) 2005. Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III). Integrierter Abschlussbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. München

<sup>43</sup> [http://www.uke.de/extern/eurofamcare/documents/nabares/nabare\\_germany\\_de\\_final\\_a4.pdf](http://www.uke.de/extern/eurofamcare/documents/nabares/nabare_germany_de_final_a4.pdf)

<sup>44</sup> Schaeffer 1999; Schaeffer D. 1999. Care-Management – pflegewissenschaftliche Überlegungen zu einem Thema. In: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften 3 (7), S.233 – 251

<sup>45</sup> Infratest Sozialforschung 2003, S. 24

pflegenden Angehörigen als ziemlich schwer belastet, 41 % als extrem physisch und psychisch belastet und nur 7 % als überhaupt nicht belastet einschätzen (vgl. <sup>46</sup>). Daher ist es aus unserer Sicht erstaunlich, dass die betroffenen Personen nur so wenige komplementärer Dienstleistungen in Anspruch nehmen. Bestrebungen der Politik durch Modellprojekte und Netzwerkbildung, die Versorgung der pflegebedürftigen Menschen und deren pflegenden Angehörigen zu verbessern, sind noch unzureichend. Auch eine integrierte Pflegeplanung im Sinne eines Case Managements für ältere Menschen und ihre pflegenden Angehörigen steht noch in den Anfängen. Die Netzwerkbildung ist weiterhin der „blinde Fleck“ bei der gesetzlichen Leistungserbringung (vgl. <sup>47</sup>)

### **Themen des Tisches**

In der nachfolgenden Tabelle sind die Ergebnisse der Diskussionsrunden des fünften Tisches gegliedert in die Qualitätsdimensionen aufgelistet.

---

<sup>46</sup> Infratest Sozialforschung 2003, S. 23

<sup>47</sup> Schneekloth U. Differenzierte Bedarfslagen erfordern differenzierte Strukturen – Perspektiven zur Weiterentwicklung der Strukturen der Altenhilfe. Unveröffentlichter Vortrag: Landespflegekongress 2002. Pflege – Quo Vadis? Stuttgart; Kofahl C, Dahl K, Döhner H. 2004. Vernetzte Versorgung für ältere Menschen in Deutschland. Gerontologie Band 8. LIT Verlag, Münster

**Tabelle 6: Welche Wünsche und Bedürfnisse haben Sie als Angehörige/r eines pflege-oder hilfsbedürftigen Menschen?**

<b>Strukturqualität</b>	<b>Prozessqualität</b>	<b>Gewünschte Ergebnisqualität</b>
<p>#Alternierende Telearbeit. Flexible Arbeitszeit. Altenpflegezeiten behandeln wie Erziehungszeiten/Rentenanspruch.</p> <p>#Eine zentrale Informationsstelle/Forum für pflegende Angehörige/Wikipedia für pflegende Angehörige.</p> <p>#Supervision, die bezahlt wird.</p> <p>#Gesprächsangebote, Telefondienste.</p> <p>#Kompetente Hausärzte/Hausbesuche.</p> <p>#Bessere Pflegedienste/</p>	<p>#Beratung, Fortbildung, besonders für die Pflege von Alzheimer- und Demenzkranken.</p> <p>Individualität des zu Pflegenden wahren.</p> <p>Kein Bittsteller sein.</p> <p>Personal freundlicher und höflicher.</p>	<p>#Unbürokratische und schnelle Hilfe.</p> <p>#Respekt und Anerkennung (auch von offizieller Seite), gute Zusammenarbeit mit den Experten.</p> <p>#Grenzen ziehen, negative Gefühle zugeben können und kein schlechtes Gewissen haben.</p> <p>#Recht auf die eigene Privatsphäre.</p> <p>#Mehr Zeit/Urlaubsanspruch verwirklichen können.</p> <p>#Finanzielle Entlastung bei Pflegebedarf.</p> <p>#Professionelle, aktivierende Pflege als Unterstützung/dass es dem zu Pflegenden gut geht.</p>

## TISCH 6

### Was können wir schon jetzt konkret tun?

An diesem Tisch wurde diskutiert, welche Probleme bereits in der derzeitigen Situation zu bewältigen sind, so dass diese Diskussion bereits teilweise einen Beratungscharakter hatte.

Wie bereits beschrieben, waren Ende 2011 2,5 Millionen Menschen in Deutschland pflegebedürftig. „Knapp 1,2 Millionen Menschen werden von ihren Angehörigen gepflegt, was den Sozialkassen eine Ersparnis von 145 Milliarden Euro Lohnkosten (für 3,2 Millionen zusätzliche Arbeitskräfte) ermöglicht“ (vgl. <sup>48</sup>). In dem Zeitraum zwischen 2009 und 2011 nahm die Versorgung Pflegebedürftiger durch Angehörige fast um 11% zu (vgl. <sup>49</sup>).

Alleine unter Bezugnahme dieser Erkenntnisse erscheint die prominenteste, in allen Diskussionsgruppen vertretene Forderung der pflegenden Angehörigen, das Tabuthema der Pflegebedürftigkeit zu heben und zu enttabuisieren von enormer Wichtigkeit. Immer mehr Menschen in Deutschland sind direkt oder indirekt von Pflege und Pflegebedürftigkeit betroffen. Trotzdem empfanden die TeilnehmerInnen des World Cafés die Pflege thematik weiterhin als Tabuthema. Viele Angehörigen beschrieben, dass sie mit der Situation überfordert waren, als sie plötzlich erfuhren, dass sie nun zu einem „pflegenden Angehörigen“ werden. Dann kann man nur noch hoffen, dass man einen guten Pflegestützpunkt (PSP) in der Nähe hat, der einen gut beraten kann und einem sagt was man jetzt zu tun hat“. Die Dichte der PSP in den Bundesländern ist jedoch sehr unterschiedlich, so hat Bayern z.B. nur 8 PSP von geplanten 60 Stützpunkten verwirklicht.

Deshalb forderten sie eine frühzeitige Aufklärung und Sensibilisierung, die z.B. bereits in der Schulzeit beginnt, so dass man früh über Ratgeber, wie „Pflege zu Hause. Ratgeber für die häusliche Pflege“ (vgl. <sup>50</sup>), Fördermöglichkeiten, wie der Bauförderung für Altersgerechtes Seniorenwohngruppen (vgl. <sup>51</sup>) und Initiativen, wie „Daheim statt Heim“ (vgl. <sup>52</sup>) aufgeklärt wird. Nicht nur die Aufklärung sondern auch der persönliche Umgang mit dem Thema der Pflegebedürftigkeit war den TeilnehmerInnen sehr wichtig. Nur durch das Sprechen bzw. das Sprechen dürfen über die persönliche Situation kann die Aufmerksamkeit auf dieses Thema gerichtet werden. So ist hier jedoch nicht gemeint, dass man die Pflegebedürftigkeit zu einem persönlichen Stigma erklärt, dass bei jeder Gelegenheit angesprochen werden soll, sondern dass die Thematik nicht aktiv verschwiegen wird.

#### Best Practice:

Die internationale Vergleichsstudie „EUROFAMCARE“ hat bis zum Jahre 2006 die Situation von über 1000 pflegenden Angehörigen in insgesamt 23 Ländern untersucht. Hierbei wurden Personen, die sich selbst als PflegerIn bezeichneten und mindestens vier Stunden pro Woche unentgeltlich zuhause oder auch in einer Pflegeeinrichtung Senioren (älter als 65 Jahre) betreut haben, unter dem Begriff pflegende Angehörige subsumiert. Aus den Ergebnissen dieser Studie geht hervor, dass die Angebote für diese Anspruchsgruppen in den verschiedenen Ländern stark differieren.

<sup>48</sup> <http://www.bi-daheim.de/de/themen/2013/Die-Nachteile-bei-der-Pflege-eines-Angehoeerigen.php>

<sup>49</sup> [https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2013/01/PD13\\_024\\_224.html](https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2013/01/PD13_024_224.html)

<sup>50</sup>

[https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Pflege/Broschueren/PzH\\_A5\\_screen\\_Juni2013.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Pflege/Broschueren/PzH_A5_screen_Juni2013.pdf)

<sup>51</sup> <http://www.bmg.bund.de/pflege/das-pflege-neuaustrichtungs-gesetz/pflege-wohngruppen.html>

<sup>52</sup> <http://www.bi-daheim.de/de/themen/2013/Die-Nachteile-bei-der-Pflege-eines-Angehoeerigen.php>

- In Großbritannien ist z.B. ein festgeschriebenes Regelwerk für pflegende Angehörige existent, das bereits sehr weit entwickelt ist.
- So haben die pflegenden Angehörigen in Großbritannien die Möglichkeit einmal pro Halbjahr von einem Unterstützungsangebot Gebrauch zu machen. Beinahe die Hälfte nutzt dies in Form von psychologischer Betreuung etc., wodurch es ihnen gelingen kann besser mit der Thematik umzugehen.
- Durch die Auszahlung der finanziellen Mittel direkt an die pflegenden Angehörigen haben diese auch die Wahlfreiheit, welche Leistungen sie wo „einkaufen“.
- In Schweden werden am häufigsten Entlastungsangebote für Angehörigen (z. B. durch Kurzzeitpflegeeinrichtungen) angeboten und auch angenommen. Der Schwedische Staat wird deshalb diese Struktur weiter ausbauen.
- In Finnland werden Pflege-Voucher ausgegeben, die die Betroffenen selbst einlösen können. Dieses System respektiert die Selbstbestimmung der Betroffenen und steigert die Konkurrenz und die Qualität bei den Versorgungsinstituten, da auch hier eine Wahlfreiheit besteht.
- In den nordischen Ländern vermittelt bereits der Hausarzt Information über Pflegeleistungen und steht seinen Patienten bei der häuslichen Versorgung bei.
- Die meisten Länder, die an der Studie beteiligt waren, hatten einen geringeren bürokratischen Aufwand als Deutschland, um die angebotenen Leistungen zu beantragen bzw. um diese abrufen zu können.
- Deutschland ist jedoch das Land mit den am höchsten finanziellen Zuschüssen.

(vgl. <sup>53</sup> und <sup>54</sup>)

In Deutschland tritt die Vereinbarkeit von Pflege und Arbeit immer mehr in den Vordergrund. Die Prioritätensetzung der Angestellten ist meist eindeutig. So entscheiden sich diese in dem Fall, dass Angehörige ihre Unterstützung benötigen, meist für diese und gegen die Arbeit. Forciert durch den Fachkraftmangel in der Industrie sind die Konzerne gezwungen umzudenken und Lösungsstrategien für diese Fälle zu entwickeln. Aus einer Erhebung vom November 2011 geht hervor, dass derzeit bereits knapp ein Drittel der befragten Betriebe Konzepte, wie flexible Arbeitszeitmodelle, Teilzeitarbeitsmodelle bzw. direkte Pflegezeitmodelle für pflegende Angehörige entwickelt und umgesetzt haben, die sogar über die gesetzlichen Bestimmungen reichen, um diese Mitarbeiter weiter in ihren Betrieben halten zu können (vgl. <sup>55</sup>).

---

<sup>53</sup> Quellen: Lamura G. ; Mnich E.; Wojszel B.; Nolan M.; Krevers B.; Mestheneos L.; Döhner H. (2006): Erfahrungen von pflegenden Angehörigen älterer Menschen in Europa bei Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 39, 2006, 429-442

<sup>54</sup> [http://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bund/pflege/mediathek/pflege\\_mediathek\\_gg\\_spezial\\_03\\_06.pdf](http://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bund/pflege/mediathek/pflege_mediathek_gg_spezial_03_06.pdf)

<sup>55</sup> [http://www.beruf-und-familie.de/system/cms/data/dl\\_data/3e83fbc7a463bc5aca9475abb269e8a2/01\\_GFK\\_Befragung.pdf](http://www.beruf-und-familie.de/system/cms/data/dl_data/3e83fbc7a463bc5aca9475abb269e8a2/01_GFK_Befragung.pdf)



### **Weitere Unterstützungsangebote, die bereits in Deutschland genutzt werden können:**

- Ambulante Pflegedienste
- Betreuungsgruppen
- Angehörigen- und Selbsthilfegruppen
- Ehrenamtliche Helferinnen
- Tagespflegeeinrichtungen
- Kurzzeit- und Urlaubs- bzw. Verhinderungspflege
- Betreuter Urlaub für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen

Auf der Internetseite der Deutschen Alzheimergesellschaft (vgl. <sup>56</sup>), die sich sehr für die Rechte von pflegenden Angehörigen einsetzt, sind weitere Informationen zu den benannten Punkten zu finden.

### **Aktuelle Ereignisse**

So wie von den TeilnehmerInnen des World Cafés es gefordert hatten, wurde mit dem Begriff der Pflegebedürftigkeit für die Bundestagswahl im September 2013 aktiv Wahlkampf betrieben. Der SPD Kanzlerkandidat Peer Steinbrück versprach u.a. in zahlreichen Fernseh- und Zeitungsinterviews 125.000 zusätzlich Pflegestellen zu schaffen und die gestrichene Förderung für altersgerechtes Wohnen in Höhe von 100 Millionen Euro zu reaktivieren (vgl. <sup>57</sup>). Doch diese Neuschaffung von weiteren Stellen im Gesundheitssektor wird das Versorgungsproblem nicht lösen, da bereits heute die vorhandenen Stellen nicht mehr mit adäquaten, hochqualifizierten Pflegekräften besetzt werden können. Auch die Regierungspartei CDU kündigt an, die Pflegeversorgung zu reformieren. Wie dies von statten gehen soll und welche Änderungen diese Reform umfassen wird bleibt jedoch offen. Fraglich bleibt auch, ob die Reformen auch die pflegenden Angehörigen betreffen werden.

### **Themen des Tisches**

Als Konklusion der Ergebnisse, die an diesem Tisch diskutiert wurden, kann festgehalten werden, dass die Kommunikation über Pflege und pflegende Angehörige als das Wichtigste erachtet wurde, was jeder Einzelne bereits heute tun kann. Erst durch die Aufmerksamkeit der Bevölkerung kann den pflegenden Angehörigen auch die nötige Wertschätzung und der nötige Respekt entgegen gebracht werden. Oft ist die mangelnde Beachtung keine Missachtung, sondern lediglich Unwissenheit über deren Situation. So gilt es weiterhin die Informationen zu streuen, im Privaten sowie im Politischen, wodurch es gelingen kann, Pflegebedürftigkeit zu enttabuisieren. Weiter gilt es den Zusammenschluss der pflegenden Angehörigen zu forcieren, da dadurch alleine in Deutschland eine Masse von 1,2 Millionen Menschen mobilisiert werden kann, die dadurch an Einfluss gewinnt und so ihre Interessen leichter umsetzen und vertreten kann.

Durch den Charakter einer kollegialen Beratung wurde dieser Tisch von den Teilnehmern als sehr hilfreich beschrieben. Die Teilnehmer tauschten sich über gemachte Erfahrungen aus und halfen so einander. So hat ein Teilnehmer bei der Frage, was man derzeit für die pflegenden Angehörigen konkret machen kann, angegeben: mehr Veranstaltungen wie diese durchführen, um die Bevölkerung auf uns aufmerksam zu machen!

---

<sup>56</sup> [www.deutsche-alzheimer.de](http://www.deutsche-alzheimer.de)

<sup>57</sup> [http://www.kma-online.de/nachrichten/pflege/wahlkampf-steinbrueck-verspricht-125-000-zusaetzliche-pflegekraefte\\_id\\_31336\\_view.html](http://www.kma-online.de/nachrichten/pflege/wahlkampf-steinbrueck-verspricht-125-000-zusaetzliche-pflegekraefte_id_31336_view.html)

Die Ergebnisse der Moderationskarten ergaben folgende Handlungsbereiche, die aus Sicht der World Café Teilnehmer dringend forciert werden sollten:

### **1. Kommunikation:**

- durch die Enttabuisierung des Alters den Wert des Alters hervorheben, um so zurück zur Wertschätzung, weg vom Kapitalismus zu gelangen.
- die Aufklärung muss bereits in den Schulen beginnen.
- mehr Aufklärung über die Notwendigkeit von Versorgungs- Betreuungsvollmacht.
- das Thema Pflege über die über die Medien „streuen“, publizistische Talkshows.
- Pflege als Wahlkampfthema: Finanzierung, Versorgung. Mehr Öffentlichkeitsarbeit.
- mehr Aufklärung Subventionierung von Prävention. Barrierefreies Bauen.
- Hinweis auf konkrete Aktivitäten die bereits in den einzelnen Bereichen in Deutschland verfolgt werden.

### **2. Partizipation**

- Hilfe bei der Strukturierung und Koordination von pflegebedürftigen Angehörigen.
- Angehörige in den Heimen mit einbeziehen.
- Pflegenden Angehörige zu Wort kommen lassen.
- Möglichkeiten für Seniorentreffs schaffen, wobei die Örtlichkeit durch die Zielgruppe bestimmt wird.

### **3. Strukturelle Veränderungen**

- Tagespflege in der näheren Umgebung, ohne Anmeldung. Steigerung der Flexibilität.
- Hochqualifizierte Pflege. Pflegekammer als Qualitätsmerkmal.
- Schulungsangebote für pflegende Angehörige. So entstehen Netzwerke und Gemeinschaft.
- Alten- Wohngemeinschaften mit individ. Pflegekräften.
- Möglichkeit, dass man im eigenen Viertel wohnen bleiben kann. Förderung.
- Einhaltung der Patientenversorgung rechtlich absichern.
- Gelder zweckgebunden vergeben. Pflegegutscheine.
- Leistung der pflegenden Angehörigen in das Bruttoinlandsprodukt aufnehmen.
- Schaffung von Kostentransparenz.
- Vereinfachung des Systems. Entbürokratisierung – Gelder gerecht verteilen

### **4. Werte**

- Durch Kommunikation die eigenen Werte vertreten
- Schaffen einer „Ersatzkirche“ (Werte)

### **Literaturhinweis**

Der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen hat eine Handreichung Kompetenzförderung von pflegenden Angehörigen und Patienten herausgebracht, die kostenlos einsehbar ist (siehe <sup>58</sup>).

---

<sup>58</sup> [http://www.pflegenoten.de/media/publikationen/schriftenreihe/GKV-Schriftenreihe\\_Pflege\\_Band\\_7\\_18967.pdf](http://www.pflegenoten.de/media/publikationen/schriftenreihe/GKV-Schriftenreihe_Pflege_Band_7_18967.pdf)

## Schlusswort

Das deutsche Pflegesystem und dessen Prozesse sind hochkomplex und selbst für Fachleute kaum über- und durchschaubar. Die Komplexität führt dazu, dass pflegende Angehörige bzw. Bürger, die plötzlich mit dieser Thematik in der Familie konfrontiert werden, oft hilflos und ohnmächtig vor einer Unmenge von neuen Herausforderungen stehen. Aus unserer Sicht ist u.a. ein deutliches Informationsdefizit der Betroffenen über das System und dessen Prozesse sowie die mangelhafte kommunale und staatliche Unterstützung und geeignete Infrastruktur ein Hauptgrund dafür, dass die Menschen sich allein gelassen fühlen und oft an den Rande ihrer Belastbarkeit bei der Bewältigung der Situation kommen. Aber nicht nur die Angehörigen sind an bzw. über den Grenzen ihrer Belastbarkeit, sondern auch die Frauen und Männer, die in den ambulanten und stationären Pflegediensten und Pflegeeinrichtungen tätig sind. Die Gründe hierfür sind vielfältig (u.a. zu wenig Personal, zu viel Bürokratie). Unsere Einschätzung wird auch von den TeilnehmerInnen des World Cafés geteilt, die eine Vielzahl von strukturellen und prozessualen Veränderungen bzw. Verbesserungen als notwendig erachten, um ein besseres Ergebnis für alle Beteiligten zu bekommen. Wie bringen wir diese Veränderungen auf den Weg? Natürlich ist die Politik herausgefordert, die sich allerdings in den letzten Jahren bzw. Jahrzehnten aus einer aktiven und gestalterischen Rolle zurückgezogen und das Feld den Märkten überlassen hat. In einem Vorwort einer Broschüre zum Thema `Dankt der Staat ab? – Wo bleibt das Primat der Politik? Unabhängigkeit und demokratische Legitimität im 21. Jahrhundert` (vgl. <sup>59</sup>) von Transparency Deutschland und dem Deutschen Beamtbund zum Thema schreiben Peter Heesen (Bundesvorsitzender Beamtenschaft und Tarifunion) und Frau Professor Edda Müller (Vorsitzende Transparency International Deutschland) folgendes: „.....Was haben der Streit um Stuttgart 21, von Externen erstellte Gesetzentwürfe und bilaterale Verträge zwischen der Bundesregierung und vier großen Stromkonzernen im Vorfeld parlamentarischer Gesetzesberatung gemeinsam? Grundregeln des demokratischen Prozesses wie die klare Zuordnung von Verantwortlichkeiten scheinen aus dem Blick zu geraten. Das Primat der Politik droht, verloren zu gehen. Das Vertrauen der Bürger in eine gerechte, auf Ausgleich und Gleichbehandlung bedachte Politik scheint zu schwinden. Ist es an der Zeit, Entscheidungsprozesse der Politik zu überdenken? Welche Rolle spielen Wissenschaft und organisierte Interessen in der Politikberatung? Wie ist es um die Prärogative (Anmerkung der Verfasser: Prärogative=Vorzug oder Vorrecht im staatsrechtlichen Sinn) des Parlaments bestellt? Kann die Ministerialbürokratie ihre Aufgaben als kompetenter und unabhängiger Berater der gewählten Regierung noch zufriedenstellend wahrnehmen? Welche Antworten lässt unser Grundgesetz auf diese Fragen zu? Wie viel Staat ist nötig, um die Unabhängigkeit und Legitimation politischer Entscheidungen zu sichern?.....Die Suche nach den richtigen Antworten wird auch angesichts des Verlusts politischer Handlungsfähigkeit aufgrund internationaler wirtschaftlicher Verflechtungen sowie supranationaler Kompetenzverlagerungen weitergehen. Sie muss weitergehen, weil ein simples „weiter so“ die politische Stabilität unserer Gesellschaft gefährden könnte. Für die Korrektur evidenter Fehlentwicklungen und die Suche nach besseren Lösungen bedarf es einer breiten Diskussion und engagierter Bündnisgenossen.....“. Dem können wir uns nur anschließen. Aus unserer Sicht ist die Methode des World Cafés, das Bürger, Betroffene, Entscheider und Politiker an einen Tisch bringt, ein viel versprechender Weg, um Lösungen zu entwickeln und wir hoffen, dass wir mit unserem Bericht Impulse für weitere World Cafés geben konnten. Denn nur gemeinsam ist es möglich, tragfähige Veränderungen in unserer Gesellschaft anzustoßen.

<sup>59</sup> [http://www.transparency.de/fileadmin/pdfs/Wissen/Publikationen/TIBroschure\\_dbb\\_web.pdf](http://www.transparency.de/fileadmin/pdfs/Wissen/Publikationen/TIBroschure_dbb_web.pdf)