

Versorgungskonzepte für eine alternde Gesellschaft

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

DR. H.C. JÜRGEN GOHDE



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

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

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

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

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

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

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

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

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

Wer übernimmt die Verantwortung

für den sozialen Ausgleich und die Infrastruktur vor Ort?

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

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

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

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

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

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff

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

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

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

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

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

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

Wie wird Pflegebedürftigkeit erfasst?

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

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

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

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

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

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

Evaluation des Begutachtungsverfahrens

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

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

Spielräume bei der Umsetzung

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

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

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

Empfehlungen des Beirats

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

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

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

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

Schnittstellen und Druckstellen in der gegenwärtigen Versorgung

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

- Verstopfte Kommunikationskanäle durch „Sektorenverhaftetheit“,

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

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

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

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

Wohnen und Leben im Alter

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

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

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

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

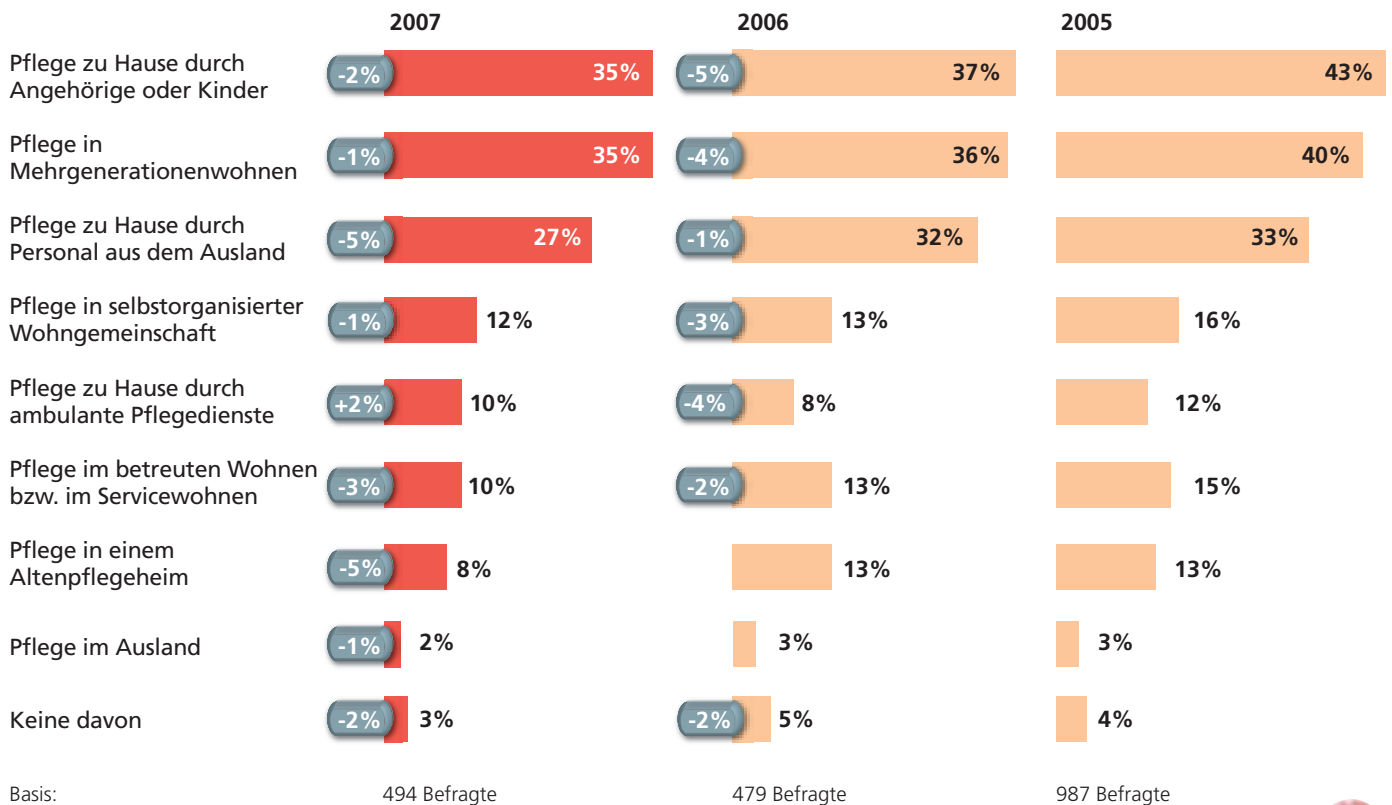
Für die Versorgung von Menschen mit Beeinträchtigungen ihrer Alltagskompetenz, also beispielsweise demenziell erkrankte Personen, spielen dabei wohnortnahe Unterstützungsformen, informelle Netzwerke, der Zugang zu gut koordinierten ärztlichen Hilfen und andere Unterstützungsformen eine besondere Rolle.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

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

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

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

Entscheidung für Wohnformen – Vielfalt der Wünsche



Quelle: Altenpflege-Monitor 2007/08 | Mehrfachangaben möglich



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

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

Alter und Armut: Pflegebedürftigkeit

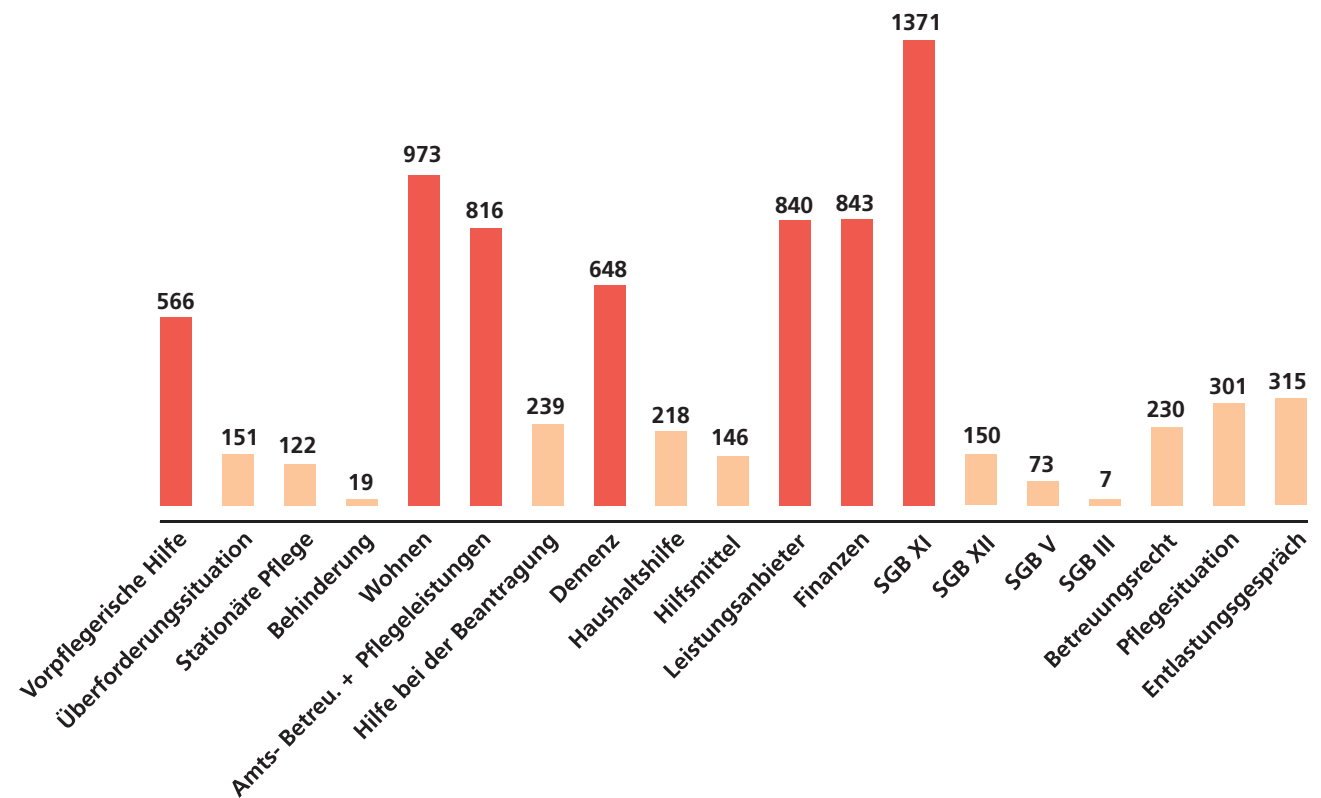
Auch wenn im Jahr 2004 Altersarmut in Deutschland mit 13 Prozent der Bevölkerung unterhalb des Bevölkerungsdurchschnitts (15 Prozent) liegt und auch den EU-Durchschnittswert (16 Prozent) unterschreitet, sind Teilhabe- und Wahlmöglichkeiten schon jetzt hinsichtlich der Versorgungsformen eingeschränkt.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

Positiv könnte sich auswirken:

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

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

Nachgefragte Themen in der Beratung von Pflegestützpunkten



Quelle: Kuratorium Deutsche Altershilfe



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

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

Klärung und Verbesserung von Zuständigkeiten und der Steuerung

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

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

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

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

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

Literatur beim Verfasser: Gohde@juergen-gohde.de

.....

PFARRER DR. H.C. JÜRGEN GOHDE

.....



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

