

Vom Pflegefall zum gepflegten Menschen

Knapp 2,9 Millionen Deutsche waren laut Statistischem Bundesamt Ende 2015 pflegebedürftig. Das ist eine enorme Anzahl an Menschen, von denen fast drei Viertel zu Hause gepflegt wurden. In den Pflegeheimen belief sich die Zahl der Bundesbürger zeitgleich auf 783.000. Angesichts dieser beträchtlichen Zahlen stellte das SZ-Gesundheitsforum in Kooperation

mit der Katholischen Akademie Bayern die Pflegebedürftigen selbst und ihre Angehörigen in den Mittelpunkt. Am 8. November 2017 ging es unter anderem um neue Versorgungsformen, die Pflegeberatung und die seelsorgliche Begleitung von Pflegebedürftigen. Auf den folgenden Seiten dokumentieren wir die Vorträge unserer Referentinnen.

Grundlegendes zur Pflegebedürftigkeit im Alter

Anita Hausen

Das Alter hat angesichts der Ausdehnung des Lebens an Zeitraum an Bedeutung gewonnen. Rein zeitlich betrachtet kann dieser letzte Lebensabschnitt vor dem Hintergrund der gestiegenen Lebenserwartung durchaus zu einer dominanten Lebensphase werden. Das Alter ist aber auch charakterisiert durch die Zunahme alterskorrelierter chronischer Erkrankungen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus Typ 2, Krebserkrankungen und durch Funktionsverluste, resultierend aus den altersabhängigen physiologischen Veränderungsprozessen von Organen und Organsystemen. Zu den altersabhängigen, mit kognitiven Funktionsverlusten einhergehenden Veränderungsprozessen gehört beispielsweise die Demenz.

Ob das Alter eher in Gesundheit oder in Krankheit verbracht wird, hängt von verschiedenen Faktoren ab. Die Kompressionstheorie geht davon aus, dass ältere Menschen trotz steigender Lebenserwartung von funktionalen Einschränkungen verschont bleiben und Krankheit und Einschränkungen erst in den letzten Lebensjahren auftreten. Die Expansionstheorie dagegen geht davon aus, dass die zusätzlichen Lebensjahre nicht in Gesundheit, sondern eher im kranken Zustand verbracht werden aufgrund innovativer Behandlungsmethoden, die die Lebenserwartung der Menschen verlängern, aber nur selten zur Wiederherstellung der Gesundheit beitragen. Anzumerken bleibt, dass sowohl die Kompressions- als auch die Expansionstheorie zu komplex sind, um sie für allgemeingültige Aussagen wie die Vorhersage von Erkrankungszeitpunkten nutzen zu können.

Im Alter kann jeder Mensch beispielsweise durch Unfall oder Krankheit auf Hilfe im Alltag angewiesen sein. In der Regel stellt eine plötzlich eintreten-



Prof. Dr. Anita Hausen, Professorin für Versorgungsforschung und Versorgungskonzepte mit Schwerpunkt pflegerische Versorgung im Alter, Katholische Stiftungshochschule München

de Pflegebedürftigkeit alle Beteiligten vor große Herausforderungen und ist mit vielen Fragen verbunden.

I. Pflegebedürftigkeit nach dem Sozialgesetzbuch

Der Begriff der „Pflegebedürftigkeit“ wurde erstmals im Jahr 1995 mit der Einführung der sozialen Pflegeversicherung definiert. Laut dem elften Sozialgesetzbuch (SGB XI) gelten diejenigen Menschen als pflegebedürftig, „die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung

für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen.“

Maßgeblich für das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit sind gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeit in den folgenden sechs Lebensbereichen:

1. Mobilität, wie beispielsweise die Fortbewegung innerhalb der eigenen Wohnung, Positionswechsel im Bett, das Halten einer stabilen Position im Sitzen;
2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten, wie beispielsweise zeitliche und örtliche Orientierung, das Erkennen von Personen aus dem eigenen Umfeld, die Erinnerung an wesentliche Ereignisse, das Mitteilen von Bedürfnissen, die Beteiligung an Gesprächen;
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen wie beispielsweise nächtliche Unruhe, selbstschädigendes Verhalten, Aggression anderen Personen gegenüber, Abwehr pflegerischer Maßnahmen, Ängste;
4. Selbstversorgung wie beispielsweise Körperpflege, Zubereitung der Nahrung, Nahrungsaufnahme;
5. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen wie beispielsweise Medikamenteneinnahme, Wundversorgung, Arztbesuche, Einhalten von Diäten;
6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte wie beispielsweise die Strukturierung des Tagesablaufs, Eigenbeschäftigung, Zukunftsplanung, Interaktion mit Angehörigen und Bekannten.

Bei der Ermittlung des Schweregrades der Pflegebedürftigkeit fallen die einzelnen Bereiche prozentual unterschiedlich ins Gewicht. Die Lebensbereiche werden durch die Begutachter des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) betrachtet und unterschiedlich gewichtet. Der Lebensbereich Selbstversorgung erfährt mit 40 Prozent die höchste Gewichtung, gefolgt vom Bereich Umgang mit krankheitsspezifischen/therapiebedingten Anforderungen mit 20 Prozent und den Bereichen Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte, kognitive und kommunikative Fähigkeiten beziehungsweise Verhaltensweisen und deren Problemlagen mit jeweils 15 Prozent und zuletzt der Lebensbereich Mobilität mit 10 Prozent (Abb. 1).

Der Begutachter wird das Ausmaß der Einschränkung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten anschauen und eine Gesamtbewertung vornehmen. Dann erfolgt die Einstufung in einem der fünf Pflegegrade. Zum 1. Januar 2017 wurden die Pflegestufen durch die Pflegegrade abgelöst.

Entscheidend für die Einstufung in einem Pflegegrad sind der Grad der Selbstständigkeit, die Fähigkeiten des jeweiligen Pflegebedürftigen sowie die benötigte personelle Unterstützung. Im Fokus der Begutachtung stehen damit die Selbstständigkeit und die Fähigkeiten pflegebedürftiger Menschen. Die Kernfragen sind dabei: Was kann ein Mensch noch alleine? Wobei benötigt er personelle Unterstützung?

II. Die Leistungen der Pflegeversicherung

Die Leistungen der Pflegeversicherung können die Versicherten auf Antrag erhalten. Dazu wendet sich der Versicherte an seine Pflegekasse. Die Leistungen werden ab Antragstellung gewährt, frühestens jedoch von dem Zeitpunkt an, in dem die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen.

Das Recht auf Selbstbestimmung spiegelt sich beispielsweise in der Möglichkeit, über die Art der Pflege zu entscheiden. So hat ein pflegebedürftiger Mensch die Wahl, ob er sich von einem Angehörigen oder einem Pflegedienst zu Hause pflegen lassen oder lieber in einem Heim untergebracht werden möchte. Auch wenn die Unterbringung in einem Heim als Wahlmöglichkeit besteht, so unterstützt die Pflegeversicherung mit ihren Leistungen vorrangig die häusliche Pflege.

Pflegebedürftige, die zu Hause durch einen ambulanten Pflegedienst versorgt werden, können Sachleistungen entsprechend ihres Pflegegrades beanspruchen. Der Pflegedienst rechnet erbrachte Sachleistungen zur Vergütung seiner Dienstleistungen direkt mit der Pflegeversicherung ab. Eine weitere Möglichkeit stellt die Inanspruchnahme von Kombinationsleistungen dar. Pflegebedürftige, die sich sowohl von einem Angehörigen als auch von einem Pflegedienst versorgen lassen, können Pflegegeld und Sachleistungen kombinieren. Pflegebedürftige, die zu Hause gepflegt werden, können zusätzlich einen zweckgebundenen Entlastungsbeitrag in Anspruch nehmen. Mit dieser Leistung kann der Pflegebedürftige beispielsweise seine Betreuung im Alltag sicherstellen.

III. Pflegesachleistungen

Die Pflegesachleistungen können differenziert werden in körperbezogene Pflegemaßnahmen wie Waschen, Kämmen, Rasieren oder Aufnahme der Nahrung, in pflegerische Betreuungsmaßnahmen wie Entwicklung und Aufrechterhaltung einer Tagesstruktur und Hilfe bei der Haushaltsführung wie Kochen, Spülen, Reinigung der Wohnung.

Neben Leistungen aus dem SGB XI können Leistungen der Behandlungspflege nach SGB V erforderlich sein.

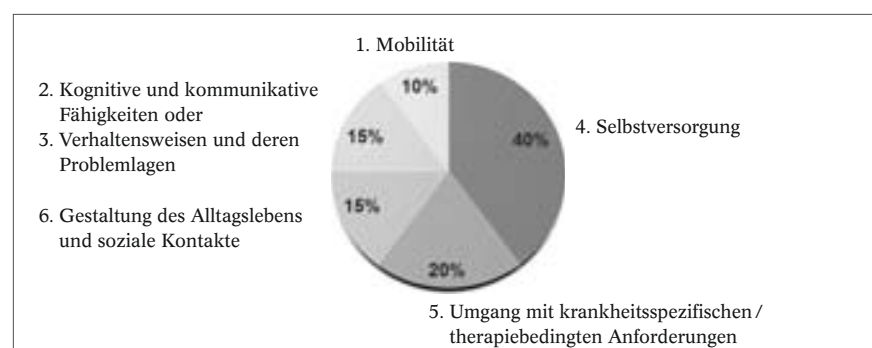


Abb. 1: Gewichtung der Lebensbereiche zur Ermittlung der Pflegebedürftigkeit



Das Podium: Die Fragerunde an die fünf Referentinnen moderiert von Prof. Dr. Constanze Giese, Dekanin im Fachbereich Pflege an der Katholischen

Stiftungshochschule München und Mitglied im SZ-Gesundheitsforum (3. v. r.), sowie Studienleiter Dr. Johannes Schießl.

Darunter werden ausschließlich medizinische Leistungen verstanden. Diese Leistungen erfolgen auf Grundlage einer ärztlichen Verordnung durch Pflegefachkräfte bei einem Pflegebedürftigen im häuslichen Umfeld, aber auch in stationären Altenpflegeeinrichtungen.

Leistungen der teilstationären und stationären Pflege umfassen Tagespflege, Nachtpflege und Pflegeheime. In Einrichtungen der Tagespflege werden pflegebedürftige Menschen versorgt, die abends und nachts in ihre eigene Wohnung zurückkehren. Das Angebot der Nachtpflegeeinrichtungen ähnelt dem Programm der Tagespflege. Dort werden die Pflegebedürftigen von den Abendstunden bis zum Aufstehen versorgt. Interessant ist dieses Angebot vor allem für Pflegebedürftige, die einen veränderten Tag-Nacht-Rhythmus haben.

IV. Der Ort der Versorgung

Die Versorgung pflegebedürftiger Menschen erfolgt in Deutschland im ambulanten und stationären Bereich. Im Jahr 2015 lebten in Deutschland 2,9 pflegebedürftige Menschen mit Anspruch auf Leistungen nach dem SGB XI. Von den 2,9 Millionen Menschen werden 73 Prozent zu Hause versorgt, entweder alleine durch Angehörige, zusammen mit einem ambulanten Pflegedienst oder alleine durch einen ambulanten Pflegedienst. In Heimen vollstationär werden lediglich 27 Prozent der Pflegebedürftigen versorgt. Diese Entwicklung entspricht Studienergebnissen, die zeigen, dass lediglich rund 11 Prozent der Befragten in einem Heim leben möchten, wenn der Lebensalltag nicht mehr allein zu bewältigen ist. Der Großteil der Menschen möchte im häuslichen Umfeld bleiben und entweder auf familiäre und/oder professionelle Unterstützung

zugreifen, um den Lebensalltag zu bewältigen.

Für die ambulante Versorgung ergibt sich hieraus ein zunehmender Bedarf an Versorgungsleistung. Prognosen gehen davon aus, dass sich bis zum Jahr 2050 die Zahl der Pflegebedürftigen in Deutschland im Vergleich zum Jahr 2012 um 72 Prozent erhöhen wird. Die steigende Anzahl an Pflegebedürftigen lässt für das gesamte Gesundheitssystem und nahezu alle medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Fachberufe die Frage aufkommen, wie, wo und durch wen die Pflegebedürftigen in Zukunft versorgt werden sollen (Abb. 2).

V. Veränderungen durch das neue Verständnis von Pflegebedürftigkeit

Seit der Einführung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs wird kritisiert, dass die Zuordnung zu einer der Pflegestufen auf körperlichen und organischen Einschränkungen basiert, psychische und kognitive Einschränkungen werden nicht mit berücksichtigt. Aspekte, wie die der Kommunikation und die der sozialen Teilhabe bleiben damit im Leistungsrecht der Pflegeversicherung unberücksichtigt.

Der Gesetzgeber hat auf diese Kritik in mehreren Schritten reagiert. Im Rahmen des zweiten Pflegestärkungsgesetzes (PSG II) wurde zum 1. Januar 2017 ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt. Mit diesem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff wird die Zielsetzung der Gleichbehandlung von körperlich, kognitiv und psychisch beeinträchtigten Menschen verfolgt. Seitdem ersetzen fünf Pflegegrade die bisherigen drei Pflegestufen.

Mit den fünf Pflegegraden kann die Art und der Umfang der Leistungen unabhängig von körperlichen, geistigen oder psychischen auf die jeweiligen

individuellen Fähigkeiten und Bedürfnisse abgestimmt werden. Der Bewertungsmaßstab für die Zuordnung zu einem der Pflegegrade ist der Grad der Selbstständigkeit und nicht mehr der Zeitaufwand des Hilfebedarfs. Die Potenziale eines Menschen werden damit stärker in den Blick genommen, die Bewertung orientiert sich an Ressourcen. Zur Erfassung der Pflegebedürftigkeit wurde ein neues wissenschaftlich fundiertes Assessment zur Begutachtung entwickelt. Mit diesem Assessment wird der Grad der Selbstständigkeit bei Aktivitäten in sechs pflegerelevanten Modulen erfasst. Das neue Verständnis von Pflegebedürftigkeit bietet zudem eine größere Grundlage für die Ableitung von Präventions- und Rehabilitationspotenzial.

In der Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen und Multimorbidität wird seit längerem die Orientierung an Defiziten kritisiert. Ein ganzheitliches Versorgungsverständnis im Sinne des bio-psycho-sozialen Modells erfordert neben der körperlichen Ebene den Einbezug der psychischen und der sozialen Ebene chronisch erkrankter Menschen. Mit einer ganzheitlichen Sichtweise lassen sich Implikationen für die Versorgung chronisch Erkrankter wie Prävention, Gesundheitsförderung, Selbstmanagement ableiten. Vor allem bei chronischen Erkrankungen können die davon betroffenen Menschen selbst einen Teil im Umgang mit ihren Erkrankungen beitragen.

Mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff wird ein Perspektivenwechsel angestrebt. Allerdings erfordert dieser Perspektivenwechsel ein anderes fachliches Verständnis seitens der Pflege und der anderen Gesundheitsberufen, sie werden damit vor neue Aufgaben gestellt.

Für ältere Menschen ist es die Regel, an einer oder mehreren chronischen Erkrankungen zu leiden. In der Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen kommt neben der Stabilisierung der Erkrankung das Selbstmanagement hinzu. Die Betroffenen möchten und müssen trotz chronischer Erkrankung ihren Alltag bewältigen. An dieser Stelle kommt den Ressourcen eine hohe Bedeutung zu. Von daher ist es der richtige Weg, wenn sich die Bewertung der Pflegebedürftigkeit an Potenzialen des Menschen orientiert und nicht nur ausschließlich an deren Defiziten. Die Betreuung eines Pflegebedürftigen steht somit als gleichberechtigte Leistung neben den körperbezogenen pflegerischen Maßnahmen und den Hilfen bei der Haushaltsführung.

Die Gesundheitspolitik hat mit dem zweiten Pflegestärkungsgesetz auf die langjährige Kritik reagiert und dem Begriff der Pflegebedürftigkeit ein anderes Verständnis zugrunde gelegt. Für die Gruppe der Pflegebedürftigen ist dies ein bedeutender Schritt in die richtige Richtung. □

| | | |
|--|--|--|
| 2,9 Millionen Pflegebedürftige insgesamt | | |
| zu Hause versorgt: 2,08 Mio. (73%) | | in Heimen vollstationär versorgt: 783.000 (27%) |
| durch Angehörige: 1,38 Mio. Pflegebedürftige | zusammen mit/durch ambulante Pflegedienste: 692.000 Pflegebedürftige | |
| | durch 13.300 ambulante Pflegedienste mit 355.600 Beschäftigten | in 13.600 Pflegeheimen mit 730.000 Beschäftigten |

Abb. 2: Ein Überblick über die Versorgungswirklichkeit pflegebedürftiger Menschen im Jahr 2015.



Dekanin Constanze Giese mit zwei der Referentinnen: Anita Hausen und Helma Kriegisch (v. l. n. r.).

Versorgungsformen und Unterstützungsangebote heute

Helma Kriegisch

I. Demografische Veränderungen und Prognosen

Was ist zu tun, wenn der Unterstützungsbedarf steigt oder Pflege erforderlich wird? Gibt es Königswegen, wie Versorgung am besten gelingen kann? Um die Fragen zu beantworten, ist zunächst ein Blick auf die demografischen Veränderungen und Prognosen hilfreich.

Als das dritte und vierte Lebensalter werden mittlerweile die Personen zwischen 65 und 80 Jahren beziehungsweise die über 80-Jährigen, die Hochbetagten bezeichnet. Die Lebenserwartung hat sich in den letzten 100 Jahren mehr als verdoppelt. Man geht davon aus, dass heute geborene Mädchen eine durchschnittliche Lebenserwartung von 86,5 Jahren, heute geborene Jungen eine Lebenserwartung von fast 80 Jahren haben werden.

In den letzten 15 Jahren wurde eine Verschiebung der chronischen Erkrankungen und Fähigkeitseinbußen auf die letzten Jahre vor dem Tod beobachtet, die „Kompression der Morbidität“. Gründe für den längeren Erhalt der Fähigkeiten sind unter anderem die Entwicklung und Umsetzung präventiver Maßnahmen, die Abnahme des Zigarettenkonsums, der medizinische Fortschritt etwa bei der Behandlung von Diabetes, koronaren Herzkrankheiten und Bluthochdruck.

Zahlen des Bundesministeriums für Gesundheit belegen, dass zwischen dem 60. und 80. Lebensjahr 4 Prozent der Menschen pflegebedürftig sind. Nach dem 80. Lebensjahr lebt der größte Teil zwar selbstständig, der Prozentsatz der Pflegebedürftigen steigt dann auf 32 Prozent an. Das Risiko, pflegebedürftig zu werden, steigt also mit zunehmendem Alter und die meisten Pflegebedürftigen sind ältere Menschen. Nicht zu verkennen ist, dass auch Kinder, Jugendliche sowie Erwachsene unterschiedlichen Alters beispielsweise aufgrund von Behinderungen, Erkrankungen oder Unfällen Unterstützung und Pflege benötigen.

1,54 Millionen Bürgerinnen und Bürger haben derzeit ihren Hauptwohnsitz in der Landeshauptstadt München. 267.300 Personen, das heißt 17,3 Prozent, sind 65 Jahre oder älter und rund 70.700, also 4,6 Prozent, sind älter als 80 Jahre. Rund 95.800 ab 80-Jährige werden für das Jahr 2035 prognostiziert (**Abb. 1, Seite 26**). Besonders stark ist der Anstieg der ab 80-Jährigen ohne deutsche Staatsangehörigkeit: zur Zeit 5.500, im Jahr 2035 20.700 Personen.

Die amtliche Pflegestatistik weist für München 26.745 Empfänger von Leistungen aus der Pflegeversicherung aus, drei Viertel werden von Angehörigen und/oder ambulanten Pflegediensten versorgt. In der Bedarfsermittlung zur pflegerischen Versorgung in München von 2016 wurde ein Anstieg der Pflegebedürftigen auf 31.400 im Jahr 2025 vorausgerechnet.

Zum Thema Altersarmut: Derzeit beziehen circa 14.300 ab 65-Jährige Grundversicherung im Alter.

II. Beratungsangebote

Die jeweiligen Pflegekassen haben einen gesetzlichen Pflegeberatungsauftrag, dem sie individuell, aber auch



Helma Kriegisch, Leiterin der Unterabteilung „Strukturelle Hilfen bei Pflegebedürftigkeit“ im Sozialreferat der Stadt München

generell im Internet nachkommen, wie mit einem Pflegenavigator/ Pflegenotruf oder Auskünften zu Pflegegraden und gesetzlichen Leistungen.

Ganz konkret vor Ort benötigt man durchaus praktische Hilfe und Unterstützung. In München gibt es darüber hinaus eine Vielzahl unterschiedlicher Beratungsangebote, die von individueller Beratung zu Hause bis zur Verbesserung des Pflegearrangements in der eigenen Häuslichkeit reichen. Im Rahmen des Gesamtkonzepts Münchner Altenhilfe wird die Hauptstruktur der Münchner Altenhilfe künftig gebildet durch:

1. Alten- und Service-Zentren zunehmend mit präventiven Hausbesuchen;
2. Beratungsstellen bei den Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege;
3. „rosaAlter“ für Menschen ab dem 50. Lebensjahr, die bi- oder homosexuell leben, sowie an Trans*Personen;
4. die Alzheimer Gesellschaft München e. V.;
5. Fachstellen für pflegende Angehörige im Bayerischen Netzwerk Pflege;
6. entsprechende Angebote für ältere Menschen der Sozialbürgerhäuser (mit Fachstellen häuslicher Versorgung, Bezirkssozialarbeit, Beratung zu Sozialhilfe).

Die hier genannten Stellen erhalten – wenn sie nicht städtisch sind – in der Regel auch städtische Förderungen beziehungsweise eine Kofinanzierung. Das Sozialreferat hat darüber hinaus eine Internetseite (<http://www.muenchen.de/pflege-angehoeriger>), auf der man sich entsprechend von Unterstützungsbedarf über Pflegebedarf bis zur Sterbegleitung und den finanziellen und sonstigen Leistungen informieren kann. Ergänzt wird dies um die Münchner Pflegebörse, die auch den Landkreis München umfasst und über Pflegeangebote informiert.

III. Unterstützungsbedarf

Auch der aktuelle Pflegebedürftigkeitsbegriff berücksichtigt, dass vor dem

Pflegebedarf der Unterstützungsbedarf entsteht. Die Führung des eigenen Haushalts wird immer schwerer und Familie, Nachbarn und Haushaltsdienste unterstützen hier bei der Wäsche der Kleidung, der Reinigung der Wohnung und kleineren oder großen Einkäufen. Da sich dieser Personenkreis in den Pflegegraden unter 1 („0“) oder in 1 befindet, sind die Leistungen der Pflegeversicherung nicht bzw. nur in geringem Umfang gegeben. Auch der Einzug in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung, dem Pflegeheim, ist erschwert beziehungsweise nicht möglich, da die Pflegeversicherung hier keine Leistungen vorsieht.

Sinnvoll ist die Verwendung eines Hausnotrufs, der im Notfall rasch Hilfe bringt. Ergänzt werden könnte dies um weitere Elemente des Ambient Assisted Living (AAL). Neue Technologien sind bereits vielfach in den Alltag eingezogen. Vorhandene Konzepte und Technologien für pflegebedürftige Menschen sind selten einfach in der Installation und Nutzung, hinzu kommen die teils hohen Kosten.

An das korrekte Ausfüllen von Vorsorge- und Betreuungsvollmachten ist im Vorfeld einer rechtlichen Betreuung zu denken. So kann im Bedarfsfall entsprechend der Wünsche der betroffenen Personen gehandelt werden.

IV. Pflegebedarf und Pflege zu Hause

Das Hamburg Center for Health Economics (HCHE) hat untersucht, wie ältere Menschen leben möchten, wenn sie pflegebedürftig werden: Fast 90 Prozent der Deutschen möchten zu Hause gepflegt werden. Jeder Zweite kann sich Betreutes Wohnen, jeder Dritte die Pflege durch Angehörige in deren Zuhause beziehungsweise das Pflegeheim vorstellen, nur für jeden Zwanzigsten ist Pflege im Ausland denkbar.

Circa 75 Prozent der pflegebedürftigen Menschen werden zu Hause versorgt. Allein in München haben rund

Daneben gibt es auch das Assistenzmodell, das insbesondere pflegebedürftige Menschen mit Behinderungen selbst Laienhelfer, um ihre individuelle Versorgung rund um die Uhr zu organisieren.

270 ambulante Pflegedienste ihren Geschäftssitz. Professionelle Pflege dieser Dienste ergänzt insbesondere die Unterstützung und Pflege, die durch Familie, Freunde und ehrenamtlich durch Nachbarschaft geleistet wird. Daneben gibt es auch das Assistenzmodell, das insbesondere pflegebedürftige Menschen mit Behinderungen umsetzen. Sie beschäftigen selbst Laienhelfer, um ihre individuelle Versorgung rund um die Uhr zu organisieren. Als Arbeitgeber wählen sie das Personal aus, erstellen den individuellen Einsatzplan nach vertraglich festgelegten Regelungen. Zudem haben sie alle maßgeblichen gesetzlichen Vorschriften zu beachten, wie die Bezahlung von Steuern und Abgaben zur Sozialversicherung und die Einhaltung der Arbeitsschutzgesetze.

Eine 24-Stunden-Versorgung bieten mittlerweile ambulante Pflegedienste ebenso an wie Vermittlungsagenturen. Auch hier ist darauf zu achten, wer der tatsächliche Arbeitgeber ist und wem die entsprechenden Rechte und Pflichten dann obliegen. Für die pflegebedürftigen

Menschen ist es unverzichtbar, dass eine direkte Kommunikation durch entsprechende Sprachkompetenz der Mitarbeitenden möglich ist, die Betreuung im Haushalt von Kontinuität geprägt ist und fachlich einwandfrei sicher gestellt ist. Ab einem höheren Pflegebedarf ist eine Beteiligung eines ambulanten Pflegedienstes zu empfehlen, der beispielsweise das Duschen oder die Behandlungspflege übernehmen kann und darüber Veränderungen des Pflegebedarfs professionell erkennt und reagieren kann.

V. Orte der Pflege

Die letzten Reformen der Pflegeversicherung haben eine deutliche Verbesserung der Leistungen der Pflegeversicherung mit sich gebracht. So bieten in München aktuell 16 Tagespflegeeinrichtungen ihre Leistungen mit 260 solitären Tagespflegeplätzen an. Eine Pflegeeinrichtung mit zwei Nachtpflegeplätzen, die bei Pflegekassen und Sozialhilfeträgern abrechnen können, plant die Eröffnung. Zwei Betreuungsangebote für nachts sind in München bereits bei Tagespflegeeinrichtungen entstanden, die Pflegekassen zahlen hier keine Leistungen.

Mit Einführung der Pflegeversicherung sind Plätze in Altenheimen und Altenwohnheimen reduziert worden, die Menschen sollten ja ambulant zu Hause versorgt werden. Betreutes Wohnen unterliegt nicht dem Pflege- und Wohnqualitätsgesetz (PfleWoqG). Es handelt sich um privates Wohnen, das nicht ordnungsrechtlich erfasst und geprüft wird.

Betreutes Wohnen und Wohnen mit Service ist – in der Regel in höherem Preissegment – geblieben oder neu entstanden. Hier ist für Leistungen, die der Vertrag nicht beinhaltet, wie Hauswirtschaftsdienste und pflegerische Versorgung gesondert zu zahlen. Ambulante Pflege und hauswirtschaftliche Dienste sind jedoch frei wählbar und nicht zwingend beim Anbieter des Betreuten Wohnens zu kaufen.

Mit der pflegerischen Bedarfsplanung im Jahr 2004 und dem Konzept zur pflegerischen Versorgung in München aus dem Jahr 2005 beschloss der Münchner Stadtrat, dass der Bedarf an Pflegeheimplätzen in alternativen Versorgungsformen entstehen soll. Die städtischen Wohnungsbaugesellschaften GWG München und GEWOFAG haben in München unterschiedliche Konzepte umgesetzt. Die GWG München bietet bei „WGplus – Wohnen in Gemeinschaft plus Service“ selbstbestimmtes Leben in der eigenen Wohnung durch Wohnbegleitung mit Beratung, hauswirtschaftlicher Versorgung und häuslichen Pflegeangeboten unter anderem in enger Kooperation mit ausgewählten sozialen Dienstleistern.

Die GEWOFAG bietet im Konzept „Wohnen im Viertel“ allen Bewohnern eines Viertels kostenlos und rund um die Uhr Versorgungssicherheit. In Projektwohnungen leben pflegebedürftige Menschen, die durch einen ambulanten Pflegedienst versorgt werden. Dieser ambulante Pflegedienst steht hilfebedürftigen Menschen ohne Betreuungspauschale zur Verfügung. Sie erhalten Unterstützung und Sicherheit bei Notfällen, Leistungen sind dann zu bezahlen, wenn sie dauerhaft benötigt werden. Darüber hinaus kann die Pflegewohnung auf Zeit kurzfristig gemietet werden, der ambulante Pflegedienst steht auch hier zur Verfügung.

Ergänzt wird das Konzept um einen Treffpunkt, das Wohncafé, das Gelegenheit bietet, nachbarschaftliche Hilfen zu organisieren, gemeinsam zu kochen und zu essen. Wichtig ist hierbei das ehrenamtliche Engagement im Quartier.

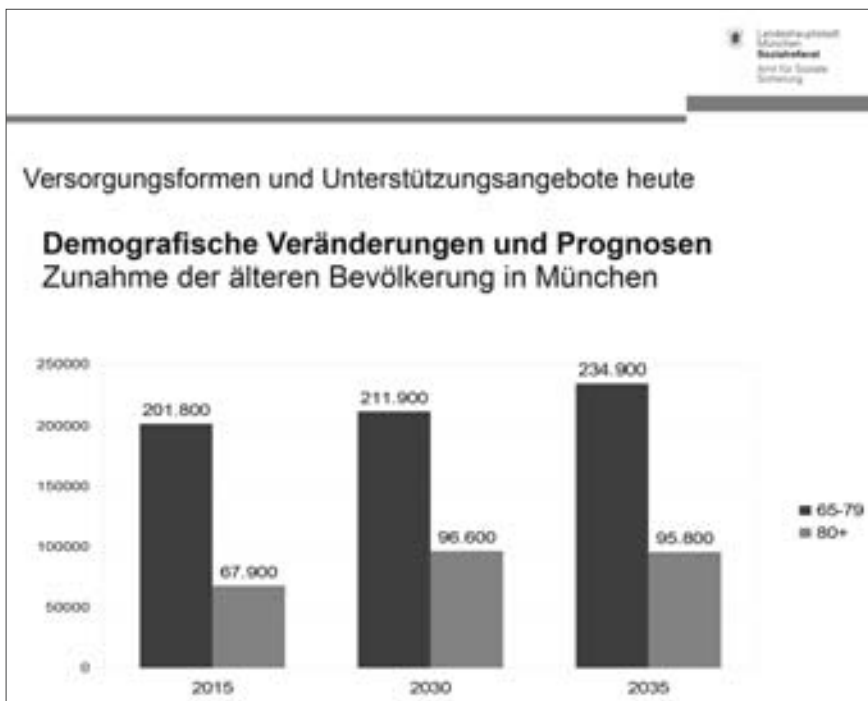


Abb. 1: Die Zahl der Pflegebedürftigen wird wohl stark steigen.

Ambulant betreute Wohngemeinschaften sind für unterschiedliche Zielgruppen entstanden: Menschen mit Demenz, mit allgemeinem pflegerischen Bedarf und mit außerklinischem Intensivpflegebedarf. Hier leben zwischen sechs und acht, jedoch maximal 12 Personen zusammen. In Bayern dürfen maximal zwei ambulant betreute Wohngemeinschaften in unmittelbarer Nähe bestehen. Damit soll vermieden werden, dass „Kleinstheime“ entstehen. In der Regel initiieren ambulante Pflegedienste die „Pflege-Wohngemeinschaften“. Hier ist wichtig, dass ein Gremium aus Mietern beziehungsweise deren Vertretungen bestimmt, wie zusammen gelebt wird, welcher Dienst die Versorgung übernimmt und anderes mehr.

Rechtlich sind die Vorgaben des vorbeugenden Brandschutzes zu beachten, die Heimaufsichten als Ordnungsbehörden prüfen ebenso wie die Gesundheitsämter und der Medizinische Dienst der Krankenversicherung unter anderem die Hygiene, die Qualität der Betreuung und der professionellen Begleitung. Das Sozialreferat bietet mit einem „Qualitätsforum“ den fachlichen Austausch der Initiatoren an.

Allein in München gibt es 58 vollstationäre Pflegeeinrichtungen, „Pflegeheime“. Der Freistaat Bayern hat die baulichen Vorgaben hier verändert. Ein höherer Anteil an Einzelzimmern, mehr Rollstuhlgerechtigkeit und dergleichen werden nun gefordert. Landratsamt München sowie die Landeshauptstadt München haben hier bereits eigene Vorgaben gemacht. Seit 2004 gelten in München für den Erwerb städtischer Flächen für den Neubau von Pflegeplätzen hier Vorgaben, wie 80 prozentiger Einzelzimmeranteil (bayerische Vorgabe bei Neubauten 75 Prozent). Konzepte für Menschen mit Demenz und zur Sterbegleitung ergänzen dies ebenso wie Anforderungen hinsichtlich der Farbgestaltung, des Umgangs mit Beleuchtung und letztlich die stationären Hausgemeinschaften. In Kleingruppen anstelle großer Wohnbereiche soll ein mehr an Normalität durch Alltagsmanager/-innen entstehen, welche die Bewohner in Wohnküchen betreuen und den Tagesablauf gestalten während Pflegeleistungen stärker im Hintergrund erbracht werden.

Dem Mythos vom „schrecklichen Pflegeheim“ begegnet München auch

mit freiwilligen finanziellen Leistungen etwa zur Betreuung von Demenzkranken und beim Einzug. Projekte zur transkulturellen Öffnung laufen aktuell. Menschen mit Migrationshintergrund sowohl bei den Mitarbeitenden als auch bei den Bewohnern stehen ebenso im Fokus wie die Öffnung der Pflegeeinrichtungen für bi- oder homosexuell lebende Menschen und Trans*Personen.

VI. Sterben

Über (Langzeit-)Pflege zu sprechen und den Tod auszuklammern ist unmöglich. Der Landkreis München hat vor der Landeshauptstadt München ein Hospiz- und Palliativnetzwerk aufgebaut. Ziel ist die bessere Kooperation der unterschiedlichen am Sterbeprozess und bei der Sterbegleitung Beteiligten zu erreichen. Bereits jetzt gibt es unverzichtbar die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung, ambulante und stationäre Hospizarbeit, das heißt Hospizdienste und Hospizvereine mit Unterstützung von Ehrenamtlichen leisten sehr wertvolle Arbeit. Auf sie kann in allen Pflegearrangements ambulant wie stationär zurückgegriffen werden.

VII. Beschwerdewege

Wird professionelle Pflege in Anspruch genommen, so gibt es den Weg, sich beim ambulanten Pflegedienst oder der stationären Pflegeeinrichtung bei der Bereichsleitung, der Pflegedienstleitung oder der Einrichtungsleitung zu beschweren. Angehörigensprechstunden und Angehörigenabende sind ebenso wie eine Angehörigenvertretung oder der Heim beziehungsweise Angehörigenbeirat eine weitere Möglichkeit, seine Fragen und Beschwerden vorzubringen. Auch die Geschäftsführung, der Träger sind entsprechende Adressaten.

Je nach Art der Beschwerde und gegebenenfalls auch aufgrund der Bedenken, die Pflege des Angehörigen könnte sich nach einer vorgebrachten Beschwerde abermals verschlechtern, gibt es weitere Beschwerdewege. Für Beschwerden wurden bei allen Krankenkassen die Fachstellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen eingerichtet. Ihre Aufgabe ist es, Fällen und Sachverhalten nachzugehen, die auf Unregelmäßigkeiten beziehungsweise rechtswidrige Nutzung von Finanzmit-

teln im Zusammenhang mit den Aufgaben der jeweiligen Krankenkasse deuten.

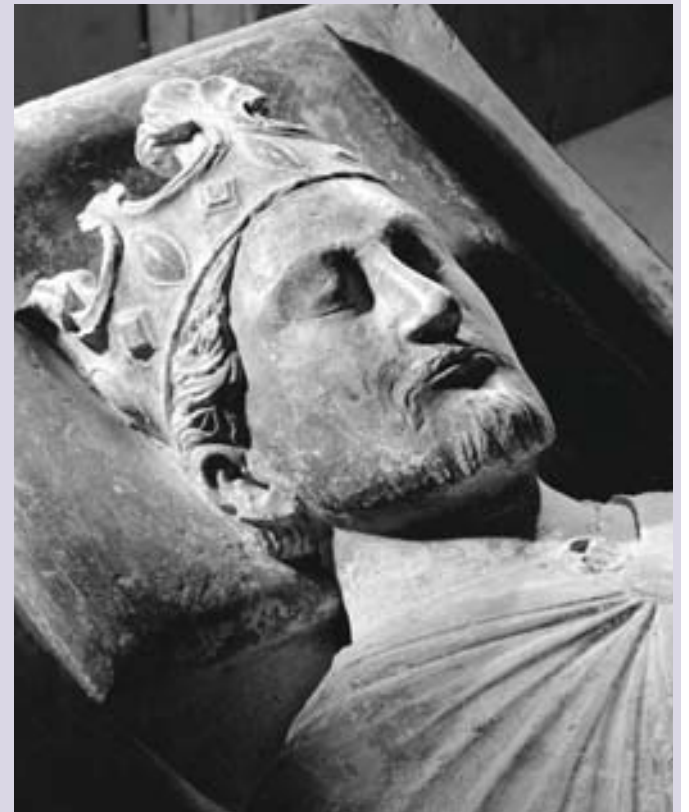
Seit nunmehr 20 Jahren gibt es in München die Städtische Beschwerdestelle für Probleme in der Altenpflege, die ihre Büros in der Burgstraße hat. Für ambulant betreute Wohngemeinschaften und die vollstationäre Pflege ist auch die Ordnungsbehörde, die FQA/Heimaufsicht (Fachstelle für Pflege- und Behinderteneinrichtungen, Qualitätsentwicklung, Aufsicht) zuständig, die sich in München im Kreisverwaltungsreferat befindet. Beschwerden und Fragen zur Versorgung können direkt der eigenen Pflegeversicherung mitge-

teilt werden. Mit der Qualitätsprüfung wird dann gegebenenfalls der Medizinische Dienst der Krankenversicherung in Bayern (MDK) beauftragt.

Auf Landesebene steht der Patienten- und Pflegebeauftragte der Bayerischen Staatsregierung zur Verfügung, der die Interessen bei allen Akteuren im Gesundheitswesen und in der Pflege vertritt. In Berlin befindet sich das Büro der Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie der Bevollmächtigten für Pflege.

Fazit: Es gibt viele Möglichkeiten der Unterstützung, jedoch keinen „Königsweg“. □

Richard Löwenherz in Speyer



akg-images/Erich Lessing

In der Ausstellung zu sehen: Die Grabfigur Richards I. Löwenherz in der Abtei Fontevraud – entstanden um 1200.

60 Geschichts- und Kulturinteressierte, alles Mitglieder des Vereins der Freunde und Gönner der Katholischen Akademie Bayern, reisten am 16. und 17. März 2018 nach Speyer. Auf dem Programm stand zum einen – am Freitagnachmittag – ein Besuch der Ausstellung „Richard Löwenherz. König – Ritter – Gefangener“ im Historischen Museum der Pfalz. Die Gäste aus München erlebten in zwei Gruppen exzellente Führungen, die sich als so interessant erwiesen, dass alle Teilnehmer danach noch blieben und die didaktisch hervorragende und nicht überladene Ausstellung zum Leben dieses englischen Königs noch individuell weiter besichtigten.

Trotz bitterer Kälte ließen sich die Vereinsmitglieder die Führungen im Speyrer Kaiserdom am folgenden Samstagvormittag nicht entgehen. Die beiden ebenso kundigen wie eloquenten Domführer verstanden es, den Besuchern den Dom St. Maria und St. Stephan in seiner kirchlichen, kunstgeschichtlichen und politischen Bedeutung nahezubringen.

Die Rückfahrt von Speyer nach München wurde am Fuß der Reichsfestung Trifels – lange Zeit Aufbewahrungsort der Reichskleinodien und kurzzeitig auch Gefängnisort von Richard Löwenherz – eingenommen.

Nahezu alle Reisetilnehmer machten sich nach dem Essen aber auch noch auf und stiegen die Treppen empor zur ebenso bedeutenden wie gut erhaltenen mittelalterlichen Festung.

Nach der Rückkehr am späten Samstagabend gab es einhelliges Lob für die Organisation und der Wunsch wurde ausgedrückt, bald wieder eine solche Exkursion angeboten zu bekommen.



Die Gruppe aus München besichtigte auch den Dom in Speyer.

Möglichkeiten der Pflegeberatung nach dem elften Sozialgesetzbuch

Cornelia Krüger

Der Gesetzgeber hat mit der Einführung der Pflegeversicherung 1995 einen eigenen Zweig in der Sozialversicherung geschaffen, um in einer älter werdenden Gesellschaft die (finanzielle) Unterstützung im Falle des Eintretens von Pflegebedürftigkeit sicherzustellen. Wird ein Mensch gebrechlich oder sogar pflegebedürftig, so müssen in der Regel die ihm nahestehenden Personen in kürzester Zeit eine Versorgung organisieren.

Hierfür stehen zahlreiche Leistungen, Strukturen und Anbieter zur Verfügung, die allerdings für Laien häufig nicht selbsterklärend sind. Die Notwendigkeit, hierbei Unterstützung zu geben, ist auch vom Gesetzgeber erkannt worden. Dies hat dazu geführt, dass seit 2009 ein Anspruch auf Pflegeberatung im elften Sozialgesetzbuch (SGB XI) verankert ist. Das übergeordnete Ziel der Pflegeberatung soll dabei sein, pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen dazu zu befähigen, informierte Entscheidungen zur Bewältigung individueller Pflegesituationen zu treffen und entsprechend zu handeln.

I. Gesetzliche Grundlagen der Pflegeberatung

Der § 7 des SGB XI führt aus, dass die Pflegekassen die Eigenverantwortung der Versicherten durch Aufklärung und Auskunft über eine gesunde, der Pflegebedürftigkeit vorbeugende Lebensführung zu unterstützen und auf die Teilnahme an gesundheitsfördernden Maßnahmen hinzuwirken haben. Ferner haben die Pflegekassen die Pflicht, über alle Fragen, die in Bezug und im Zusammenhang mit Pflegebedürftigkeit stehen, trägerunabhängig zu informieren.

Im Januar 2009 wurde durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz festgelegt, dass jeder Pflegebedürftige Anspruch auf eine individuelle Pflegeberatung nach § 7a SGB XI durch die Pflegekassen hat. Dieses Recht ist ein einklagbarer individueller Rechtsanspruch für alle Personen, die „Leistungen von der Pflegeversicherung erhalten oder die Leistungen beantragt und erkennbar einen Hilfe- und Beratungsbedarf haben“. Pflegebedürftige haben gemäß § 7a SGB XI „Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch einen Pflegeberater oder eine Pflegeberaterin bei der Auswahl und Inanspruchnahme von bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen sowie sonstigen Hilfsangeboten, die auf die Unterstützung von Menschen mit Pflege-, Versorgungs- oder Betreuungsbedarf ausgerichtet sind“.

Die Grundlagen der Pflegeberatung sind vollständig in den §§ 7a-c SGB XI geregelt. Ein wichtiger Punkt ist dabei die Neutralität und die Unabhängigkeit. Die Interessen des Ratsuchenden sollen im Mittelpunkt stehen.

Stellt der Versicherte einen Antrag auf Leistungen des SGB XI, so ist es folglich die Aufgabe der Pflegekasse, innerhalb von zwei Wochen einen konkreten Beratungstermin unter Nennung des zuständigen Pflegeberaters anzubieten. Alternativ gibt es die Möglichkeit einen zweiwöchig geltenden Beratungsgutschein (§ 7b SGB XI) mit Nennung von kooperierenden Beratungsstellen auszustellen. Der Versicherte kann diesen zu Lasten der Pflegekasse einlösen (§ 7a



Cornelia Krüger, Leiterin Grundsatzfragen des Bereichs Pflege beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherung

Abs. 4 Satz 5). Es ist dabei die Pflicht der Pflegekasse, über die Möglichkeit der Beratung in häuslicher Umgebung aufzuklären.

Die im § 7c SGB XI gesetzlich geregelten Pflegestützpunkte folgen dem Prinzip der wohnortnahen Beratung, Versorgung und Betreuung der Versicherten. Pflegekassen und Kommunen können Pflegestützpunkte einrichten, sofern die oberste Landesbehörde dies bestimmt. Die Einrichtung von Pflegestützpunkten bleibt eine länderspezifische Regelung. Die Beratung muss auch hier neutral und unabhängig sowie sektorenübergreifend unter Einbeziehung aller möglichen Hilfs- und Unterstützungsangebote erfolgen.

II. Möglichkeiten der Pflegeberatung in Bayern

Grundsätzlich finden sich auch in Bayern drei mögliche Formen der Pflegeberatung: die aufsuchende und telefonische Pflegeberatung, beide geregelt in § 7 a/b SGB XI, sowie die Beratung in Pflegestützpunkten (§ 7c SGB XI). Träger aller drei Formen ist die Pflegekasse, die Pflegestützpunkte werden zusätzlich durch die Kommunen mitgetragen.

Die aufsuchende Pflegeberatung dient dazu, Information und Beratung zu sozialen, rehabilitativen, therapeutischen und pflegerischen Aspekten des täglichen Lebens zu geben. Dabei erfolgt durch den Pflegeberater eine Analyse der individuellen Situation des Pflegebedürftigen mit einer systematischen Erfassung des Hilfebedarfs. Neben der pflegerischen Situation ist es wichtig, die hauswirtschaftliche Situation sowie die Teilhabe am kulturellen und gesellschaftlichen Leben zu erfassen. Unter Berücksichtigung der zur Verfügung stehenden gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen und pflegerischen Leistungen wird ein individueller Versorgungsplan mit Empfehlungen für die jeweilige spezifische Situation erstellt.

Eine weitere Aufgabe der Pflegeberatung ist es, Hilfestellung bei der Auswahl

und Inanspruchnahme von Leistungen zu geben, erforderliche Maßnahmen gegebenenfalls zu veranlassen und auf deren Realisierung hinzuwirken sowie Leistungen und Netzwerke zu koordinieren. Eine aufsuchende Pflegeberatung bietet sich demnach insbesondere bei komplexen Pflegesituationen an, um der persönlichen Wohn-, Lebens- und Beziehungssituation gerecht zu werden. Die aufsuchende Pflegeberatung bietet somit die Möglichkeit des konkreten Fallmanagements.

Die telefonische Pflegeberatung kann direkt durch die jeweilige Pflegekasse erfolgen. In Bayern besteht mit dem Pflegeservice Bayern (Telefon: 08007 72 11 11, Montag bis Freitag, 8 bis 18 Uhr) zusätzlich ein pflegekassenübergreifendes, neutrales Angebot. Die telefonische Pflegeberatung hat die Aufgabe, über die Versorgungsmöglichkeiten und Leistungen bei Pflegebedürftigkeit aufzuklären. Dabei ist der Pflegeservice Bayern eine Erstanlaufstelle für Versicherte, Betreuer und Angehörige. Ihr Vorteil liegt in einer schnellen Kontaktaufnahme, der sofortigen Bearbeitung und möglicherweise Lösung des Anliegens. Die telefonische Pflegeberatung hilft unter anderem bei der Suche nach Diensten, Professionen und Einrichtungen. Zudem können auch Entlastungsgespräche mit beispielsweise pflegenden Angehörigen geführt werden, wenn die häusliche Pflegesituation angespannt ist. Wenn Anfragen telefonisch nicht ausreichend bearbeitet werden können, kann die Vermittlung einer aufsuchenden Pflegeberatung über die jeweilige Pflegekasse erfolgen.

Als dritte Säule ist in Bayern eine Pflegeberatung in einem der insgesamt neun Pflegestützpunkte (Coburg, Nürnberg, Roth, Neuburg-Schrobenhausen, Schweinfurt, Bad Neustadt, Hassfurt, Würzburg und Schwabach) möglich.

Die Stützpunkte werden hälftig von den Kommunen und den Pflegekassen getragen. Die Beratung in Pflegestützpunkten ist im § 7c SGB XI festgelegt und definiert. Jeder gesetzlich Versicherte kann den Pflegestützpunkt aufsuchen und zu allen Themen der Pflege und zu Hilfen im Alter Informationen und Beratung erhalten. Bei der Beratung steht vor allem die Abklärung der persönlichen Situation und des individuellen Hilfebedarfs im Vordergrund.

Da Pflegestützpunkte in die kommunalen Strukturen eingebunden sind, kann in der Beratung ein besonderer Aspekt auf die wohnortnahen Besonderheiten gelegt werden. Auch über die Mitarbeiter eines Pflegestützpunktes ist eine Koordinierung der Hilfs- und Unterstützungsangebote möglich. Zudem können Versorgungslücken identifiziert und bei Bedarf Impulse für neue und innovative Versorgungskonzepte in einer Region gegeben werden.

III. Fazit

Die Pflegebedürftigkeit eines nahestehenden Menschen tritt manchmal schleichend, manchmal unerwartet ein, sodass Bezugspersonen in der Regel und mitunter rasch eine Versorgung initiieren und sicherstellen müssen. Die Angebote, die zur Verfügung stehen, sind häufig aus Betroffenenperspektive unübersichtlich und schwer verständlich. Mit der Pflegeberatung steht ein kostenfreies Hilfeangebot zur Verfügung. Die Pflegeberatung nach §§ 7a-c SGB XI dient der Unterstützung und Begleitung der Betroffenen und seiner Bezugspersonen, eine adäquate Versorgung sicherzustellen. Wesentliche Ziele sind dabei der Verbleib der pflegebedürftigen Person in der eigenen Häuslichkeit und die Entlastung pflegender Angehöriger. □



Dr. Gernot Sittner, Vorsitzender des SZ-Gesundheitsforums, mit den Referentinnen Cornelia Krüger (li.) und Dr. Marianne Habersetzer.

Angehörigenpflege – Dilemma zwischen Wunsch und Wirklichkeit

Brigitte Bührlen

I. Wirklichkeit

Ich beginne mit der Wirklichkeit. Nach der deutschen Reichsgründung 1871 gab es durch den Aufschwung vom Agrar- zum Industriestaat immer größere Unterschiede zwischen den Besitzverhältnissen in der Gesellschaft. Die soziale Lage verschlechterte sich. Reichskanzler Otto von Bismarck sah eine große Gefahr für die Monarchie heraufziehen und versuchte Unruhen vorbeugend zu begegnen: Dazu zählte unter anderem seine Sozialgesetzgebung von 1880. Diese Sozialgesetzgebung gilt relativ unverändert bis zum heutigen Tag und damit über 130 Jahre später.

Zu Zeiten Bismarcks gab es allerdings vor allem „Vater-Mutter-Kind-Familien mit Trauschein“. Der Vater ging arbeiten, die Mutter versorgte den Haushalt, zog die Kinder groß und pflegte. Frauen hatten in der Mehrzahl keine erlernten Berufe, die Gesellschaft unterstützte sich familien- und generationensolidarisch in der Sorge für und um Angehörige. Natürlich geschah das unentgeltlich.

Diese Bismarck'sche Grundlage besteht bis heute, also bis zum 21. Jahrhundert nahezu unverändert. Laut § 1618a BGB – „Pflicht zu Beistand und Rücksicht“ – sind Eltern und Kinder „einander Beistand und Rücksicht schuldig.“

Nach der letzten Destatis Pflegestatistik 2015 gibt es derzeit 2,9 Millionen Pflegebedürftige: 2,08 Millionen werden zu Hause versorgt, 1,38 Millionen von Angehörigen alleine, 692.000 gemeinsam mit einem professionellen Pflegedienst. Dabei sind nur Pflegebedürftige berücksichtigt, die in einen Pflegegrad eingestuft sind. Mit Einführung der Pflegeversicherung 1995 wurde die Pflege in die freie Wirtschaft verlagert. Angebot und Nachfrage der stationären und der professionellen Pflege sollten die Qualität der Pflege bestimmen. Damit entledigte sich der Staat seiner Fürsorgeverantwortung.

Der Schwerpunkt wurde dabei auf den ökonomisch verwertbaren, technischen Aspekt der Pflege gelegt. Die Gesundheits- und Pflegewirtschaft ist mittlerweile eine relevante Säule der deutschen Wirtschaft geworden: Laut Statistischem Bundesamt zählt dieses Wirtschaftssegment mit einem Umsatz von 336,4 Milliarden Euro im Jahr 2016 und 7 Millionen Beschäftigten zu den größten und dynamischsten Wirtschaftszweigen in Deutschland.

Nach dem AOK Pflegereport 2017 beträgt die Wertschöpfung der Arbeit von pflegenden Angehörigen etwa 37 Milliarden Euro. Es gibt bislang keinen finanziellen Ausgleich für diese erbrachten Leistungen, ein möglicher Kostenträger ist nicht vorgesehen.

Der Begriff „Pfleger Angehöriger“ ist bislang nicht eindeutig definiert. Im PSG I, II und III wird von „pflegenden Angehörigen“ gesprochen, von „Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen“, von „Pflegebedürftigen und häuslich Pflegenden“. Es geht um „Pflegerpersonen“, um „pflegende Angehörige und nahestehende Pflegepersonen“. Es gibt keine „Arbeitsplatzbeschreibung“.

Die Beziehung zum Pflegebedürftigen umfasst Blutsverwandte wie Eltern,



Brigitte Bührlen, Vorsitzende der Wir-Stiftung pflegender Angehöriger

Kinder, Geschwister, Großeltern, Tante / Onkel, Cousine / Cousin und sie umfasst auch Angeheiratete, in Lebensgemeinschaft Lebende, Freunde, Arbeitskollegen, Nachbarn und so weiter. Es wird familien- und generationensolidarische Fürsorge und Pflege geleistet, die sich durch eine Verbundenheit mit dem zu Pflegenden auszeichnet. Das kann Verwandtschaft, Freundschaft oder auch Bekanntschaft sein.

Diese Pflege wird als Laien- oder informelle Pflege bezeichnet, das heißt, sie wird ohne formalen Auftrag nicht professionell unentgeltlich und freiwillig erbracht. Sie verfolgt keine finanziellen oder beruflichen Absichten. Es wird erwartet, dass die Angehörigenpflege- und Sorgeleistung eine potentielle Verfügbarkeit an 24 Stunden und 365 Tagen im Jahr aufweist.

Rechtlich liegt bei der Übernahme der Fürsorge ein Auftrag des Pflegebedürftigen vor, der, weil so verfasst, unentgeltlich erbracht wird und als Liebesdienst anzusehen ist. Die Altersspanne pflegender Angehöriger reicht vom Kindesalter bis zum Lebensende.

Männer und Frauen pflegen im Verhältnis 1 : 3. Gesetzlich festgelegte Unterstützungsangebote beziehungsweise -ansprüche hat zum Beispiel, wer als Angehöriger, Verwandter oder Freund in häuslicher Umgebung eine pflegebedürftige Person betreut und deshalb seinen Job ganz oder teilweise aufgeben beziehungsweise Pflegezeit oder Familienpflegezeit beantragt hat. Wer hierzu zählt, ist auf Antrag wie folgt versichert: rentenversichert in einem vom Pflegegrad des Pflegebedürftigen abhängigen Maße, wenn eine Person mit Pflegegrad 2 – 5 gepflegt wird; unfallversichert, wenn die Pflegeleistungen verteilt auf zwei Tage wöchentlich mindestens 10 Stunden in der Woche betragen. Auch hier muss der Pflegebedürftige einen Pflegegrad 2 bis 5 haben.

Die Pflege muss im häuslichen Umfeld durchgeführt werden. Das häusliche Umfeld kann die Wohnung des Pflegebedürftigen, aber auch die Wohnung der Pflegeperson sein. Außerdem ist auch der „Rüstigenbereich“ einer

stationären Einrichtung oder das „Betreute Wohnen“ als häusliche, ambulante Pflege zu sehen.

Die Arbeitslosenversicherung greift, wenn unter anderem der Pflegebedürftige wenigstens in Pflegegrad 2 eingestuft ist, Leistungen der Pflegeversicherung oder Hilfe zur Pflege nach dem Sozialhilferecht bezieht und der Zeitaufwand für die Pflege mindestens 10 Stunden pro Woche ausmacht. Zusätzlich muss die Pflegetätigkeit auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche verteilt sein.

Weiter besteht ein Anspruch auf Urlaub. Von der Versicherung des Pflegebedürftigen gibt es Geldmittel für Verhinderungspflege. Auf dem Papier liest sich das gut. Allerdings gibt es nicht überall Kurzzeitpflegen – und wenn es sie gibt, dann stehen sie in der Regel nicht planbar zur Verfügung. Auch vorgesehene Nachtpflegen sind in der Realität Mangelware. Die mögliche Beschäftigung von Betreuungsassistenten steht ebenfalls nicht flächendeckend zur Verfügung.

Um es noch komplexer zu machen: Angehörigenpflege ist zumeist gar nicht in erster Linie „technische Pflege“. Als Angehöriger organisiert man den Lebenskreis eines anderen Menschen. Auch der Pflegebedürftige muss zum Friseur und zum Arzt, er benötigt regelmäßig und zuverlässig etwas zum Essen und zum Anziehen, auch seine Wohnung muss in Ordnung gehalten werden, Haustiere und Blumen wollen versorgt sein.

Der Pflegebedürftige benötigt einen Ausweis, eine Steuererklärung, möchte auch mal seine Freunde treffen, sich in seinem Sozialraum bewegen. Das alles gilt es neben den eigenen Lebensplanungen und -vorstellungen zu managen – und das an 24 Stunden und 365 Tagen im Jahr „so nebenher“. Familie, Beruf und Pflege zufriedenstellend miteinander zu vereinbaren ist ausgesprochen schwierig bis unmöglich.

II. Wunsch

Was wünschen wir uns? Die Wünsche sind natürlich so vielfältig, wie es die unterschiedlichen Pflegesituationen mit unterschiedlichen Beziehungsgeflechten sind. Der vordringliche Wunsch ist es wohl, eine Pflege sicherstellen zu können, die den Menschen wieder in den Mittelpunkt stellt. An den Bedürf-

nissen der Pflegebedürftigen und der sie Pflegenden sollte und muss das Angebot ausgerichtet sein.

Als erstes muss es die Wahrnehmung in Gesellschaft, Wirtschaft und Politik geben, dass pflegende Angehörige die Personen sind, welche die Basisversorgung unserer Pflegebedürftigen jeden Alters flächendeckend rund um die Uhr sicherstellen. Eine rechtssichere Begriffsdefinition von „pflegender Angehöriger“ ist längst überfällig. Wer gehört

Angehörigenpflege ist zumeist gar nicht in erster Linie „technische Pflege“. Als Angehöriger organisiert man den Lebenskreis eines anderen Menschen.

dazu? Welche Rechte und Pflichten hat ein Angehöriger? Erwachsene Kinder sind beispielweise rechtlich verpflichtet, die Pflege der Eltern anteilig mitzufinanzieren. Eltern sind verpflichtet für ihre unmündigen pflegebedürftigen Kinder Sorge zu tragen. Außerdem steht eine rechtssichere Arbeitsplatzbeschreibung aus. Außerdem sollte Transparenz in der Gelderverwendung hergestellt werden. Damit sind nicht die Geschäftsberichte von Unternehmen angesprochen. Gemeint ist die Finanzierung von Angeboten, deren Nutzen nicht unbedingt den Alltagserfordernissen der Angehörigen entspricht, zum Beispiel die übersehbare Flut von Informationsbroschüren, die in einer Notsituation nur bedingt hilfreich sind, oder Projektförderungen, deren Nachhaltigkeit nicht gesichert ist.

Wir benötigen vordringlich flexible, unbürokratische kommunale Beratungsangebote, die jederzeit und rund um die Uhr zugänglich sind. Diese Beratung sollte telefonisch, per Internet, aber auch zugehend gewährleistet sein. Wir benötigen planbare Unterstützungshilfen wie beispielsweise einen Rechtsanspruch für einen planbaren Kurzzeitpflegeplatz. Wir erwarten, dass Angebote auf dem Papier in der Realität auch existieren, zum Beispiel flächendeckende Angebote für Tages- und Nachtpflegen.

Wir benötigen kurzfristig einsetzbare Hilfe, wenn beispielsweise der Angehörige



Pflegefachmann und unermüdlicher Kämpfer für eine bessere Pflege: Claus Füsseck war einer der rund 200 Teilnehmer des Forums.



Foto: DCPhoto / Alamy Stock Foto

Zuwendung und Zeit für pflegebedürftige Menschen sind der Schlüssel zu einer guten Pflege.

rige selbst ausfällt oder beruflich flexibel sein muss. Zukunftsweisend wäre eine Art „ADAC-Pannenhilfesystem“: Ich rufe an und in einer akzeptablen Zeiteinheit wird mir die benötigte Unterstützung zur Verfügung gestellt.

Die Angebote der Pflegewirtschaft und die politischen Rahmenbedingungen müssen sich an den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen und der sie Pflegenden ausrichten und nicht andersherum. Wir brauchen das Recht auf finanzierte Auszeiten sowie präventive Unterstützungs- und Entlastungsangebote für pflegende Angehörige.

Es sollten uns alle derzeit vorhandenen technischen und digitalen Unterstützungsmöglichkeiten zur Verfügung gestellt beziehungsweise zugänglich gemacht werden. Das sollte sich auch auf die Kommunikation mit anderen Pflegenden und Netzwerkbildung erstrecken, um Synergien zu nutzen.

Das beinhaltet aber auch den Bereich Alltagsunterstützung, beispielsweise im Bereich der Pflegebettensteuerung, der technischen häuslichen Anpassungen wie Herdabschaltungen, Wassertemperaturregelungen, leichte Zugänglichkeit von Stauraum durch schwenkbare Inneneinbauten, Hebe- und Tragehilfe, Rollstuhltechnik und vieles andere mehr.

Gesellschaftspolitisch wichtig ist die Unterstützung einer Lobbybildung von pflegenden Angehörigen an ihren Wohnorten. Vertreter von Angehörigen müssen an allen relevanten kommunalen

runden Tischen sitzen und ihre Erfahrungen und Erwartungen auf gleicher Augenhöhe mit anderen Interessenvertretern einbringen können.

Besonders wichtig und unabdingbar ist ein finanzieller, möglicherweise steuerfinanzierter Leistungsausgleich für die Zeit der Angehörigenpflege. Es kann doch nicht sein, dass diejenigen, die maßgeblich die Grundpflege ganzheitlich und in der Regel empathisch sicherstellen, ein Armutsrisiko eingehen müssen.

III. Ausblick über den deutschen Tellerrand hinaus

In Nachbarländern gibt es andere Versorgungsvarianten: In Skandinavien ist die Pflege kommunal organisiert und steuerfinanziert. Wenn ich mich als Angehörige entschlief, meinen Pflegebedürftigen selbst zu versorgen, schließt die Kommune mit mir einen Vertrag ab. Meine Pflege- und Sorgeleistung wird anteilig bezahlt. In Frankreich gibt es Gutscheine, mit denen man sich pflege- und hauswirtschaftliche Leistungen einkaufen kann. In Belgien existiert ein ähnliches Modell.

Ich bin sicher: So, wie es derzeit ist, kann es nicht bleiben! Unsere Gesellschaft muss darüber nachdenken, wie wir pflegende Angehörige in Zukunft sehen und behandeln wollen und können: Weiterhin als die Laien, die widerspruchslos 24 Stunden an 365 Tagen die

Pflege in Deutschland unentgeltlich und ideal-solidarisch auf Kosten ihrer eigenen Existenz einschließlich ihrer Gesundheit sicherstellen werden – oder als selbstbewusste Bürger, als Finanziers und Wähler, deren Erfahrung wir benö-

tigen, um eine menschenwürdige Pflege und Sorge auch im 21. Jahrhundert sicherzustellen. Das erwarten wir auch angesichts eines Generationenwechsels von der Politik. □

Kommende Akademieveranstaltungen

Diese Terminvorschau ist vorläufig. Sie entspricht dem Stand unserer Planungen. Zu allen Veranstaltungen werden rechtzeitig jeweils gesonderte Einladungen ergehen. Dort, wie auch auf unserer Homepage unter www.kath-akademie-bayern.de finden Sie das verbindliche Datum, den endgültigen Titel sowie nähere Informationen.

Abendveranstaltung
Montag, 3. September 2018
Religionsfreiheit heute in Europa – kostbarer denn je

„Autoren zu Gast bei Albert von Schirnding“
Montag, 10. September 2018
Hans Pleschinski

Forum
Donnerstag, 13. September 2018
Helfen Spenden, die Armut zu bekämpfen?
70 Jahre Adventskalender der Süddeutschen Zeitung

Fest im Park der Akademie
Freitag, 21. September 2018
Altschwabinger Sommerausklang

Tagung in Kooperation mit dem Landeskomitee der Katholiken in Bayern
Freitag, 28. September 2018
Gute Wahl. 50 Jahre gewählte Pfarrgemeinderäte in Bayern

Gottesdienst in St. Ludwig
Montag, 1. Oktober 2018
Zum Gedenken an Romano Guardini anlässlich seines 50. Todestages

Abendveranstaltung
Dienstag, 2. Oktober 2018
Demütiges Selbstbewusstsein

Abendveranstaltung
Dienstag, 9. Oktober 2018
Der Dreißigjährige Krieg
Warum er so lange dauerte, und wieso wir im 21. Jahrhundert mit der Wiederkehr von Kriegen dieser Art rechnen müssen

Wenn es um die Würde geht – Herausforderungen der seelsorglichen Begleitung

Marianne Habersetzer

I. Was seelsorgliche und spirituelle Begleitung bedeutet

Als erstes sollen durch mich Ältere im hohen verletzlichen Alter zu Wort kommen! „Schauen Sie mich doch an! Was bin ich denn noch wert?“, „Gibt es tatsächlich etwas anderes als dieses Leben hier? Glauben Sie das wirklich?“, „Habe ich überhaupt etwas zu hoffen?“, „Sind Sie bei mir, bleiben Sie bei mir, wenn es zu Ende geht?“

Dies sind Fragen, denen ich als Seelsorgerin begegne, die an meine Kolleginnen und Kollegen in ihrem seelsorglichen Dienst nahezu täglich gestellt werden. Die Seelsorge ist im Rahmen einer ganzheitlichen Pflege ein wichtiger Faktor und eine wichtige Partnerin. Spirituelle Bedürfnisse und Fragen sind im Alter da und treten häufig vermehrt auf.

Das Ziel einer seelsorglichen Begleitung ist, das Heilsein zu fördern, auch wenn eine körperliche, geistige oder seelische Heilung nicht mehr möglich ist. Das sogenannte Vierte Alter, das Alter in Hilfsbedürftigkeit, und das Fünfte Alter in zunehmender Abhängigkeit sind gekennzeichnet von hoher Verletzlichkeit. Jeder und jede spürt mit zunehmendem Alter deutlich diese Einschränkungen. Die Vorzeichen sind da, und sie werden immer mehr. Die körperlichen Kräfte schwinden, die Fähigkeiten der Sinne nehmen ab, das Gehen fällt schwer und die geistigen Leistungen werden einschneidend geringer.

Aber nicht nur das. Das soziale Umfeld wird zunehmend eingeschränkt. Von Menschen, mit denen man gelebt hat, muss man Abschied nehmen. Einsamkeit stellt sich ein, neue Kontakte zu knüpfen, fällt schwer. Immer seltener wird man gefragt, und schließlich schleicht sich das Gefühl ein: „Es ist genug! Das Leben hat ja doch den Sinn verloren. Keiner braucht einen, man fällt nur noch zur Last“. Der Tod wohnt zunehmend in den Gedanken.

Im Mittelpunkt einer seelsorglichen Begleitung steht der Mensch, dem mit Wertschätzung, Empathie, Ehrlichkeit begegnet wird: Die Sorge um spirituelle Bedürfnisse alter Menschen ist so Teil einer ganzheitlichen Zuwendung und Pflege.

Dabei leiten zwei Prinzipien, die wir in der Seelsorge aus der neuen Alterspsychologie übernommen haben, unsere Arbeit. Das ist zum einen die Lebensspannenorientierung. Zum Verstehen von Verhalten und Entwicklung im höheren Lebensalter müssen frühere Lebensphasen berücksichtigt werden, auch sehr frühe Einflüsse des Lebens. Dazu gehört die Annahme, dass keiner Phase des menschlichen Lebens irgendeine vorrangige Bedeutung zukommt.

Das zweite Prinzip ist ein differenzierter Entwicklungsbegriff. Früher bedeutete Entwicklung nur etwas Aufstrebendes, Anwachsendes, Zugewinnendes, qualitativ Neues. Dieses nur ist ein Problem, wenn man einen solchen Entwicklungsbegriff auch auf das späte Leben anwenden möchte. Die neue Alterspsychologie sagt: Alle Lebensphasen beinhalten Gewinne und Verluste, dies gehört immanent zur menschlichen Entwicklung.

Als Seelsorgerin nehme ich die Situation wahr, in der sich der ältere Mensch



Dr. Marianne Habersetzer, ehemalige Leiterin der Hauptabteilung „Generationen und Lebensalter“ im Erzbischöflichen Ordinariat München

befindet: Was ist mit Ihnen? Ich frage nach dem dahinterliegenden Gefühl: Wie geht es Ihnen damit? Ich schaue auf die Beziehungen: Wer geht mit Ihnen? Und schließlich versuche ich mit meinem Gegenüber zu deuten: Was trägt Sie? Was hält?

Seelsorge begleitet also Menschen auf den letzten Etappen des Lebensweges, geht diesen Weg mit. Seelsorge hört auf die Lebensgeschichten der Menschen, wenn sie versuchen, Lebensbilanz zu ziehen. Seelsorge ist mitsuchend, indem

Der Tod wohnt zunehmend in den Gedanken.

sie unterstützt, die je eigene Spiritualität zu leben. Seelsorge deutet mit, wenn Menschen nach dem Geheimnis ihres Lebens fragen und bietet den Glauben als Geheimnis an, mit dem man in Beziehung treten kann. Seelsorge hilft, das Leben mit dem Evangelium Jesu Christi in Verbindung zu bringen und den Sinn im Auf und Ab des Lebens zu finden. So möchte sie die alten Menschen, gleich ob in einer Einrichtung oder im Privathaushalt lebend, vom Rand in die Mitte der Aufmerksamkeit holen.

II. Herausforderungen

Das Alter ist vielfältig und bunt. Zunehmend wird man davon auszugehen haben, dass auch die religiösen Biografien älterer Menschen vielfältiger, bunter, mit manchen Brüchen und Wendepunkten versehen sind. Das traditionelle kirchliche Milieu löst sich immer mehr auf, die Tendenz zu Auswahlchristentum und religiösen Formen am Rande oder außerhalb der Kirchen nimmt zu. Die nachwachsenden Alten verstehen sich immer stärker als religiös Suchende, und ebenfalls immer größer wird die Gruppe, die sich als nicht religiös bezeichnet. Dennoch haben viele, wenn nicht gar alle, spirituelle Bedürfnisse.

Das bedeutet für die seelsorgliche Begleitung eine große Herausforderung und eine große Chance.

Gleichzeitig entsteht ein hoher Anspruch an die Seelsorger. Nicht jede Seelsorgerin, nicht jeder Seelsorger ist per se geeignet für diesen Bereich der Seelsorge. Daher braucht es eigene Weiterbildungen, um den Aufgaben gerecht zu werden. Nur einige dieser Aufgaben möchte ich nennen.

Seelsorger schenken würdigende Aufmerksamkeit den persönlichen Wegen und der je eigenen spirituellen beziehungsweise religiösen Suche. Sie nehmen den Menschen mit seinem oft diffusen spirituellen Hintergrund und mit seiner oft gebrochenen Lebensgeschichte radikal ernst und eröffnen spirituelle Räume, in denen der Mensch dem Heiligen begegnen kann und führen zum Geheimnis des Lebens hin. Sie helfen Ängste abzubauen, geben Zuspruch, helfen beim Loslassen und Verabschieden; halten Verzweiflung und Verunsicherung angesichts nachlassender Kräfte aus; segnen die Sterbenden, Angehörige und Mitarbeiter. Sie beraten bei ethischen Fragestellungen und schließlich geben sie Zeugnis von ihrer eigenen Spiritualität.

Die Zahl der Pflegebedürftigen wächst, die Zahl der zur Verfügung stehenden Seelsorger wird geringer. Es fragt sich: Wie können die Prioritäten der seelsorglichen Arbeit neu gesetzt werden?

Eine andere Frage lautet: Wie kann das Leben von verwirrten älteren Menschen bereichert werden, damit es letztlich ein gutes Ende findet? Ansatz ist eine spirituelle Biografiearbeit mit den Hauptanliegen, Desorientierung, Krankheit und Leid erträglich zu machen, den Lebensweg durchstehen zu können, indem wir diesen Weg mitgehen und empathisch und würdigend begleiten. Biografiearbeit spricht zwei besondere Ressourcen der Menschen mit Demenz an: das Langzeitgedächtnis und die Gefühle. Biografiearbeit bewegt die Seele. Erinnerungspflege kann eine Rettunginsel sein, eine Oase für Demenzkranke. Wenn um mich herum die Realität verschwimmt, finde ich Zuflucht in einer anderen Erlebniswelt. Dies geschieht im Gespräch, in dem immer mal kurze Lichtblicke aufleuchten oder auch im Gottesdienst, bei dem auf spirituelle Bedürfnisse eingegangen wird.

Es geht hier auch um die seelsorgliche Begleitung des jeweiligen Umfelds, zum einen um die pflegenden Angehörigen, zum anderen in den Einrichtungen um die beruflichen und ehrenamtlichen Mitarbeitenden der Einrichtungen.

Die Verbindung von Pflege und Pfarrgemeinde ist dabei fast ein „unbeschriebenes Blatt“, da – wie man heute sagt – diese Aufgabe „outgesourct“ wurde und man auf Caritas oder ökumenische Nachbarschaftshilfe vertraut. Das ist gut, aber die Pfarrgemeinde bleibt in der Pflicht. Und die Herausforderung hat sich meines Erachtens durch die Vergrößerung der Seelsorgeeinheiten verschärft. Auch hier zuerst ein Beispiel: Eine pflegende Angehörige, die aufgrund ihres Engagements nur noch selten in der Pfarrei zu sehen war, wurde bei einem dieser Besuche mit dem Satz begrüßt: „Sieht man dich auch mal wieder?“ Da fing sie zu weinen an.

Durch die kaum mehr vorhandene Mobilität fallen nicht nur die alten Menschen selbst, sondern auch die Betroffenen im Umfeld aus dem Blick der Pfarrgemeinde vor Ort. Hier geschieht etwas, was nicht sein darf: Wir als Kirche berauben uns der schwächsten Glieder des Leibes Christi. Aber nur alle zusammen sind wir Leib Christi. Erst gemeinsam stellen wir Christus in seiner Vollgestalt dar. Seelsorge kann Brücken bauen und erfahrbar machen, dass Lebensräume auch Glaubensräume sind.

Da, wo Menschen leben, lebt Gott mit ihnen, geschieht Gottesbegegnung. Diese brauchen wir nicht machen, diese müssen wir entdecken.

Was hat die Pfarrgemeinde zu geben? Sie muss Rückhalt bieten, die Situation durch mehr Sensibilität mittragen und

Wie kann das Leben von verwirrten älteren Menschen bereichert werden, damit es letztlich ein gutes Ende findet?

durch Besuchsdienstangebote entlasten; durch Gespräch, Beratung, seelsorgliche Begleitung unterstützen und gezielt Kontakte zu fördern, damit Pflegendes über ihre Situation, über Veränderungen und Probleme sprechen können.

Weiter gilt es, Kontakte zwischen Pfarrgemeinde und Altenheimen zu pflegen. Gerade auch in der Übergangsphase, wenn der ältere Mensch aufgrund welcher Umstände auch immer seine Privatwohnung verlässt und in ein Heim übersiedelt. Kontakte zu Pflegepersonal in den Heimen und Sozialstationen sind zu fördern, um dadurch auch Anerkennung von Seiten der Kirche zu signalisieren.

Im Buch Kohelet heißt es: „Alles hat seine Zeit.“ Es gibt eine Zeit des Gebens und eine Zeit des Nehmens. Wir alle bilden gemeinsam das Glaubensgut des Gottes Volkes, jede und jeder trägt mit ihrer und seiner Lebens- und Glaubensgeschichte dazu bei. Daher darf nichts davon verloren gehen. Jede und jeder hat Gaben, Charismen, hat Erfahrungen, die für den Leib Christi wichtig sind und ohne die der Leib nicht ganz er selbst ist. Unsere Aufgabe ist daher zu ermöglichen, dass die Menschen Kontakte knüpfen, dass sie sich einbringen und dadurch leben. Davon spricht in guter sensibler Sprache das Zweite Vatikanische Konzil (LG 13; 33). Es geht um eine umfassende Beteiligung mit den verfügbaren Ressourcen und um Wertschätzung bis zum Lebensende. Es darf keine Degradierung und keine Demütigung geben.

Was geben uns alte Menschen in ihrer Verletzlichkeit? Damit verbunden ist bei mir immer wieder neu die Frage: Was möchte uns Gott durch die alten und gerade auch durch die dementen Menschen sagen? Wer sind sie für uns? Je länger ich diese Menschen begleite, umso mehr liegen sie mir am Herzen. Für mich sind sie Prophetinnen und Propheten, die sich ihr Schicksal nicht ausgesucht haben – wie eben die Prophetinnen und Propheten in der Bibel. Sie sind uns geschickt und helfen uns, das ganze Leben in den Blick zu nehmen und anzunehmen, einen Sinn in allen Phasen und Befindlichkeiten zu finden und schließlich das Leben auf der Folie der Botschaft Jesu Christi und der Zusage unseres Gottes zu deuten. Wir als Kirche stehen für die Zusage, wie es beim Propheten Jesaja heißt, „ich werde euch weiterhin tragen, ich werde euch retten und schleppen“ (Jes 46,4). □