

Thema: Vernetzung

„Vernetzung“ ist in aller Munde. In unterschiedlichen wissenschaftlichen Disziplinen und Praxisfeldern wird darüber nachgedacht, was Vernetzung ist, welche Vorteile sie bringt und wie Vernetzungsstrukturen bewusst entwickelt

und gestaltet werden können. Auch im Bereich der Altenhilfe und Pflege wurde die Vernetzung von Unterstützungs- und Pflegestrukturen als ein konstruktiver und vielversprechende Ansatz erkannt. Der aktuelle Gesetzentwurf zur Reform der Pflegeversicherung enthält erstmalig

ein flächendeckendes Konzept für die Weiterentwicklung von Vernetzungsstrukturen in der Pflege. Grund genug, sich der Aktualität des viel diskutierten Themas Vernetzung zu widmen und Aspekte der Diskussion um seine konkrete Ausgestaltung zu beleuchten.

informationsdienst altersfragen

ISSN 0724-8849
A20690E

Heft 06, November/Dezember 2007
34. Jahrgang

Herausgeber:
Deutsches Zentrum
für Altersfragen

06

Strukturelle Vernetzung in Altenhilfe und Pflege – Zur Aktualität eines viel diskutierten Konzepts

Peter Zeman

02

Inhaltsverzeichnis

Seite 02

Strukturelle Vernetzung in Altenhilfe und Pflege – Zur Aktualität eines viel diskutierten Konzepts

Seite 10

Vernetzung von individuellen Hilfeleistungen – Ziele, Aufgaben und Qualifikationsanforderungen von Fallmanagement

Seite 05

Der Gastbeitrag: Auf dem Weg zur kommunalen Pflegeverantwortung

Seite 15

Positionen zur Vernetzungsproblematik in der Diskussion um die Reform der Pflegeversicherung

Seite 19

GeroStat – Statistische Daten: Ältere Menschen in Deutschland – online oder offline?

Seite 22

Zeitschriftenbibliografie Gerontologie

Seite 25

Bibliografie gerontologischer Monografien

Seite 27

Berichte, Ankündigungen, Kurzinformationen

Strategien der Vernetzung haben seit Jahren und in nahezu allen gesellschaftlichen Bereichen immer mehr an Attraktivität gewonnen. Drei zentrale Begründungen kristallisieren sich als gemeinsamer Nenner heraus: (1) Vernetzung soll dazu dienen, einerseits die Vorteile von Vielfalt, Differenzierung und arbeitsteiliger Spezialisierung nutzen zu können, zugleich aber einen systemisch sinnvollen Gesamtzusammenhang herzustellen, in dem die einzelnen Akteure einander ergänzen, wechselseitig von einander profitieren, ihre Qualifikationen verbessern und so individuell wie gemeinsam zu effizienteren und effektiveren Ergebnissen kommen können. (2) Vernetzung wird aber auch benötigt, weil die verfügbaren Ressourcen nicht beliebig zu vermehren sind, aus der geschickten Koordination und Kooperation vorhandener Ressourcen jedoch neue Kräfte und Möglichkeiten entstehen können. (3) Vernetzung bietet außerdem neue Lösungen, wenn die gewohnten Zuständigkeits- und Wirkungsfelder einzelner Akteure, Institutionen und Regelungsbereiche zu starr voneinander abgegrenzt sind, um Bedarfslagen, die nicht ins traditionelle Raster passen, abdecken zu können, oder wenn widersprüchliche Interessen unterschiedlicher Akteure eine konsequente Nutzerorientierung womöglich sogar konterkarieren. Hier kann Vernetzung nicht nur zum Abbau von Schnittstellenproblemen beitragen und übergreifend bedarfsgerechte Versorgungsziele absichern, sondern auch Übergänge sichern und insgesamt die nötige Flexibilität schaffen, die raschere Reaktionen auf veränderte Bedarfslagen erst möglich macht und dennoch nicht ausschließlich auf Marktmechanismen angewiesen ist. Diese idealtypischen Vorteile von Vernetzungsstrategien gelten – unter den bekannten Vorzeichen des demografischen Wandels und der notwendigen Anpassungen der öffentlichen Versorgungssysteme – in besonderer Weise auch für die Altenhilfe und Pflege und allgemeiner noch für eine gesellschaftsorientierte Seniorenpolitik.

Zukunftsorientierte Seniorenpolitik als Vernetzungsstrategie

Am Beispiel der Herausforderungen, wie sie von demografisch alternden Kommunen zu bewältigen sind, wird die Bedeutung von Vernetzung sofort einsichtig: Zukunftsorientierte Seniorenpolitik muss sich an einem differenzierten Altersbild und an der vorhandenen Vielfalt unterschiedlicher Lebenslagen im Alter orientieren. Sie muss dabei sehr unterschiedliche Bedürfnisse und Probleme aufgreifen, zugleich aber an unterschiedliche Ressourcen und Potenziale der Älteren anzuknüpfen verstehen. Möglich ist dies nur durch querschnittliche Bezüge, die – weit über den Geltungsbereich des SGB XII hinaus – in andere Fachpolitiken hinreichen. Die Sicherung und Herstellung guter Lebensbedingungen für das Alter als politische Gestaltungsaufgabe umschließt heute ebenso Fragen der Pflege- und Gesundheitspolitik aber auch der Wohnungspolitik, Verkehrspolitik, Bildungs- und Kulturpolitik, der Integrationspolitik für ältere Migranten und der Verbraucherschutzpolitik sowie zunehmend einer neuen Engagementpolitik, welche die Bereitschaft und Fähigkeit älterer Menschen zur zivilgesellschaftlichen Mitgestaltung aufgreift.

Vernetzung in der Altenarbeit und Altenhilfe

Gerade der Bereich der kommunalen Seniorenpolitik und Altenhilfe verlangt nach Innovationen durch Vernetzung. Hier gibt es viele Schnittstellen, an denen bessere Koordination und Kooperation zu neuen attraktiven und bedürfnisgerechteren Angebotsmischungen und insgesamt zu einer Qualitätsverbesserung führen können. Vernetzung liegt dabei vor allem im Nutzerinteresse, aber sie liegt auch im Interesse aller beteiligten Institutionen und Einzelakteure, die sich so neue Zugänge zu Zielgruppen erschließen und ihre Qualifikationsprofile anreichern können.

In der Altenarbeit und Altenhilfe ist vielen Akteuren mittlerweile bewusst, dass den Bedürfnissen ihrer zahlenmäßig wachsenden, immer differenzierteren und zugleich

anspruchsvoller werdenden Zielgruppen ein entsprechend breites Angebotspektrum besser gerecht wird. Die Heterogenität der Angebote macht es den Nutzern andererseits schwer, das für ihre Bedürfnisse passende Angebot zu finden. Oft fehlen ihnen auch Informationen und Kriterien zur Beurteilung der Angebotsqualität. Vor allem Zielgruppen mit eingeschränkter Verbrauchersouveränität werden durch die mangelnde Transparenz des Angebotspektrums benachteiligt. Durch Vernetzung können Angebote gebündelt, vergleichbar gemacht und qualitativ verbessert werden und dies nicht nur im selben Segment. Vernetzung bewirkt vor allem auch bereichsübergreifende Kooperationen, etwa zwischen Altenhilfe auf der einen Seite und Bildung, Kultur und Sport auf der anderen Seite. Vernetzte Bezüge gibt es aber vor allem auch mit der Wohnungswirtschaft und natürlich mit der breiten Palette des zivilgesellschaftlichen Engagements. Solche von Netzwerken getragenen Projekte münden z.B. in neue Formen einer alten- und generationengerechten Sozialraumgestaltung, in der soziale Aktivitäten und Begegnungen aber auch Unterstützung und Hilfe ihren Platz finden. Seit einigen Jahren sind gerade hier Fortschritte zu verzeichnen, allerdings eher regional vereinzelt und bei stagnierender Entwicklung in die Fläche. Es gibt eine deutliche Diskrepanz zwischen der breiten fachlichen und politischen Anerkennung, die das Konzept der Vernetzung findet, und seiner eher halbherzigen Umsetzung. Die chronische Unterfinanzierung und zu geringe Förderung der Netzwerkbildung mit öffentlichen Mitteln wird politisch oft mit einem angeblich zu geringen Problemdruck legitimiert. Und in der Tat bewegen sich die innovativen Formen einer vernetzten Altenarbeit häufig in einem als „weich“ bezeichneten Problembereich.

Vernetzungsbestrebungen in der pflegerischen Versorgung

Auch in dem – einhellig als „existenziell“ bezeichneten – Feld der pflegerischen Versorgung erkennt man eine Diskrepanz zwischen dem Wissen um die Bedeutung besserer Vernetzung und ihrer Verwirkli-

chung. Dennoch gibt es auch hier viele positive Ansätze: In unterschiedlicher Trägerschaft wurden zahlreiche Beratungsstellen eingerichtet, in denen man – der Leitvorstellung des Case Management folgend – eine individuelle und bedarfsgerechte Koordination von Versorgungsangeboten anstrebt. Durch Modellprogramme wurde auch auf der strukturellen Ebene des Versorgungssystems der Nutzen von Vernetzung dokumentiert (z.B. BMFSFJ 2004). Auch im Sozialrecht hat das Vernetzungskonzept – im Sinne einer besseren Koordination und Kooperation von Leistungsangeboten im Gesundheits- und Pflegebereich – zunehmend an Bedeutung gewonnen. Diese Entwicklung begann spätestens mit dem Gesundheitsreformgesetz von 1989 und dem Gesundheitsstrukturgesetz (1992) und verstärkte sich im Gesundheitsreformgesetz 2000 (§ 140 a-h Integrierte Versorgung) und vor allem im Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG 2007 § 140 a ff. SGB V).

Auf allen Ebenen wuchs das Bestreben, durch Vernetzung von Leistungsangeboten und bessere Zusammenarbeit unterschiedlicher Akteure einerseits Kosten einzusparen und andererseits die Versorgungsqualität zu verbessern. Ein Durchbruch in der Fläche der Versorgungslandschaft gelang dennoch bislang nicht. So stellte etwa der „Runde Tisch Pflege“ fest, dass im Bereich der Pflege und Betreuung strukturelle und organisatorische Veränderungen erforderlich seien, um vorhandene Spielräume einer optimierten Ressourcenverwendung besser zu nutzen und sprach die Empfehlung aus, lokale Kooperations- und Vernetzungsstrukturen durch ein professionelles und neutrales Management nachhaltig zu sichern (Krämer; Petzold & Sulmann, 2005, S. 6).

Spielräume für einen optimierten Ressourceneinsatz – so die zentrale Botschaft der Netzwerkdebatte – bestehen gerade an den Schnittstellen und Übergängen zwischen einzelnen Leistungsbereichen und Akteuren. Demnach geht es weniger darum, neue Institutionen der Leistungserbringung aufzubauen, als eine Struktur

zu schaffen, in der sich die Koordination der bestehenden Versorgungselemente und die Kooperation der im Feld bereits tätigen Akteure nachhaltig verankern lässt.

Das Vernetzungskonzept in der strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung

Neuen Schub für eine bessere Vernetzung unterschiedlicher Elemente und Ebenen im System der gesundheitlich-pflegerischen Versorgung verspricht nun der Entwurf des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes. Erstmals bekommt hier das Vernetzungskonzept einen zentralen Stellenwert in der sozialrechtlichen Gestaltung der Pflegelandschaft. Mit dem Ziel einer Stärkung der ambulanten Versorgung nach persönlichem Bedarf soll durch die Einführung von Pflegestützpunkten flächendeckend eine wohnortnahe Struktur zur Vernetzung vorhandener Versorgungsangebote aufgebaut werden. Zur Realisierung der Pflegestützpunkte ist ein neuer Vertragstyp vorgesehen, der zunächst zwischen Pflegekassen und Krankenkassen geschlossen wird. Die Pflege- und Krankenkassen haben nach dem Willen des Gesetzgebers dann darauf hin zu wirken, dass sich die nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen der Alten- und Sozialhilfe sowie die im Land tätigen Unternehmen der privaten Kranken- und Pflegesicherung an diesen Verträgen beteiligen. Die Vertragspartner haben ferner darauf hinzuwirken, dass die vor Ort vertretenen Leistungserbringer als Kooperationspartner vertraglich eingebunden werden. Über die Pflegestützpunkte soll so die Möglichkeit geschaffen werden, etwa die Leistungsansprüche an die Pflegeversicherung und an die gesetzliche Krankenversicherung besser als bisher zu verwirklichen und darüber hinaus eine umfassende und aufeinander abgestimmte Beratung, Unterstützung und Begleitung anzubieten. Hierzu zählen beispielsweise hauswirtschaftliche Versorgung, individuelle Betreuung, ortsnahe Hilfsangebote der Altenhilfe sowie sonstige Dienstleistungen, wie zum Beispiel „Essen auf Rädern“ und die Nutzung eines Hausnotrufsystems.

In den Pflegestützpunkten sollen darüber hinaus Pflegeberater angesiedelt sein, deren Aufgabe es ist, im Sinne eines umfassenden individuellen Fallmanagements, den Hilfebedarf systematisch zu erfassen und zu analysieren (vgl.: Gesetzentwurf der Bundesregierung zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, S. 38 ff., S. 84 ff.). Vor allem mit Blick auf die erwartbaren Fragen bei der Implementierung von Pflegestützpunkten erscheint es sinnvoll, sich auch jenseits der Ebene vertragsrechtlicher und finanzieller Steuerung einige grundlegende Erkenntnisse aus der Netzwerktheorie und aus den empirischen Erfahrungen einschlägiger Modellprogramme vor Augen zu führen.

Bisherige Erfahrungen struktureller Netzwerkbildung

Vor allem in der Organisations- und Managementforschung hat das Konzept Karriere gemacht. Hier beschäftigte man sich mit der Frage, wie Ressourcen in einer immer komplizierter werdenden Umwelt möglichst effektiv gewonnen und genutzt werden können. Netzwerkbildung wurde als eine Strategie erkannt, um eine neue Art von Organisationsstruktur zu etablieren, mit der auf komplexer werdende und sich verändernde Anforderungen flexibler und wirksamer reagiert werden kann. Netzwerke sind etwas anderes als formale Organisationen wie z.B. Verwaltungskörperschaften oder Verbände. Und sie sind ebenso etwas anderes als Gemeinschaften wie z.B. soziale Gruppen. Dennoch greifen Netzwerke auf Bindungsmechanismen formaler Organisation und der sozialer Gemeinschaft zurück. Auch Netzwerke brauchen, um zu entstehen und weiterzubestehen, unter Umständen vertraglich geregelte Kooperationen – so sieht es z.B. der Entwurf des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes vor –, sowie Hierarchie und Arbeitsteilung, wie dies für Organisationen typisch ist. Sie brauchen aber für ihr Funktionieren andererseits „Wir-Vorstellungen“ und Tauschbeziehungen, wie sie Gemeinschaften charakterisieren (vgl. Sydow/Windeler 2000). Die Kunst einer nachhaltigen Netzwerkbildung und -steuerung

liegt also darin, zu erkennen, *wann* feste Regeln, formal fixierte Abmachungen, funktionale Rollen und Arbeitsteilung erforderlich sind, *wann* es dagegen angesagt ist, die Identifikation mit dem Netzwerk durch ein gemeinsames Leitbild, vielleicht sogar durch eine „Vision“ zu stärken, und wann das Netzwerk vor allem eine Stärkung durch den Aufbau von wechselseitigem Vertrauen braucht. In der strukturellen Gestaltbarkeit von Netzwerken liegt jene besondere Qualität, die den Zusammenschluss auch zwischen sehr unterschiedlichen Akteuren ermöglicht, die jeweils eigene Interessen und Ziele verfolgen. Die Attraktivität von Netzwerken besteht gerade darin, dass sie eine Beteiligung im Eigeninteresse der Akteure ermöglichen und unterstützen. Der Grundgedanke von Netzwerken ist, dass sich jeweils eigenständige Akteure zusammenschließen, dass sie ihre jeweiligen Kompetenzen bündeln und koordinieren und sich hierdurch erweiterte Möglichkeiten zur Verfolgung gemeinsamer wie auch eigener Interessen und Ziele eröffnen (Windeler, 2001, 19 ff.).

Insbesondere bei Netzwerken, die einen *feldbezogenen strukturbildenden* Anspruch haben, wurden Erfolgsfaktoren untersucht. Die Ergebnisse der Begleitforschung von Vernetzungsprogrammen in unterschiedlichen Bereichen¹ zeigen: Trotz aller Unterschiede im Detail, gibt es eine Reihe übertragbarer Erfolgsfaktoren. So bestätigen die bisherigen Erfahrungen, wie wichtig es ist, alle im Feld relevanten Kooperationspartner auch wirklich einzubeziehen, an vor Ort bereits bestehende Netzwerke anzuknüpfen und sie zu stärken. Von hohem Wert für eine nachhaltige Netzwerkbildung ist auch das Aufgreifen aktueller Probleme im sozialräumlichen Kontext und die Formulierung einer Bestandsaufnahme und Ausgangsdiagnose. Als besonders wichtig hat sich ein systematisches Netzwerkmanagement durch einen von allen

¹ zum Beispiel aus den Bundesmodellprogrammen „Altenhilfestrukturen der Zukunft“ (BMFSFJ) und „Lernende Regionen“ (BMBF), siehe: www.bmbf.de/de/414.php

Akteuren akzeptierten Netzwerkmanager erwiesen, der dafür sorgt, den Informationsfluss und Erfahrungsaustausch zu sichern und daran arbeitet, Vertrauen und Partnerschaft zwischen den Akteuren herzustellen, Konkurrenzdenken abzubauen und die gegenseitige Unterstützung der Netzwerkakteure zu fördern. Entscheidende Erfolgsfaktoren liegen ferner in der Bereitschaft der beteiligten Einrichtungen und Personen zur Eigeninitiative, zur kontinuierlichen Zusammenarbeit und zur gemeinsamen Weiterentwicklung angesichts sich verändernder Bedarfe und Ressourcen.

Wenn die Pflegestützpunkte ihrer netzwerkbildenden Funktion gerecht werden sollen, wird es wichtig sein, die vorgesehenen vertraglichen Regelungen durch eine gezielte Förderung integrativer Prozesse nach innen wie nach außen systematisch und den Erkenntnissen der Netzwerkforschung folgend zu ergänzen, z.B. durch die gemeinsame Entwicklung von Kompetenzen, Qualifikationen und Qualitätsstandards sowie durch eine aktive und wirksame Außerdarstellung des durch den Pflegestützpunkt entstehenden Netzwerks und die qualifizierte Vertretung der gemeinsamen Ziele im politischen, institutionellen und sozial-räumlichen Umfeld.

Literaturhinweise

- Krämer, K.; Petzold, C. & Sulmann, D. (2005): Empfehlungen und Forderungen zur Verbesserung der Qualität der Betreuung und Pflege: Zu den Ergebnissen der Arbeitsgruppen am Runden Tisch Pflege. In: Informationsdienst Altersfragen, Heft 06, 2007, S. 5–11.
- Sydow, J. & Windeler, A. (Hrsg.) (2000): Steuerung von Netzwerken. Konzepte und Praktiken. Opladen: Westdeutscher Verlag
- Windeler, A. (2001): Unternehmungsnetzwerke. Konstitution und Strukturierung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Vernetzung von individuellen Hilfeleistungen – Ziele, Aufgaben und Qualifikationsanforderungen von Fallmanagement

Anna Hokema, Christina Kühnemund & Daniela Sulmann

Der Entwurf zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfWG) sieht die gesetzliche Verankerung von individueller Pflegeberatung für alle Personen vor, die Leistungen aus der Pflegeversicherung erhalten oder beantragen (Entwurf für das PfWG 2007, § 7a). Die Pflegeberater/innen sollen demnach bei den geplanten Pflegestützpunkten eingesetzt und von den Pflegekassen finanziert werden. Wenngleich in der Fachöffentlichkeit unterschiedliche Auffassungen hinsichtlich der Anbindung und Trägerschaft bestehen (erwähnt sei an dieser Stelle nur die Diskussion über Möglichkeiten einer neutralen Anbindung), so wird inhaltlich die gesetzliche Verankerung von individueller Hilfeprozessbegleitung (Case Management/Fallmanagement) bereits seit Jahren von zahlreichen Akteuren und Experten gefordert (beispielsweise AOK-BV, 2006; Bündnis 90/Die Grünen, 2006; DBfK, 2006; Diakonisches Werk, 2005; Runder Tisch Pflege, 2005).

Auf der Basis bisheriger Erfahrungen werden in der Fachöffentlichkeit mit der gesetzlichen Verankerung von Fallmanagementstrukturen eine Reihe von Vorteilen sowohl auf der Einzelfallebene (kurz: durch individuelle Hilfeprozessbegleitung bessere Versorgung, mehr Lebensqualität für die Menschen, Öffnung von Behandlungszugängen), als auch auf der Systemebene (kurz: Effizienz des Versorgungssystems durch gezielten Ressourceneinsatz) erwartet (Klie, Buhl, Entzian, & Schmidt, 2003; Runder Tisch Pflege, 2005; Salzmann-Zöbeley, Pfänder, Vallon, & Weiser, 2006; Schmidt, 2006; Thörne, 2002; Wendt, 2006).

Vor dem Hintergrund des nun anstehenden Gesetzgebungsverfahrens sowie der Umsetzung von Pflegeberatung, gilt es nun Antworten auf noch offene Fragen zu finden. Eine dieser Fragen betrifft das Qualifikationsprofil einschließlich der Frage nach der beruflichen Verortung der Pflegeberater/innen und nach den Kriterien für erfolgreiche Arbeit. Mit der Erarbeitung eines Qualifikationsprofils beauftragt der Gesetzentwurf die Spitzenverbände der Pflegekassen – bis zum 31.08.2008 soll das Profil vorliegen (Entwurf für das PfWG 2007, § 7a Abs. 3). Um sich dem Thema Pflegeberatung und möglichen Antworten auf oben genannte Fragen zu nähern, wird im folgenden Beitrag zunächst eine Begriffsklärung vorgenommen, da in der Fachöffentlichkeit derzeit eine undeutliche und zum Teil verwirrende Begriffsverwendung (Pflegeberatung, Fallmanagement, Case Management) zu beobachten ist. Des Weiteren werden Ziele, Aufgaben und Voraussetzungen beschrieben.

Begriffserläuterung

In der Fachliteratur wird vornehmlich der Begriff *Case Management*, in wenigen Fällen *Fallmanagement* verwendet. Im Entwurf zum PfWG wird allerdings durchweg der Begriff Pflegeberatung, mit explizitem Verweis auf die Anlehnung an das Fallmanagement verwendet (Entwurf für das PfWG 2007, S. 2, S. 106). In diesem Artikel wird überwiegend der Begriff Fallmanagement (synonym für Case Management und Pflegeberatung) verwendet, an das sich die im Gesetzentwurf vorgesehene Pflegeberatung anlehnt, für die es jedoch in diesem Sinne bislang keine inhaltliche Beschreibung in der Fachliteratur gibt.

Individuelles Fallmanagement ist zu verstehen als „ein systematisches Vorgehen, um individuell zugeschnittene Versorgungsprozesse gemeinsam mit den Betroffenen zu planen, zu erschließen, zu begleiten, zu evaluieren und ggf. zu modifizieren (Hilfeprozesssteuerung)“ (Schmidt, 2006). Die Methode fand im bisherigen für die Pflege relevanten Recht in Deutschland kaum oder nur ansatzweise einen verbindlichen Regelungsort, noch eine Verortung in der Struktur des Sozial- und Gesundheitswesens; sie wird aber seit den 1990er Jahren zunehmend in Deutschland angewendet, so zum Beispiel in der Vermittlung von erwerbslosen Menschen (SGB II und III), bei der integrierten medizinischen Versorgung (SGB V), bei der Integration von Migrantinnen und Migranten (Zuwanderungsgesetz) sowie modellhaft in der Altenhilfe (SGB XI § 8 Abs. 3), wo sie bis heute auch am häufigsten zum Einsatz kommt (Wendt, 2004).

Zielgruppe, Ziele und Handlungsrahmen

Fallmanagement richtet sich an Menschen mit mehrdimensionalen Problemlagen, die unterschiedliche Arten von Hilfen gleichzeitig benötigen und diese (angesichts segmentierter Versorgungssysteme mit mangelnder Transparenz über die Angebote) nicht mehr selbst zielgerichtet koordinieren können. Der Entwurf zum PfWG sieht in diesem Sinne einen gesetzlichen Anspruch auf Pflegeberatung für alle Personen vor, die Leistungen aus der Pflegeversicherung erhalten oder beantragen (§ 7 a).

Fallmanagement ist vornehmlich mittel- oder langfristig angelegt, mit dem Ziel, Ressourcen im Umfeld zu mobilisieren, Selbsthilfepotenziale zu fördern und die professionellen Aktivitäten dadurch im Zeitverlauf zu reduzieren, bestenfalls auch überflüssig zu machen. Bei der Zusammenstellung der individuell benötigten Dienstleistungen soll das Fallmanagement sowohl eine beratende Lotsen- als auch eine advokatorische Funktion übernehmen. Entscheidend ist, dass bei der Hilfestellung nicht allein die Defizite und Einschränkungen der betroffenen Personen betrachtet werden, sondern viel wichtiger, deren Fähigkeiten zur Lebens-

und Alltagsbewältigung eingeschätzt und gefördert werden (Schmidt, 2006). Die koordinierende Aufgabe von Fallmanagement impliziert zugleich, die starren Grenzen zwischen dem ambulanten und dem stationären Versorgungssektor genauso zu überwinden, wie die zwischen den unterschiedlichen Berufsgruppen und den unterschiedlichen Leistungsträgern (Netzwerkarbeit auf der Systemebene). Auf der Systemebene geht es darum, Netzwerke zu initiieren und zu nutzen (Löcherbach, 2003b: S. 203), um so das „System der Versorgung zu optimieren“ (ebd.). Vielfach wird die gleichzeitige Implementierung von Fallmanagement auf der Fall- und Systemebene als Voraussetzung für erfolgreiches Handeln gesehen (vgl. Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge, 2004; Wendt, 2006). Im Rahmen der Pflegeversicherung geht es letztlich darum, mit Hilfe des Fallmanagements dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ zu folgen. Die erforderliche Netzwerkarbeit auf der Versorgungsebene wird im Gesetzentwurf allerdings weniger den Pflegeberaterinnen und -beratern, sondern vielmehr den geplanten Pflegestützpunkten zugeschrieben (Entwurf PflWG 2007, S. 84).

Konkrete Aufgaben und institutionelle Voraussetzungen

Die Aufgabenabfolge der Methode Case Management (bzw. Fallmanagement) wird in der Fachliteratur (vgl. beispielsweise Engel, Engels, Wendt, & Ziller, 2000; Hansen, 2005; Löcherbach, 2003a; Wendt & Löcherbach, 2006) auf der Einzelfallebene wie folgt beschrieben, kann aber in der Praxis unterschiedlich gewichtet sein:

(a) Erschließung des Zugangs und Aufnahme in ein fallweises Management: Bei diesem Prozessschritt geht es um die Kontaktaufnahme und ein erstes Sondierungsgespräch, um einen möglichen Bedarf festzustellen und die Übernahme in ein Fallmanagement zu beschließen;

(b) Assessment: Nach der Aufnahme in den Prozess des Fallmanagements wird ein ausführlicheres Assessment durchgeführt, um Problemlagen, Ressourcen und Bedarfe zu erheben. Die Begutachtung sollte medizinische, psychologische, pflegerische, familiäre, soziale sowie wohn-technische Aspekte berücksichtigen;

(c) Zielvereinbarung und Leistungsplanung: Diese erfolgt in Absprache mit den Versicherten und deren Angehörigen. Hier müssen verschiedene Sektorengrenzen überwunden und Professionen zusammengebracht werden, um einen individuellen Hilfeplan, orientiert am Bedarf und der Lebenswelt des Einzelnen zu entwickeln. Um in diesem Aushandlungsprozess als gleichberechtigter Akteur agieren zu können, sind erfahrungsgemäß Entscheidungskompetenzen für die Fallmanager/innen erforderlich;

(d) Monitoring: Da das individuelle Fallmanagement ein mittel- oder langfristiger Prozess ist, muss kontinuierlicher Kontakt zu den einzelnen Dienstleistern und den Nutzer/innen gehalten werden, um die Feinabstimmung der Hilfeleistungen zu begleiten und bei eventuellen Konflikten oder mangelnder Einhaltung von Vereinbarungen im Sinne einer advokatorischen Unterstützung der Nutzer/innen zu vermitteln;

(e) Evaluation, Reassessment, modifizierte Hilfeplanung: Der gesundheitliche Zustand, die soziale Umgebung, aber auch die Leistungserbringung sollten in Abständen neu begutachtet werden und die Ergebnisse der Intervention evaluiert werden, um das Hilfeangebot an einen eventuell veränderten Bedarf anzupassen;

(f) Accountability: Als letzten Schritt muss die Fallmanagerin bzw. der Fallmanager gegenüber Auftraggebern fallübergreifend, aber auch den Nutzerinnen und Nutzern Bericht erstatten.

Im Entwurf des PflWG wird nicht explizit auf die beschriebene Ablauffolge oder die einzelnen Arbeitsschritte der Methode Fallmanagement für die Pflegeberatung hingewiesen, wohl aber, dass die Durchführung der Pflegeberatung im Sinne des Fallmanagements erfolgen soll (S. 106) und die Pflegeberater/innen dauerhaft den Hilfesuchenden zugeordnet werden sollen (§ 7 a Abs. 2). Die Erstellung des Versorgungsplans wird besonders herausgestellt und als operatives Instrument der Pflegeberatung beschrieben. Auch die Anwendung von Assessmentinstrumenten wird angeführt, allerdings mit Verweis auf Offenheit hinsichtlich zukünftiger Entwicklungen (S. 107). In Zukunft werden demnach neue Instrumente eingesetzt, die dem Ziel einer besseren und effizienteren Versorgung pflegebedürftiger Menschen dienen sollen. Allerdings findet sich im Gesetzentwurf keine explizite Definition eines „Erfolgskriteriums“ für die Pflegeberatung und kein Hinweis auf die empirische Überprüfung des Erfolgs. Evaluierungen von Modellversuchen in der Altenhilfe haben ergeben, dass es einen Zusammenhang zwischen der Einführung von Fallmanagement zur Vermeidung von stationärer Unterbringung und Drehtüreffekten sowie einem besseren subjektiven Wohlbefinden gibt (Schmidt & Schu, 2006, S. 294). Dies müsste aber im Rahmen einer Wirkungsanalyse mit Kontrollgruppendesign noch einmal überprüft werden, was bisher in Deutschland noch nicht abschließend geschehen ist.

Daneben werden in der Fachdiskussion bestimmte strukturelle und institutionelle Voraussetzungen beschrieben, um die oben erwähnten Aufgaben kompetent durchführen bzw. einsetzen zu können – dazu gehören: Bereitstellung der geeigneten Infrastruktur (Räumlichkeiten, personelle Ausstattung), hinreichend Zeit für adäquate Fallbearbeitung, Bereitstellung von Gelegenheiten systematischer Selbstreflexion, Entwicklung/Übernahme geeigneter Assessmentinstrumente und Dokumentationssysteme, Gewährung von Entscheidungskompetenzen für die Fallmanager/innen, aktueller Überblick über formelle und informelle Hilfsangebote, Feststellung von Schnittstellen, Klärung von Verantwortlichkeiten (Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge, 2004, S. 5ff.).

Kompetenzen und berufliche Qualifikation

Um im Sinne der Zielführung „Stärkung der ambulanten Versorgung nach persönlichem Bedarf“ ein individuelles Versorgungspaket schnüren und die oben beschriebenen Aufgaben durchführen zu können, benötigen Fallmanager/innen medizinische, pflegerische, psychologische, sozialarbeiterische und soziologische Kenntnisse (vgl. Engel, Engels, Wendt, & Ziller, 2000), ergänzt durch geschultes Urteilsvermögen, kommunikative Kompetenz, Durchsetzungsfähigkeit sowie Erfahrung. Darüber hinaus wird Case Management bzw. Fallmanagement als ein kooperativer Prozess beschrieben, der unter Einbezug der beteiligten Fachkräfte sowie über die Zuständigkeitsbereiche von Diensten und Einrichtungen hinweg und in Vernetzung mit anderen Akteuren im Umfeld geschieht (vgl. Wendt, 2006, S. 25).

Da ‚Case Management‘ als Methode beruflich nicht verortet ist, könnten Fachkräfte aus verschiedenen Berufen der o.g. Bereiche in die Fallmanagement-Funktion (Pflegerberatung) eintreten. Der Gesetzentwurf benennt für die Übernahme der Pflegerberatung in der Erläuterung examinierte Pflegekräfte und Sozialversicherungsfachangestellte (S. 110).

Es erscheint sinnvoll, dass Fallmanager/innen über eine – über ihre Grundqualifikation hinaus gehende – fachlich anerkannte (zertifizierte) Case Management Weiterbildung verfügen; die Grundqualifikation bildet die Basis, auf der eine Case Management Weiterbildung aufbaut (Wendt, 2006, S. 27). Um die vielfältigen Aufgaben im Rahmen des Fallmanagements erfüllen zu können, braucht man Sach- und Systemkompetenz, Methoden- und Verfahrenskompetenz, soziale Kompetenz, Selbstkompetenz sowie auch interkulturelle Kompetenz. Darüber hinaus wird ein reflektiertes berufliches Selbstverständnis als Grundvoraussetzung beschrieben.

Der jeweilige Arbeitskontext (die Verortung des Arbeitsplatzes oder der Träger) sowie die schwerpunktmäßige Ausrichtung der Aufgaben des Fallmanagements (Hilfe bei der Beantragung von Sozialleistungen, Assessment, Hilfe bei der Zusammenstellung individuell benötigter Leistungen, Überleitung) bestimmen auch die vorwiegend benötigte Fachkompetenz bei der individuellen Begleitung (z.B. sozialarbeiterische, pflegerische, medizinische Kompetenz). So ist zum Beispiel eine sozialarbeiterische oder verwaltungstechnische Kompetenz erforderlich, wenn vorwiegend advokatorische Hilfeleistung beispielsweise im Rahmen der Inanspruchnahme von Sozialleistungen benötigt wird. Bei der Hilfebegleitung im Rahmen pflegerischer Versorgung sowie im Überleitungsprozess werden pflegerisch-medizinische Kompetenzen benötigt. Deshalb sollten sozialarbeiterische und pflegerisch-medizinische Basisqualifikationen und Kompetenzen innerhalb eines multidisziplinär besetzten Teams vorhanden sein, sodass eine Ergänzung von Fachkompetenzen und eine gegenseitige Supervidierung erfolgen können. Die multidisziplinär besetzten Teams könnten zum Beispiel – wie bereits teilweise in Deutschland umgesetzt – in Koordinierungsstellen oder den geplanten Pflegestützpunkten eingesetzt werden.

Trotz der methodisch angelegten fachlichen Neutralität von Case Management sowie der Anfang 2003 verabschiedeten integrierenden „Standards und Richtlinien für die Weiterbildung: Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen und in der Beschäftigungsförderung“ (Fachgruppe Case Management, 2004; Wendt, 2004), die gemeinsam von der Deutschen Gesellschaft für Sozialarbeit (DGS), dem Deutschen Berufsverband für Soziale Arbeit (DBSH) und dem Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) vertreten werden, existieren berufspolitisch geprägte Argumentationen unterschiedlicher Berufsgruppen, dass Case Management federführend aus der jeweiligen Professionsperspektive übernommen werden sollte.

Die Diskussion, ob Case Management sich als eigenständige Profession oder eher als Spezialisierung von Professionen entwickeln könnte und sollte, wird durch die von der amerikanischen Zertifizierungskommission in dem seit 2005 geltenden *Code of Professional Conduct for Case Managers* (Wendt, 2006, S. 27) folgendermaßen definiert und auch beantwortet: „Case management is not a profession but rather a collaborative and trans-disciplinary practice“.

Schlussfolgerungen

a) Aufgaben, Kompetenzen und berufliche Verortung

Der Entwurf zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz sieht die gesetzliche Verankerung von Pflegeberatung im Pflegeversicherungsgesetz vor. Mit ihrer beratenden Lotsenfunktion im Hilfenetz sollen die Pflegeberater/innen vor dem Hintergrund vielfältiger präventiver, kurativer, rehabilitativer, sozialer und pflegerischer Hilfen und Angebote die Zusammenstellung eines jeweils individuellen Versorgungsplans für hilfe- und pflegebedürftige Menschen ermöglichen und eine advokatorische Funktion auch vor dem Hintergrund der Schnittstellenproblematik im segmentierenden Sozialleistungssystem übernehmen.

Ausgehend von dem dargestellten umfassenden Anforderungs- und Kompetenzprofil sowie wegen des transdisziplinären Charakters des Fallmanagements resultiert bezogen auf die professionelle Verortung der Pflegeberater/innen keine Empfehlung, die sich auf eine bestimmte Profession bezieht. Grundlegend erscheinen drei Aspekte:

(1) Die Notwendigkeit einer einheitlich geregelten Fallmanagement-Weiterbildung über die jeweilige professionelle Grundqualifikation hinaus. Hierfür kommen v.a. Personen infrage, die auf ihre sozialarbeiterische und/oder pflegerisch-medizinische Grundqualifikation aufbauen können und dadurch befähigt werden, in unterschiedlichen Anwendungsfeldern und multidisziplinären Teams als kompetente Pflegeberater/innen arbeiten zu können.

(2) Die jeweils geeignete berufliche Grundqualifikation hängt von der überwiegenden Ausrichtung der Aufgabe des Pflegeberaters ab: Bei einer vornehmlich advokatorischen Funktion erscheint eine sozialarbeiterische Grundqualifikation eher kompetent, bei der Hilfebegleitung im Rahmen pflegerischer Versorgung liegen die Kompetenzen eher bei Personen mit pflegerischer und/oder medizinischer Grundqualifikation.

(3) Vor diesem Hintergrund und angesichts der Aufgabe strukturbildender Maßnahmen im Sinne eines Netzwerkmanagements (auf der Systemebene), wird eine multidisziplinäre Besetzung von Pflegestützpunkten oder entsprechenden Koordinierungsstellen empfohlen.

b) Voraussetzungen für erfolgreiches Fallmanagement/erfolgreiche Pflegeberatung

Wichtige Voraussetzungen für die erfolgreiche Arbeit des Fallmanagements ist die Formulierung eines Handlungsrahmens, der die Zielorientierung im Hilfeprozess vorgibt. Der Erfolg von Fallmanagement hängt – Erfahrungsberichten zufolge – im Wesentlichen auch von der Gewährung von Entscheidungskompetenzen ab. Die Aufgaben von Pflegeberaterinnen und -beratern bestehen in der Beratung und Hilfestellung von Personen mit Pflegebedarf. Zentrale Aufgabe ist die Erstellung eines Versorgungsplans, der die erforderlichen Sozialleistungen sowie alle relevante Hilfs- und Unterstützungsangebote umfasst (§ 7a Abs. 1). Dabei ist das Ergebnis der Begutachtung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen zu berücksichtigen. Der Entwurf zum PfwG sieht vor, dass die von den Pflegeberaterinnen und -beratern zu erstellenden Versorgungspläne empfehlenden Charakter haben sollen (S. 108).

Stellvertretend für die Probleme, die bei der Erstellung und Umsetzung von Versorgungsplänen entstehen könnten, sei im Folgenden die Integration medizinischer Leistungen („präventive, kurative, rehabilitative oder sonstige medizinische Hilfs- und Unterstützungsangebote“) in den Versorgungsplan hervorgehoben. Im Sinne der Integrierten Versorgung wären, neben pflegerischen Leistungen, auch medizinische Leistungen in dem Versorgungsplan zusammenzufassen. Allerdings entsteht die Frage, ob Pflegeberater/innen entscheiden können (und sollen), welche medizinischen Leistungen angemessen sind. Wenn sie dies tun sollen, benötigen sie die entsprechenden Kompetenzen und Berechtigungen, dies zu tun. Wenn sie auf die Entscheidungen anderer Akteure (Hausärzte, Fachärzte) zurückgreifen sollen, so entstehen eine Reihe von Fragen, die zu klären sind. Um nur einige zu nennen: Sollen Pflegeberater/innen Arztbesuche vorschlagen, wenn dies sinnvoll erscheint? Wie wird der Kontakt zu möglicherweise zahlreichen Haus- und Facharztpraxen bzw. Krankenhäusern aufrechterhalten? Können Pflegeberater/innen ohne Einverständnis der pflegebedürftigen Person Informationen von Pflege- und Krankenkassen zusammenführen? Schließlich ist darauf hinzuweisen, dass die Zuständigkeiten der Pflegeberater/innen in hohem Maß von der Stärke des Pflegestützpunktes abhängen. Sollte die Konstruktion der Pflegestützpunkte schwach sein, so werden die Pflegeberater/innen nur wenig Einfluss auf die Sicherstellung einer guten Versorgung nehmen können. Zum anderen ist das Vorhandensein von institutionellen Ressourcen (beispielsweise Infrastruktur, Räumlichkeiten, personelle Ausstattung, geeignete Assessmentinstrumente und Dokumentationssysteme, einheitliches Berichtswesen) ein bedeutsamer Aspekt. Dabei ist zu berücksichtigen, dass bundesweit bislang noch keine einheitliche Fallmanagement Infrastruktur vorhanden ist. Diese gilt es, im Zuge der bundesweiten Etablierung und Umsetzung von Pflegestützpunkten z.T. neu zu etablieren oder an bereits

bestehende Strukturen (z.B. Koordinierungsstellen) anzuknüpfen, bzw. diese zu nutzen, damit keine Doppelstrukturen entstehen.

Mit der Einführung von Pflegeberatung werden neue Instrumente eingeführt, die dem Ziel einer besseren und effizienteren Versorgung pflegebedürftiger Menschen dienen sollen. Im Gesetzentwurf findet sich keine explizite Definition eines „Erfolgskriteriums“ für die Pflegeberatung und kein Hinweis auf die empirische Überprüfung des Erfolgs.

Es wird in den Erläuterungen darauf verwiesen, dass „die Erfahrungen [mit dem Instrument der Pflegeberatung] kurzfristig evaluiert werden“ sollen (Entwurf für das PflWG 2007, S. 114). Als Erfolgskriterien sollten nicht allein die zuvor benannten Aufgaben der Pflegeberatung genannt werden (Beratung, Erstellung eines Versorgungsplans), sondern Kriterien, die sich auf eine Verbesserung der Versorgung beziehen (z.B. Pflegequalität, Lebensqualität der Menschen mit Pflegebedarf) oder die eine Effizienzsteigerung der pflegerischen und gesundheitlichen Versorgung betreffen (z.B. Ausgaben pro Versicherten). Eine Definition der Erfolgskriterien sollte zudem gekoppelt sein an eine Überprüfung des Erfolgs sowie der Festlegung von Konsequenzen, falls sich das Instrument der Pflegeberatung als erfolglos erweist.

Anna Hokema, Dipl.-Soz., Christina Kühnemund, Dipl.-Sozialarbeiterin/-pädagogin und Daniela Sulmann, Dipl.Pflegewirtin sind Wissenschaftliche Mitarbeiterinnen am DZA.

Literaturhinweise

- Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge. (2004). Empfehlungen des Deutschen Vereins zu Qualitätsstandards für das Fallmanagement. URL: www.deutscher-verein.de/05-empfehlungen/pdf/20040301.pdf [05.07.07]
- Engel, H., Engels, D., Wendt, W. R., & Ziller, H. (2000). Case Management in verschiedenen nationalen Altenhilfesystemen – Im Rahmen des internationalen Kooperationsprojektes „Koordination komplexer Hilfeleistungen für ältere Menschen: Case Management in verschiedenen nationalen Altenhilfesystemen“. Stuttgart.
- Fachgruppe Case Management. (2004, geändert am: 22.12.2004). Standards und Richtlinien für die Weiterbildung: Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen und in der Beschäftigungsförderung. URL: www.case-manager.de/_themes/CM_Richtlinien_neu.pdf [31.10.07]
- Hansen, E. (2005): Das Case/Care Management Anmerkungen zu einer importierten Methode. *Neue Praxis*, 35 (2), 107–125.
- Klie, T., Buhl, A., Entzian, H., & Schmidt, R. (Eds.) (2003). Entwicklungslinien im Gesundheits- und Pflegewesen. Frankfurt.
- Kling-Kirchner, C., Mennemann, H., Monzer, M., & Podeswik, A. (2004). Leitprinzipien Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. URL: www.case-manager.de/_themes/Leitprinzipien%20CM.pdf [05.07.07]
- Löcherbach, P. (2003a). Einsatz der Methode Case Management in Deutschland: Übersicht zur Praxis im Sozial- und Gesundheitswesen. In F. Porz & H. Eberhard (Eds.), *Neue Wege in der Nachsorge und Palliativversorgung*.
- Löcherbach, P. (2003b). Qualifizierung im Bereich Case Management – Bedarf und Angebot. In P. Löcherbach, W. Klug, R. Remmel-Faßbender & W.-R. Wendt (Eds.), *Case Management – Fall- und Systemsteuerung in der Sozialen Arbeit* (pp. 201–232). München.
- Gesetzentwurf der Bundesregierung zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (PflWG). (2007). URL: www.bmg.bund.de/cln_040/nn_600110/SharedDocs/Gesetzes-texte/Entwurfe/Pflege-Weiterentwicklungsgesetz,templateId=raw,property=publication-File.pdf/Pflege-Weiterentwicklungsgesetz.pdf [22.10.2007]
- Runder Tisch Pflege. (2005). Empfehlungen und Forderungen zur Verbesserung der Qualität und der Versorgungsstrukturen in der häuslichen Betreuung und Pflege (Arbeitsgruppe I). URL: www.dza.de/download/ErgebnisseRunderTischArbeitsgruppe%20I.pdf [04.04.07]
- Salzmann-Zöbele, R., Pfänder, S., Vallon, A., & Weiser, H. (2006). Sektorenübergreifende Kooperation und Vernetzung – Ein kooperatives Modellvorhaben zur Überwindung von Schnittstellenproblemen in der geriatrischen Versorgung. Abschlussbericht. Augsburg.
- Schmidt, M., & Schu, M. (2006). Forschung zu Case Management: Stand und Perspektiven. In W. R. Wendt & P. Löcherbach (Eds.), *Case Management in der Entwicklung – Stand und Perspektiven in der Praxis* (pp. 285–298). Heidelberg.
- Schmidt, R. (2006). Case Management – Skript und Materialien. Unpublished manuscript.
- Thörne, I. v. (2002): Netzwerke in der Altenhilfe – Chancen und Möglichkeiten. *Forum Altenhilfe*, 2.
- Wendt, W. R. (2004): Case Management in Deutschland. *Blätter der Wohlfahrtspflege*, 151 (2), 43–49.
- Wendt, W. R. (2006). State of the Art: Das entwickelte Case Management. In W. R. Wendt & P. Löcherbach (Eds.), *Case Management in der Entwicklung – Stand und Perspektiven in der Praxis* (pp. 1–42). Heidelberg.
- Wendt, W. R., & Löcherbach, P. (Eds.) (2006). *Case Management in der Entwicklung – Stand und Perspektiven in der Praxis*. Heidelberg.

Der Gastbeitrag: Auf dem Weg zur kommunalen Pflegeverantwortung

Angelika Trilling

10

Vielleicht unerwartet für diejenigen, die den Entwurf des Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (PfWG) zu verantworten haben und anders als bei Einführung der Pflegeversicherung (SGB XI) vor über einem Jahrzehnt, meldet sich nunmehr auch die kommunale Ebene mit zu Wort und klagt ihre Einbeziehung bei der Reform der Pflegeversicherung ein.¹

Trotz ihrer inhaltlich fast völligen Ausklammerung hatten die Kommunen das SGB XI begrüßt, sahen sie darin doch primär die ihnen winkenden substantiellen Haushaltsentlastungen (damals bis zu einem Drittel des Sozialhilfeeats). Nun aber rührt sich Protest, greift das PfWG doch weit stärker als das Ursprungsgesetz in die gewachsenen Hilfestrukturen und die je spezifische Pflegekultur ein, die sich vor Ort inzwischen etabliert haben. Deren Existenz, Tragfähigkeit und Innovationsbereitschaft wird vom PfWG für die eigene Umsetzung voraus gesetzt. Das scheint auf eine Verknennung dessen zu deuten, was Landkreise, (kreisfreie) Städte und Gemeinden in den letzten Jahren – oft ohne nennenswerte Förderung durch die Länder – trotz ihrer notorischen Haushaltsnöte aufbauen konnten. Zu fragen wäre in diesem Zusammenhang nach der Rolle von Befunden einschlägiger Institute der Sozial- und Pflegeforschung, die im Hinblick auf die Erschließung eigener Praxisfelder und damit verbundener Forschungs- und Beratungsambitionen die kommunale Verwaltungsebene eher als restriktiv und beharrend wahrnehmen. Hier spielen unterschiedliche Wahrnehmungs- und Zeitraster sicher ebenso eine Rolle, wie die sprichwörtliche regionale Vielfalt, die oft wenig spektakulär wirkt und allenfalls durch Impulssetzungen der Länder in gewisse Richtungen dirigiert wird – doch auch dies in häufig 16-stimmiger Kakophonie.

Festzustellen bleibt, dass der den Gebietskörperschaften zu Gebote stehende rechtliche Rahmen längst nicht ausgeschöpft ist und die vorhandenen Handlungsspielräume weit mutiger zu nutzen und zu gestalten wären.

Erstens: Kommune und Alter – Die Ermöglichung von Teilhabe und Prävention

Gemäß der „Altenhilfe“ nach § 71 des Sozialgesetzbuches XII sollen Landkreise und kreisfreie Städte Maßnahmen ergreifen, die „dazu beitragen, Schwierigkeiten, die durch das Alter entstehen, zu verhüten, zu überwinden oder zu mildern und alten Menschen die Möglichkeit zu erhalten, am Leben in der Gemeinschaft teilzunehmen.“ Dass dieser Auftrag nicht allein mit der Organisation von Senioren-Dampferfahrten, Tagen der Älteren Generation und verbilligten 60Plus-Fahrscheinen für den ÖPNV zu erfüllen ist, hat sich inzwischen flächendeckend herumgesprochen. Gleichzeitig stoßen auch die Kommunen bei ihrem Bestreben, Maßnahmen zu entwickeln, deren präventive Wirkung darstellbar und überprüfbar ist, an die Hürden, die das Gesundheitswesen seit langem zu überwinden trachtet.

Zweitens: Kommune und Pflege – Mitgestaltung von Infrastruktur

In § 8 des Pflege-Versicherungsgesetzes werden die Kommunen – immerhin – an zweiter Stelle nach den Ländern (und noch vor den Pflegeeinrichtungen, Pflegekassen und dem Medizinischen Dienst) als diejenigen Akteure genannt, die eng zusammenwirken, „um eine leistungsfähige, regional gegliederte, ortsnahe und aufeinander abgestimmte ambulante und stationäre pflegerische Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten“. Allen, die sich als Vertreter der örtlichen Sozialhilfeträger, in die oft endlosen Verhandlungsmarathons mit Pflegekassen und Anbietern begeben (müssen), wissen, wie marginal ihre Rolle dabei meist ist, wie gern die Kassen ihre Vertragsmacht ausspielen und wie viel Chuzpe eine Sozialamtsleiterin oder ein Altenhilfeplaner aufzubringen haben, wollen sie

¹ vgl. z. B. Beschluss des Deutschen Landkreistages vom 10./11.05.2007, Deutscher Verein: Stellungnahme zum Eckpunktepapier des Koalitionsausschusses: „Reform zur nachhaltigen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung“ Nachrichtendienst (87) 9, 2007, S.340–347; Stellungnahme der Stadt Kassel zum Referentenentwurf „Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung vom 19.09.07

einem Investor – der schon längst von Pflegekassen und Heimaufsicht durchgewinkt wurde – einen aus ihrer Einschätzung überflüssigen Heimneubau ausreden.²

Nachgerade ein Trauerspiel ist in diesem Kontext, wie wenig sich die Pflegekassen um die Finanzierung von Wohnberatungsstellen kümmern. Auch dies ist ein von zahlreichen Kommunen inzwischen aus eigenen Haushaltsmitteln geschaffenes und von Fachwelt und Politik hoch gelobtes Angebot, das nicht zuletzt den Kassen durch den Erhalt der häuslichen Pflegearrangements die Mittel spart.

Drittens: Kommune als Ausfallbürge

Als letzte Ebene im System sozialer Sicherungen tritt der örtliche Sozialhilfeträger nach §§ 61 ff des Sozialgesetzbuchs XII ein, wenn Bürger die Kosten für den Hilfebedarf, der über den Leistungsrahmen des SGB XI hinausgeht, nicht aus eigenen Mitteln tragen können. Hierzu zählen auch jene, denen noch oder überhaupt keine SGB XI-Leistungen zustehen. Ein gewisser kommunaler Gestaltungsraum ergibt sich dabei vor allem bei der Gewährung von „anderen Leistungen“ (§ 65 SGB XII), wo die Sozialhilfeträger eigene Vereinbarungen über Leistungsarten und Leistungsgestaltung mit von ihnen zu bestimmenden Vertragspartnern schließen können. Hier eröffnen sich – zweifellos längst noch nicht ausgeschöpfte – Chancen, die eher lebensweltfernen Vorgaben des SGB XI, etwa beim Verrichtungsbezug, zu kompensieren.

Beschränkungen der kommunalen Steuerung

Den gesetzlichen Möglichkeiten, auf kommunaler Ebene dem Auftrag der Daseinsvorsorge für Bürgerinnen und Bürger in Pflegesituationen nachzukommen, stehen indes eine Reihe von Einschränkungen gegenüber, in deren Schatten das

² Mindestens ebenso viel Standfestigkeit und Phantasie erfordert es dann, die in der Öffentlichkeit – nicht zuletzt von Bundes- und Landespolitikern – gern gerühmten ambulanten Pflegegruppen mit engagierten Bürgern und Dienstleistern auf den Weg zu bringen.

kommunale Handeln doppelt verdienstvoll leuchtet. Denn selbst wenn in bestimmten Bereichen Vertreter der kommunalen Spitzenverbände mit am Verhandlungs- oder Schiedsstellentisch sitzen, bleibt zu konstatieren, dass sie gegenüber der geballten Präsenz der Pflegekassen (und ihrer Hilfsorgane vom MDK) nur eine schwache Stimme haben. So ist die kommunale Ebene längst nicht ausreichend beteiligt an:

- der Zulassung (und Schließung) von Pflegeeinrichtungen;
- der Entscheidung über die wesentlichen Kostenstrukturen der pflegerischen Versorgung, wohl aber (und in steigendem Maße) beteiligt an deren Finanzierung;
- der Definition und Überprüfung von Versorgungsstandards und Qualitäten;
- den Bereichen der Gesundheitsversorgung, die besonders relevant sind für die Verhütung oder Minderung von Pflegebedürftigkeit;
- einem sich immer marktwirtschaftlicher gebärdenden Wohnungsmarkt, der in unzureichendem Maße der mit dem demografischen Wandel wahrscheinlicher werdenden Pflegebedürftigkeit durch entsprechende bauliche und infrastrukturelle Vorkehrungen Rechnung trägt.³

Hilfe zur Pflege – von der kommunalen Pflichtleistung zur Kür?

Trotz der dargestellten Widrigkeiten eröffnen sich den Kommunen drei Handlungsstränge, in dem ihr Agieren qualitativ und quantitativ weiterentwickelt werden kann – und muss:

- a) die konsequente Verzahnung von Maßnahmen der Altenhilfe mit dem Ausbau der Pflegeinfrastruktur;
- b) die Nutzung der Spielräume des § 65 SGB XII;
- c) das Mitdenken der Leistungen der Eingliederungshilfe und die Übertragung der auch von den örtlichen Sozialhilfeträgern im Bereich SGB IX (zumindest in Ansätzen) gewonnenen Strategieerfahrungen.⁴

Zu a)

Wie bereits angesprochen, lassen sich die mit der „Altenhilfe“ dem örtlichen Sozialhilfeträger aufgegebenen Aufgaben der Teilhabe und Prävention organisch bestens verknüpfen mit infrastrukturellen Erfordernissen für Menschen mit Pflegebedarf. Allerdings sollte man sich davor hüten, den gesamten Bereich der Altenhilfe und somit alle älteren Menschen nur mehr aus dem Blickwinkel potenzieller oder bereits manifest gewordener Pflegebedürftigkeit zu betrachten. Dies wäre nicht nur angesichts der steigenden Bedeutung des Wissens und der Mitwirkung der „erfahrenen“ Generationen an der Gestaltung unseres Gemeinwesen kontraproduktiv, sondern entspräche auch nicht der Lebensrealität der großen Mehrheit älterer Menschen.

Zu b)

Ebenfalls benannt wurden bereits die Spielräume, die sich bei der Vereinbarung von „anderen Leistungen“ für den örtlichen Sozialhilfeträger ergeben. Begonnen wurde – zumindest in Kassel – hier mit

Vereinbarungen von Leistungen der Assistenz für Menschen mit Behinderungen. Analoge Konstruktionen sind denkbar für Leistungen der Alltagsunterstützung, die, wie hinreichend belegt, insbesondere im Vorfeld von Pflegebedürftigkeit und im Bereich der sog. Pflegestufe 0 anfallen. Begleitend hierzu muss von den Kommunen sichergestellt werden, dass die Anbietervielfalt gewährleistet ist und Organisationen des bürgerschaftlichen Engagements die für sie erforderlichen Rahmenbedingungen vorfinden.

Sinnvoll dürfte auch die Ausweitung von Budgetlösungen sein, die nicht nur individuell größere Spielräume ermöglichen und zur Verwaltungsvereinfachung führen, sondern für Wirtschaftlichkeit stehen. Allerdings setzen Budgetlösungen auch eine qualifizierte Moderation voraus, wie sie etwa das Case Management im Modellprogramm „Personenbezogenes Pflegebudget“ aufzeigt.⁵

Zu c)

Pflegebedürftigkeit und Leistungen der Eingliederungshilfe scheinen sich – so zumindest im Kontext kommunaler Sozialhilfeleistungen – geradezu antagonistisch gegenüber zu stehen, sobald der auf Pflegeleistungen verwiesene Bürger das 65. Lebensjahr überschritten hat. Dass dieses Denkschema Produkt eines jahrzehntelangen Eintrainierens der Raster von überörtlichen und örtlichen Zuständigkeiten ist, erschließt sich daher weniger aus der Sache (oder besser: der Lebenssituation des Betroffenen) sondern aus dem Bemühen, die anfallenden Kosten einem anderen Träger zuzuschieben. Natürlich spukt dahinter auch die Mär, dass es „Eingliederung“ nur in Schulausbildung und Beruf geben kann – ein auch in manch medizinischem Handeln diagnostizierbarer therapeutischer Nihilismus.

³ Was im Rückschluss nicht unbedingt bedeutet, dass dort, wo etwa durch städtische Wohnungsbau-gesellschaften unmittelbar Einfluss auf die „Pflegegerechtigkeit“ von Wohnungen genommen werden könnte, dies in einem annähernd angemessenen Umfang erfolgte. Hier haben weit vor den kommunalen die genossenschaftlichen Wohnungsbau-gesellschaften die Zeichen der Zeit erkannt.

⁴ Vgl. Deutscher Verein: Erste Überlegungen für ein Gesamtkonzept der Betreuung und Versorgung pflegebedürftiger, behinderter und alter Menschen und ihrer Teilhabe am Leben in der Gesellschaft. In: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins (86) H. 6, 2006, S. 306–316

⁵ Siehe: www.pflegebudget.de

Handlungsräume in der Kommune – kommunale Rollen

In den praktischen Niederungen der Kommune lässt sich die Verantwortung für Menschen in Pflegesituationen und die dafür erforderliche Infrastruktur in sechs Feldern verorten:

a) Information und Beratung

Nur wer informiert ist und wem ein (Anbieter-)neutrales Beratungsangebot offen steht, wird selbstbestimmt/selbstbewusst – im Sinne der Ko-Produktion von Pflege – an einer zufriedenstellenden Lebensgestaltung mitwirken können. Hierzu zählen auch Aufgaben des Beschwerdemanagements, wobei es zukünftig auch darum gehen wird, die Potenziale der in die Länderzuständigkeit fallenden und dort weitgehend vernachlässigten Verbraucherberatung im Handlungsfeld Pflege zu stärken. Die Aufgabe der Pflegeberatung – als Bestandteil der Altenberatung – ist zudem von hoher Bedeutung für den kommunalen Planungsauftrag, ergibt sich doch hieraus eine profunde „Feldkenntnis“ und lassen sich Anhaltswerte für Nachfrageentwicklungen gewinnen.

b) Bündelung kommunaler Zuständigkeiten und Verwaltungsabläufe

Die Fallzahlen und Ausgaben der Hilfe zur Pflege steigen seit Jahren in sanfter Kurve. Abzusehen ist, dass diese Steigerungsraten – welche Entlastungen immer allfällige SGB XI-Novellierungen bringen mögen – auf Jahre konstant bleiben, wenn nicht dramatisch wachsen. Damit ergibt sich für die Sozialhilfeträger die Notwendigkeit, die internen Abläufe der Leistungserbringung einer kritischen Überprüfung mit folgenden Fragen zu unterziehen:

- Gibt es ein aussagekräftiges *Controlling* der Entwicklung der Hilfe zur Pflege?⁶
- In welchem Umfang nimmt die Kommune Einfluss auf die *Ausgestaltung der Leistungserbringung*? Oder begleicht sie lediglich die Rechnungen, die von den Pflegediensten für die korrekte Abarbeitung der MDK-Gutachten (und ggf. amtsärztlichen Stellungnahmen) eingereicht werden?
- Erhalten Leistungsnehmer eine *fachliche Beratung* über Möglichkeiten der Gestaltung ihres häuslichen Pflegearrangements, bei dem auch die Rolle von Angehörigen, Freunden und Nachbarn Berücksichtigung finden – sei es in Ergänzung oder teilweisem Ersatz zur Leistungserbringung durch Pflegedienste, sei es mit dem Angebot einer Entlastung der Hauptpflegeperson, falls diese überfordert ist?
- Gibt es Strategien für ein *präventives Beratungsangebot* bei Menschen im Vorfeld von Pflegesituationen – etwa im Kontext der Gewährung von Leistungen der Haushaltshilfe, des fahrbaren Mahlzeitendienstes oder eines Hausnotrufs bei Beziehern von Grundsicherungsleistungen?
- Wie erfolgt die Gewährleistung von Versorgungssicherheit und Wirtschaftlichkeit bei *Leistungsnehmern in Pflegestufe 0* und bei nicht pflegeversicherten Personen? Falls nicht analog zu § 37 (3) SGB XI von geeigneten städtischen Mitarbeitern (Sozialarbeiter oder Pflegekräfte) Beratungsbesuche durchgeführt werden, sind insbesondere Geldleistungsnehmer gegenüber den Empfängern von Leistungen nach SGB XI schlechter gestellt und beraubt sich der Sozialhilfeträger einer Überprüfungsmöglichkeit.

Zur Wahrnehmung dieser Aufgaben sind im Allgemeinen keine völlig neuen Strukturen erforderlich, sofern die Kommune über eine Altenberatungsstelle verfügt. Allerdings bedeuten sie ein zum Teil tiefgreifendes Um- und Überdenken bewährter Verwaltungsabläufe und -gliederungen, sind sie doch nur in disziplin- und abteilungsübergreifenden Verfahren realisierbar. Die Stadt Kassel konnte in den letzten drei Jahren hierbei entscheidende Schritte zurücklegen⁷, wozu auch die Beteiligung des von den Spitzenverbänden der Pflegekassen in Auftrag gegebenen Modellprogramms personenbezogenes Pflegebudget⁸ zählt. Die bereits mit Einführung der Pflegeversicherung geschaffene städtische Beratungsstelle ÄLTER WERDEN – Produkt einer bescheidenen, aber doch wirksamen Umwidmung der in diesem Zusammenhang eingesparten kommunalen Haushaltsmittel – arbeitet zunehmend effizienter mit dem für die Leistungsgewährung der Hilfe zur Pflege zuständigen Sachgebiet zusammen.⁹

Dass dieser, mitunter mehr als mühsame, Prozess durchaus auch unter fiskalischen Gesichtspunkten Wirkung zeigt, mögen nachfolgende Zahlen aus dem ersten Halbjahr 2007 belegen:

- Bei der neu eingeführten jährlichen Begutachtung (durch eine Sozialarbeiterin oder Pflegefachkraft, z. T. mit Zusatzqualifikation Case Management) von insgesamt 67 Leistungsnehmern der *Pflegestufe 0* konnten monatliche Einsparungen von 3.000 Euro erzielt werden. Ein wesentliches Einsparungsmoment lag dabei in der Feststellung, dass die Leistungsbezieher inzwischen Anspruch auf Leistungen der Pflegekasse hatten, als Geldleistungsnehmer aber entweder nicht ausreichend informiert waren oder den finanziellen Anreiz für eine Antragstellung als zu gering erachteten. (Zur Erinnerung: Für die kommunalen Kassen bedeutet diese Nachlässigkeit eine monatliche

⁶⁾ Erste verdienstvolle Anfänge zeichnen sich in interkommunalen Benchmarking-Kreisen ab, die versuchen, die Ausgabenstruktur- und Entwicklung der Hilfe zur Pflege transparent zu machen. Ein Defizit scheint bei den bisherigen Bemühungen noch der begrenzte Einblick in die komplexen Bedingungen von Leistungsanspruchnahme, Versorgungsarrangements und möglichen Steuerungsoptionen zu sein.

⁷⁾ Vgl. Berichte zur kommunalen Altenhilfeplanung Kassel 2005 und 2006

⁸⁾ Projektträger: Kontaktstelle für praxisorientierte Forschung e. V., Arbeitsschwerpunkt Gerontologie und Pflege, an der Ev. Fachhochschule Freiburg

⁹⁾ Dieses Sachgebiet wurde im Zusammenhang mit einer transparenteren Leistungserbringung neu geschaffen.

Einbuße von 204 Euro pro Person). Bei einer Reihe von Begutachtungen werden allerdings auch Unterversorgung bzw. Versorgungsmängel festgestellt und/oder ein Versorgungsarrangement, das nicht (mehr) ausreichend die Wünsche des Pflegebedürftigen berücksichtigt. Damit können natürlich auch höhere Leistungen verbunden sein.

- Bei Neubegutachtungen oder Wiederbegutachtungen aufgrund eines *Antrags auf Hilfe zur Pflege* wurden bei einer Stichprobe von 41 Fällen, die Sachleistungen in Anspruch nehmen, Einsparungen von 12.500 Euro pro Monat gegenüber den von den Pflegediensten eingereichten Kostenvorschlägen ermittelt. Leitend war auch hier, Arrangements zu vereinbaren, die eine angemessene Versorgung unter Berücksichtigung der Wünsche der Leistungsbezieher sicher stellen. In Einzelfällen ging dies dann durchaus über die Kostenvorschläge der Pflegedienste hinaus, trug aber gleichzeitig zur wenigstens mittelfristigen Stabilisierung der häuslichen Situation bei. Als Grundtendenz bleibt festzuhalten, dass sich – ähnlich wie für den Selbstzahler – auch für den Sozialhilfeträger in Abstimmung mit dem Leistungsbezieher Entscheidungsspielräume bei der pflegerischen Versorgung ergeben, die mit wirtschaftlichem Haushalten in Einklang zu bringen sind.
- Schließlich – und dies ist vorerst eine Besonderheit des Modellstandorts Kassel¹⁰ – erfolgten durch Budgetvereinbarungen im Rahmen eines *Pflegebudgets* bei insgesamt 16 Budgetnehmern mit Anspruch auf aufstockende Leistungen der Sozialhilfe Einsparungen von monatlich 1.500 Euro.

Auf das Jahr hochgerechnet, lässt sich mit den Einsparungen die für Beratung und Begutachtung erforderliche Personalkapazität gut refinanzieren. Mit den erreichten individuellen Lösungen leistet die Kommune allerdings nicht nur aus fiskalischer Sicht einen zentralen Beitrag zur pflegerischen Versorgung ihrer Bürgerinnen und Bürger.

c) Moderation

Allein Kommunen und Landkreise sind in der Lage, regional überschaubar die unterschiedlichen Akteure in Altenhilfe, Pflege und gesundheitlicher Versorgung in einem transparenten System zusammen zu binden. Hierzu bedarf es mit Sicherheit phantasievoller Instrumente als die häufig zu entscheidungs- und funktionsarmen Gremien erstarrten Pflegekonferenzen, die ihre Treffen oft in Abwesenheit der überörtlich aufgestellten Kassenvertreter bestreiten (müssen). Als Kostenträger und Zuwendungsgeber, als Vermittlungs- und Planungsinstanzen haben Landkreise und Kommunen die zentrale Position in der Gemengelage „Pflege“ inne, die kein anderer füllen kann und wird. Ohnehin schreiben die Bürger ihrem „Rathaus“ ganz automatisch (und durchaus gesetzestfest¹¹) die Zuständigkeit für alle offenen Fragen der Daseinsvorsorge zu. Wenn auch die meisten Kommunen inzwischen relativ angemessen auf die damit verbundenen mannigfachen Erwartungen reagieren, bleiben sie doch gefordert, ihre Moderationsrolle so zu stärken, dass sie auch für eine Zukunft, in der angesichts der demografischen Entwicklung die pflegerische Versorgung komplexer und prekärer wird, gut gerüstet sind.

d) Öffentliches Bewusstsein – öffentlicher Diskurs

Eng verknüpft mit der Moderation ist die Herstellung von Öffentlichkeit. Die kommunale Ebene kann eine bedeutete Rolle dabei spielen, dass der Diskurs über ein Leben in Pflegesituationen zu einem auch öffentlichen wird.¹²

Eine besondere Form, Pflege zu einer kommunalpolitisch hervorgehobenen Aufgabe zu machen, sind die auf örtlicher Ebene angesiedelten Beschwerdestellen, die – wie etwa in München – den Kommunen bei der Wahrnehmung ihrer Verantwortung für Pflege besondere Kontur verleihen.

e) Stärkung von bürgerschaftlichen Engagementsstrukturen

Pflege in „geteilter Verantwortung“ (Thomas Klie), lässt sich praktisch nur umsetzen, wenn der Wohlfahrtsmix im gleichberechtigten Zusammenwirken von Familie, Nachbarschaft/Freunden, organisierten Helferkreisen, gering beschäftigten Kräften und professionellen Pflegeeinrichtungen (und anderen Dienstleistern) zur selbstverständlichen Versorgungsrealität und zur Pflegekultur eines Gemeinwesens geworden ist. Die Voraussetzung hierfür liegt in einem entwickelten und selbstbewussten bürgerschaftlichen Engagement. Jüngere Studien zur Bereitschaft, Verantwortung für Menschen in Pflegesituationen zu übernehmen¹³, sowie einschlägige Modellprojekte¹⁴ zeigen auf, dass das Thema Pflege an Akzeptanz für ein freiwilliges Engagement gewonnen hat

¹²⁾ Der aus einem Projekt der Robert Bosch Stiftung hervorgegangene Verein „Aktion Demenz“ belegt aktuell mit seine Initiative für eine „demenzfreundliche Kommune“ die vielfältigen Möglichkeiten der örtlichen Ebene, das Bewusstsein für Pflege und pflegerische Verantwortung in der Bevölkerung zu stärken. www.bosch-stiftung.de/demenz

¹³⁾ vgl. etwa: Blinkert, Baldo und Thomas Klie: Solidarität in Gefahr? Pflegebereitschaft und Pflegebedarfsentwicklung im demografischen und sozialen Wandel. Die „Kasseler Studie“. Hannover 2004

¹⁴⁾ z. B. Bundesmodellprojekt „Pflegebegleiter“ durchgeführt vom Forschungsinstitut Geragogik, Viersen

¹⁰⁾ Weitere Modellstandorte sind die Landkreise Marburg-Biedenkopf, Neuwed, Annaberg, Unna sowie die kreisfreien Städte Erfurt und München.

¹¹⁾ Siehe Grundgesetz Artikel 28

und vor allem ältere Menschen hier ein lohnendes und von ihnen kompetent zu erfüllendes Tätigkeitsfeld sehen.¹⁵ Neben der unmittelbaren Unterstützung bei der Versorgung von Menschen mit Pflegebedarf (und der Entlastung ihrer Angehörigen) sollte auch der Gesichtspunkt der Qualitätssicherung durch bürgerschaftliches Engagement ins kommunale Blickfeld treten. In Bundesländern, in denen noch nicht einmal die Heimaufsicht in kommunaler Zuständigkeit ist, verschließen sich der örtlichen Ebene weitgehend Einblick und Einflussnahme auf die qualitative Ausgestaltung der Pflege. Fraglich ist, wohin sich die Aufsichtsstrukturen entwickeln werden angesichts der nunmehr in die Zuständigkeit der Länder übergegangenen Aufgabe der Heimaufsicht und diverser Ankündigungen der Bundespolitik, bestehende Kontrollverfahren der Kassen weiter zu verschärfen (bei gleichzeitigem Bürokratieabbau, wohlgermerkt!).

Da wäre es an der Zeit, über die Frage von Qualitätssicherung auch einmal unter Gesichtspunkten von Partizipation nachzudenken. Eine Reihe von positiven Erfahrungen liegen hier vor: die Beteiligung von Angehörigen in Heimbeiräten; Seniorenbeiräte, die regelmäßigen Austausch mit Heimbewohnern pflegen; Freiwillige Helfer, die als Mapper am Qualitätsinstrument des Dementia Care Mapping¹⁶

beteiligt werden und eben – wie in dem bereits erwähnten Modellprojekt „Pflegebegleiter“ – als Partner der pflegenden Angehörigen in der häuslichen Versorgung.

Es scheint, als versagte ausgerechnet im Bereich Pflege den Verantwortlichen das Bewusstsein für den ersten und wichtigsten Garanten von Qualität: die demokratische Öffentlichkeit. Dabei liegt es so nahe, in den oft nur als fordernd oder nörgelnd empfunden Angehörigen kritische Partner und natürliche Fürsprecher der Menschen mit Pflegebedarf zu erkennen und bietet sich an, in Freiwilligen, die bereit sind, Pflegenden zu begleiten gleichzeitig eine Lobby „von unten“ zu sehen. Machten sich die Kommunen diesen bislang weitgehend übersehenen Aspekt bürgerschaftlichen Engagements zum Anliegen, führten sie gleichzeitig einen weiteren Nachweis für ihre Unverzichtbarkeit bei der Gewährleistung einer zeitgemäßen Pflegeinfrastruktur.

Schlussbemerkung

Nicht überall war es wohl die fundierte Auseinandersetzung mit der Pflegehematik, die der örtlichen Ebene eine intensivere Wahrnehmung ihrer diesbezüglichen Rolle nahe brachte. Manch ein Sozialamt mag nach der Einführung von HARTZ IV mit Überraschung festgestellt haben, dass nunmehr eher der Bezieher von Leistungen der Hilfe zur Pflege zu ihrem typischen Klienten geworden ist und folglich dem gesamten Themenfeld neue und bislang unbekanntes Aufmerksamkeit widmen. Welche Einsicht und welcher Motivationsstrang auch handlungsleitend gewesen sein mag – wichtig ist, dass die kommunale Pflegeverantwortung, etwa analog der kommunalen Bildungsverantwortung, nicht nur anerkannt, sondern auch von den Partnern in Bund und Land, von den Vertretern der Kassen und Pflegeeinrichtungen klar und eindeutig eingefordert wird.

Angelika Trilling ist Leiterin des Referats für Altenarbeit beim Sozialamt der Stadt Kassel und zuständig für Altenhilfeplanung und Projektentwicklung

*Kontakt:
angelika.trilling@stadt-kassel.de
Tel. (0561) 7875088*

¹⁵ Einen interessanten Ansatz bietet das von verschiedenen Landesministerien und der BKK geförderte Projekt der Qualifikation von ehrenamtlichen Gesundheitslotsen, das sich an Zuwanderer aus unterschiedlichen Kulturen wendet und unter dem Titel *Mit Migranten für Migranten* (MiMi) Kompetenzen zur Vermittlung von Zugängen ins deutsche Gesundheitswesen vermittelt. Hierbei geht es um alle Felder des Gesundheitswesens und damit auch um alle Altersgruppen, nichtsdestotrotz ein vielversprechender Ansatz, auch die weitgehend noch unerschlossenen Potenziale der verschiedenen Zuwanderergruppen für ein bürgerschaftliches Engagement im Bereich Pflege zu erschließen. Projektkoordination: Ethnomedizinisches Zentrum e. V. Hannover

¹⁶ so erprobt im Reginenhaus in Hamm-Rhynern, vgl. KEA aktuell Extra, Sonderausgabe zum Projektabschluss des Modellprojektes „Kompetent für Ehrenamt und Altern“ KEA, 16.09.07

Positionen zur Vernetzungsproblematik in der Diskussion um die Reform der Pflegeversicherung

Dorit Messlin

Mit dem Gesetzentwurf zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung liegt eine Konzeption für die Entwicklung und den Ausbau von Vernetzungsstrukturen vor, zu der die Kommunen und die in diesem Bereich tätigen Sozial- und Pflegeverbände Stellung genommen haben. Die Reaktionen der Verbandsvertreter reichen dabei von Zustimmung und angekündigter Unterstützung bis hin zu Kritik, welche teilweise erheblichen Änderungsbedarf einklagt. Grundsätzlich wird die Etablierung von Vernetzungsstrukturen durch Pflegestützpunkte und Pflegeberater im Rahmen des Gesamtkonzeptes einer wohnortnahen Versorgung und Begleitung von der überwiegenden Zahl der in der Pflege tätigen Akteure positiv eingeschätzt. Die im Entwurf erkennbar werdende übergreifende Konzeption der Weiterentwicklung bzw. des Ausbaus einer flächendeckenden Infrastruktur für pflege- und unterstützungsbedürftige Menschen begrüßen zahlreiche Verbände als Anreiz für die Stärkung einer wohnortnahen, quartiersbezogenen und individuell zugeschnittenen Unterstützung und Hilfe zur weitgehend selbstbestimmten Lebensführung. Eine Reihe von Akteuren sehen jedoch den vorliegenden Gesetzentwurf lediglich als „Ansatz“, der in mancher Hinsicht verbesserungsbedürftig sei.

In der Diskussion zeichnen sich zwei thematische Schwerpunkte ab, die von den unterschiedlichen Akteuren und Verbänden als problematisch bewertet werden. Das betrifft zum einen die Befürchtung, dass die Schaffung der neuen Pflegestützpunkte eine finanziell aufwendige Bürokratisierung zur Folge haben wird, die eine kooperierende Zusammenarbeit der beteiligten Akteure eher erschweren könnte. Außerdem äußert sich in vielen Stellungnahmen die Sorge, dass die Implementierung der Pflegestützpunkte hinsichtlich bereits bestehender Infrastrukturen der Unterstützung und Pflege hilfebedürftiger Menschen zu einer „Doppelstruktur“ führt. Der zweite wichtige Kritikpunkt in der Diskussion um die Vernetzung der Pflegestrukturen zielt auf die Frage der zu gewährleistenden Neutralität der Beratung durch Pflegeberaterinnen bzw. -berater.

Aus Sicht vieler Kommunen ist es erfreulich, dass ein die individuelle Situation von Menschen mit Pflegebedarf stärker berücksichtigendes Konzept vom Gesetzgeber vorgelegt wurde. Doch gerade, was die Aufgabenbeschreibung der Pflegeberatung und die Ausgestaltung der Funktionen und Zuständigkeit der Pflegestützpunkte betrifft, sei der Entwurf bislang noch zu unbestimmt und daher unzureichend. Im Falle der konzeptionellen Gestaltung der Aufgaben des so genannten Pflegeberaters sieht man noch zu viele Unklarheiten und Abgrenzungsprobleme zu den kommunalen Leistungen der bisherigen Alten-, Wohnraum- und Pflegeberatung, der Infrastrukturentwicklung, der Pflegebegutachtung des MDK sowie der Koordination und Förderung von bürgerschaftlichem Engagement und Selbsthilfegruppen, die zu den originären Aufgaben der kommunalen Ebene zählen. Analoges gelte auch für die Konzeption der Pflegestützpunkte, bei der die bislang unklare Formulierung von Funktionen und Zuständigkeiten einer zielgerichteten Weiterentwicklung der Infrastruktur eher im Wege zu stehen scheint.

Hier sei es notwendig, Verantwortung klar zu regeln. Da die Pflegeberatung trägerunabhängig sein müsse, ist es aus Sicht der Bundesvereinigung kommunaler Spitzenverbände nicht verständlich, weshalb eine Einbindung der Leistungserbringer in die Pflegestützpunkte erfolgen soll.

Bedenken gegenüber der vorgesehenen Etablierung von Vernetzungsstrukturen durch „Pflegestützpunkte“ äußert der Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa). Aus Sicht des bpa, der bundesweit über 5000 private Pflegeeinrichtungen vertritt, ist das Konzept des „Pflegestützpunktes“ und des Pflegeberaters problematisch. Effizienter und kostengünstiger als der Aufbau neuer Strukturen der Vernetzung, wäre die Stärkung der bestehenden Angebote von Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen, so Bernd Meurer, Präsident des bpa. Die nötigen Finanzmittel für die geplanten „Pflegestützpunkte“ seien erheblich und die Zusammenlegung von Beratung und Leistungsbewilligung nicht im Sinne der Versicherten. Nach Ansicht des bpa besteht die Gefahr, dass hier zu viel in Strukturen statt in konkrete Leistungen investiert wird. Es stelle sich die Frage, was den Pflegebedürftigen eine exzellente Beratung und Vernetzung der Angebote nutze, wenn sie anschließend kein Budget mehr haben, um die ausgewählten Leistungen in Anspruch zu nehmen. „Das Geld der Pflegeversicherung muss für Pflege und Betreuung zur Verfügung stehen, nicht für neue Institutionen“, fordert der bpa-Präsident. „Besser wäre es, mit diesen Mitteln demenziell Erkrankten auch in stationären Pflegeeinrichtungen bessere Leistungen aus der Pflegeversicherung zu ermöglichen.“

Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (DBfK) kritisiert unter der Perspektive der Leistungserbringer (ambulante Pflegedienste), dass die erhofften und angekündigten Leistungsverbesserungen für die Pflegebedürftigen hinter den von der Regierung gesetzten Erwartungen zurück bleiben. Stattdessen würden zahlreiche ressourcenaufwändige Bürokratismen eingeführt. Statt der Bildung von regionalen Versorgungs- und Beratungsmonopolen spricht sich der DBfK für den Auf- und Ausbau unabhängiger lokaler Beratungsstellen, sowie für die Einführung von unabhängigen Fallmanager/innen mit grundständiger Ausbildung als Pflegefachkraft aus.

Die Deutsche Alzheimer Gesellschaft sieht insgesamt – vor allem mit Blick auf die erwartete Zunahme von Demenzerkrankungen in der Zukunft – die Problematik mit einer Reform des SGB XI nicht ausreichend gelöst. Sie plädiert daher für den Aufbau eines „abgestuften Versorgungssystems“, das eine würdevolle medizinische, pflegerische und soziale Betreuung Demenzkranker sowie eine wirksame Unterstützung pflegender Angehöriger ermöglicht. Es müsse dafür Sorge getragen werden, dass Verbesserungen tatsächlich bei den Pflegebedürftigen ankommen und nicht in einer schwerfälligen Pflegebürokratie versickern.

Die Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V. hält grundsätzlich den Ansatz, wohnortnahe Versorgungsstrukturen zu befördern und auf ihre Integration hinzuwirken, für begrüßenswert. Hier werden laut DGGG die organisatorischen Dimensionen des Case Managements aufgegriffen und strukturelle Voraussetzungen dafür geschaffen, dass Beratung und fallorientiertes Case Management wirksam entfaltet werden können. Der Ansatz der Pflegestützpunkte sei allerdings voraussetzungsreich, da jeweils im Landesrahmen auf örtliche Strukturen zurück gegriffen werden müsse. Zur Implementierung von Pflegestützpunkten bedarf es aber – so die DGGG – erheblicher Anstrengungen und auch Kompetenzen. Dies gelte in besonderer Weise dort, wo auf integrierte Versorgungsstrukturen hin gearbeitet werden muss, sowohl im SGB V-Bereich als auch in einem nicht technischen Sinne integrierter Versorgung auf kommunaler Ebene.

Auch der Deutsche Pflegerat e. V. und seine Mitgliedsverbände (ADS, BA, BALK, BDH, BeKD, BFLK, DBfK, DGF, DPV, VfaP, VHD, VPU) begrüßen einerseits im Prinzip die Initiative der Bundesregierung zur Reform der Sozialen Pflegeversicherung, sehen jedoch durch den Gesetzesentwurf nicht die grundsätzliche Neuorientierung des Systems und seine langfristige finanzielle Absicherung erreicht.

Was die Problematik der befürchteten Errichtung von „Doppelstrukturen“ betrifft, so empfiehlt der Deutsche Verein, die Vereinfachung und Effizienzerhöhung bestehender Strukturen zu betreiben, anstatt vorrangig neue Strukturen zu schaffen. Die übergreifende Zielstellung, die Wirtschaftlichkeit der Pflegeversicherung im Interesse der pflegebedürftigen Menschen zu verbessern und die Pflegekräfte und Einrichtungen von unnötiger Bürokratie zu entlasten, wird dabei vom Deutschen Verein grundsätzlich begrüßt.

Statt der Einführung von kassenabhängigen Pflegeberatern und der Anbindung der Pflegestützpunkte an die Kassen würden es viele Akteure bevorzugen, wenn man die Leistungen des Fallmanagements unter Nutzung und Stärkung bestehender Strukturen weiter entwickelte. Hierzu wären – so schlägt beispielsweise der bpa vor – die Leistungen nach § 45 sowie § 37 Abs. 3 SGB XI und die speziellen Kompetenzen der Pflegeeinrichtungen mit entsprechend qualifizierten Pflegefachkräften und spezifischen Quartierskenntnissen prädestiniert. Die Leistung des Fallmanagements sollte laut bpa dezidiert beschrieben werden und jederzeit in Form von Zeitkontingenten nach Bedarf bei der Pflegeeinrichtung durch Pflegebedürftige und deren Angehörige abgerufen werden können. Doppelstrukturen wären damit ausgeschlossen, die Leistung wäre bei Bedarf für die Hilfesuchenden verfügbar und eine dauerhafte wirtschaftliche Bereitstellung und Finanzierung wäre gewährleistet.

Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (DBfK) befürchtet, dass die quartiersnahen Pflegestützpunkte zu regionalen Monopolstellungen einzelner Anbieter führen (Klinik, Pflegedienst und Altenpflegeeinrichtung in einer Trägerschaft plus größte Pflegekasse am Ort). Damit würde die im letzten Jahrzehnt aufgebaute Struktur unterschiedlicher regionaler Angebote in unterschiedlicher Trägerschaft vernichtet.

Die Frage nach der zu gewährleistenden *Neutralität* der Beratung über Leistungsansprüche und Angebote durch Pflegeberaterinnen bzw. -berater ist offensichtlich ein Brennpunkt der Diskussion um die Reform der Pflegeversicherung. Aus kommunaler Sicht erscheint es überwiegend als schwer vorstellbar, dass eine Pflegeberatung, die im Auftrag der Pflegekassen agiert, Entscheidungen verantworten soll, welche die kommunalen Haushalte betreffen. Nahezu übereinstimmend ist bei den unterschiedlichen Sozial- und Pflegeverbänden die Überzeugung, dass Pflegeberater nicht aus den Verwaltungsmitteln der Pflegekassen finanziert werden sollten, weil die Anbindung der geplanten Pflegestützpunkte und -begleiter an die Pflegekassen eine ernsthafte Infragestellung der Priorität der Interessen des Klienten darstelle und den fachlichen Erfordernissen des Fall- Managements nicht dienlich sei (Diakonie). Auch der Präsident des Sozialverbandes VdK Deutschland, Walter Hirrlinger, hat sich gegen das von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt favorisierte Modell kasseneigener Pflegestützpunkte ausgesprochen. Stattdessen sollten die Pflegekassen verpflichtet werden, die Aufgaben der Pflegeberatung an unabhängige Beratungsstellen zu delegieren, forderte er. Die Stützpunkte würden nur dann akzeptiert werden, wenn Pflegebedürftige und Angehörige frei wählen könnten. Zudem gelte es, bereits vorhandene Stellen und Unterstützungsangebote für ältere, pflegebedürftige und behinderte Menschen in die Pflegestützpunkte einzubinden. Außerdem fordert Hirrlinger, Pflegeberater auch in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken einzusetzen. Sie sollen dort frühzeitig beraten und die anschließende Pflege organisieren.

Die Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e. V., betont, dass es insbesondere von den Pflegekassen nicht erwartet werden könne, dass sie eine komplexe Fallsteuerung im Sinne des Case Managements übernehmen. Ob die Pflegekassen sich als treibende Kraft zur Entwicklung von Pflegestützpunkten bewähren, wird von der DGGG mit Skepsis befragt, da sie bisher auf der kommunalen Ebene wenig präsent gewesen seien und nicht kooperativ zusammen gewirkt hätten.

Der überwiegende Teil der Pflege-Akteure hält es für sinnvoller, die Pflegestützpunkte als *gemeinschaftliche* Aufgabe der Krankenkassen, Pflegekassen, Kommunen und Leistungserbringer zu konzipieren. Insbesondere die Kommunen werden im Rahmen der Daseinsvorsorge in der Verantwortung gesehen, eine unterstützende Infrastruktur für ihre Bürger zu schaffen. So will die DGGG die Federführung für den Aufbau wohnortnaher Strukturen – gegebenenfalls optional nach Landesrecht – auf die Kommunen übertragen wissen. Dies läge nahe, wenn man sich die subsidiäre Anlage der Pflegeversicherung vor Augen führe. Auch der Deutsche Caritasverband spricht sich in diesem Sinn für eine nicht von den Interessen der Pflegekassen dominierte Konzeption der Pflegestützpunkte aus. Ein Pflegestützpunkt sollte mit allen Leistungserbringern in der Region vernetzt sein. Nur in derart konzipierten Pflegestützpunkten wird das Potenzial gesehen, zum Ausgangspunkt einer gemeindenahen integrierten gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung und Betreuung zu werden. Der deutsche Caritasverband regt an, dass neben der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) auch die Private Pflegeversicherung (PPV) verpflichtet werden müsse, ihren Versicherten ein derartiges Angebot zur Verfügung zu stellen. Das könne jedoch nicht bedeuten, dass die Pflegekasse selbst auch das Fallmanagement durchführen und dabei alle Funktionen übernehmen soll. Vielmehr sollte der Fallmanager eher beim Leistungserbringer, Leistungsträger oder bei einer neutralen Stelle angesiedelt werden.

Die Unabhängigkeit eines Fallmanagers könnte – so der Deutsche Caritasverband – durch die Verträge zu den Pflegestützpunkten zwischen Pflegekassen, Kommunen und Leistungserbringern gewährleistet werden. Als Modell sollten hier die in einigen Ländern bereits bestehenden, zum Teil über Landesmittel, zum Teil über Eigenmittel der Verbände geförderten und finanzierten Beratungsstellen dienen, wie z. B. die Beratungs- und Koordinierungsstellen in Rheinland-Pfalz, Fachberatungsstellen für pflegende Angehörige im Rahmen des bayerischen Netzwerks Pflege oder die ehemaligen IAV-Stellen in Baden-Württemberg. Fallmanagement ist aus Sicht des Deutschen Caritasverbandes eine Methode zur effizienten Versorgung und Betreuung und somit eine vielschichtige Aufgabe, die „nicht aus einer Hand“ erbracht werden müsse. Das Assessment des Hilfe- und Unterstützungsbedarfs, Information und Vermittlung von Hilfe- und Unterstützungsarrangements sowie die Evaluation der Wirkung dieser Arrangements seien deutlich voneinander zu unterscheidende Aufgaben, die auch getrennt wahrgenommen werden können. Deshalb sollten Dienste und Einrichtungen sowie die bereits vorhandene Qualifikation in den Einrichtungen und Diensten in ein Gesamtkonzept für Pflegestützpunkte und Fallmanagement eingebunden werden. Das Prinzip der Trennung der Funktionen Assessment, Beratung, Begleitung und Evaluation/Kontrolle innerhalb des Fallmanagements würde hier zudem helfen, ein annähernd ausgewogenes Kräfteverhältnis der unterschiedlichen Interessen herzustellen.

Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (DBfK) kritisiert, dass mit dem vorliegenden Gesetzentwurf vor allem die Zuständigkeiten der Kranken- und Pflegekassen einseitig ausgeweitet werden. Mit der Schaffung von wohnortnahen Pflegestützpunkten und Pflegeberatern werde ein kassengesteuertes Pflegesystem etabliert, welches das Selbstbestimmungsrecht eher einschränkt, als Autonomie fördert. Zur Wahrnehmung der geforderten Eigenverantwortung hinsichtlich Gesund-

heit, Behandlungsprozess und Pflege seien Betroffene und ihre Angehörigen auf umfassende Beratung und Unterstützung angewiesen. Diese muss nach Ansicht des DBfK unabhängig erfolgen und könne nur dann gewährleistet werden, wenn Berater weder den wirtschaftlichen Interessen eines Leistungserbringers im Pflegestützpunkt, noch den wirtschaftlichen Interessen einer Pflegekasse verpflichtet sind. Alles andere zerstöre bestehende Strukturen, schränke die Wahlfreiheit des Verbrauchers ein und stehe seinem Anspruch auf unabhängige Information entgegen. Als dringend erforderlich sieht es der DBfK daher an, das Handlungsfeld des Fallmanagers von der Bearbeitung der Leistungsbewilligung durch Mitarbeiter der Pflege- und Krankenkassen sowie anderer Sozialversicherungsträger abzugrenzen. Vor diesem Hintergrund fordert der DBfK wie auch der Deutsche Pflegerat die Einführung von unabhängigen Fallmanager/innen, z. B. Pflegefachkräfte mit der Weiterbildung Case-Manager/in oder Familiengesundheitspfleger/innen, die ihre pflegerische Expertise als unabhängige Beteiligte in bestehende und/oder künftige Versorgungsstrukturen mit eigenständigen Verantwortungsbereichen einbringen.

Der Deutsche Pflegerat e. V. weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass den Versicherten die freie Wahl der Nutzung des Angebotes und die freie Wahl des Fallmanagers zuzusichern ist. Für die Wahrnehmung der Aufgaben eines Fallmanagers im Gesundheits- und Sozialwesen sind aus seiner Sicht vor allem pflegefachliche Aspekte der Qualifikation als Pflegefachkraft erforderlich; davon abzugrenzen sei hingegen die Bearbeitung im Kontext der Leistungsbewilligung durch Mitarbeiter der Pflege- bzw. Krankenkassen sowie anderer Sozialversicherungsträger. Sozialversicherungsfachangestellte verfügen nach Auffassung des Deutschen Pflegerats nicht über die Qualifikation, um die entsprechend fachlich gestützte Beratung durchzuführen. In der jetzt geplanten Organisation der Pflegestützpunkte ist eine unabhängige Beratung aus Sicht des DPR nicht gesichert.

Der Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. betont hinsichtlich des Ausbaus der Vernetzungsstrukturen durch „Pflegestützpunkte die leitende Funktion der Kommunen, welche die Strukturen für Pflegestützpunkte und Pflegeberater gemeinsam mit den Kassen gestalten müssen. Auf der strukturellen Ebene (Vernetzung durch „Pflegestützpunkte“) sei vorrangig die Vernetzung bzw. Koordination der bestehenden Unterstützungsinfrastruktur zu bewirken. Hier seien vorrangig die Kommunen im Rahmen ihrer Daseinsvorsorge, aber insbesondere auch ihrer Verantwortung für Hilfe zur Pflege, Altenhilfestrukturen, ÖPNV, bürgerschaftliches Engagement – unter Einbeziehung der Kompetenzen der Pflegekassen – in der Steuerungsverantwortung. Viele Verbände sprechen sich zudem dafür aus, dass die konzeptuelle Ausgestaltung des Fall- Managements nicht nur die Leistungen der Pflegeversicherung, sondern auch niedrigschwellige, wohnortnahe und quartierbezogene Angebote wie haushaltsnahe Dienstleistungen im Bereich des Alltagsmanagements umfassen sollte. So hebt unter anderen die Diakonie hervor, dass das Case Management konzeptionell auf eine sektorenübergreifende Beratung und Fallsteuerung ausgerichtet sein müsse, die sich nicht alleine auf Fragen sozialleistungsrechtlicher und pflegefachlicher Art reduziert. Dies aber dominiere im aktuellen Entwurf beim Aufgabenkonzept des „Pflegeberaters“.

GeroStat – Statistische Daten: Ältere Menschen in Deutschland – online oder offline?

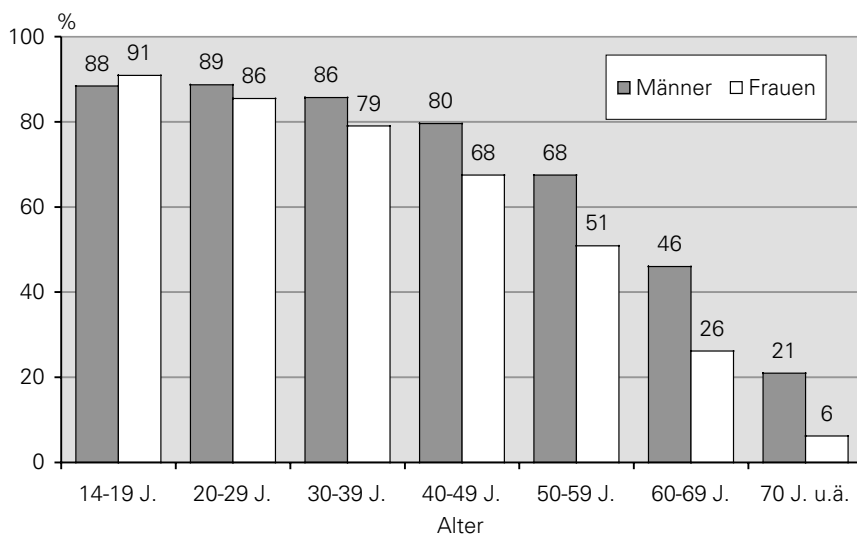
Sonja Menning

Das Internet ist aus dem Alltag der meisten Erwachsenen im jüngeren und mittleren Alter nicht mehr wegzudenken. Es ist ein wichtiges Medium der Information, Kontaktpflege und Kreativität und sichert die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Auch für ältere Menschen kann das Internet eine wichtige Lebenshilfe und ein Medium für Information und Unterhaltung sein. Das Internet kann Wege ersparen, Einkäufe erleichtern, Behördengänge vereinfachen und nicht zuletzt den Kontakt zu Familienangehörigen und Freunden beleben. Trotzdem ist der Umgang älterer Menschen mit dem Internet noch keine Selbstverständlichkeit. Von den 31 Millionen Menschen über 50 in der Bundesrepublik Deutschland nutzt nur etwa jeder Dritte das Internet.

Wie diese Teilhabe im Einzelnen aussieht und wie sie sich in den letzten Jahren entwickelt hat, zeigen die folgenden Abschnitte. Die verwendeten Zahlen stammen zum überwiegenden Teil aus dem „(N)ONLINER Atlas 2007“. Diese Untersuchung wird von der Initiative D21 in Zusammenarbeit mit TNS Infratest jährlich seit 2001 durchgeführt. Im Jahr 2007 wurden ca. 49.000 Interviews in der deutschsprachigen Wohnbevölkerung ab 14 Jahren durchgeführt mit dem Ziel, das Nutzungsverhalten im Internet (einschl. E-Mail) zu analysieren. Als Kategorien der Internetnutzung wurden dabei unterschieden: „Onliner“ (Nutzer des Internets, unabhängig vom Ort und Grad der Nutzung), „Nutzungsplaner“ (Nichtnutzer mit der Absicht, in den nächsten 12 Monaten das Internet zu nutzen) und „Offliner“ (Nichtnutzer ohne Nutzungsplanung).

Erwartungsgemäß ist die Internetnutzung stark altersabhängig. Junge Frauen und Männer sind zum ganz überwiegenden Teil online. In den höheren Altersgruppen, vor allem jenseits des 60. Lebensjahres, ist der Umgang mit dem Internet nicht mehr so weit verbreitet.

Doch nicht nur das Alter differenziert die Internetnutzer. Männer nutzen das Internet wesentlich öfter als Frauen. Wie Abbildung 1 zeigt, sind allerdings im jungen Erwachsenenalter kaum Geschlechterdifferenzen in der Internetnutzung zu beobachten. Aber bereits nach dem 30. Lebensjahr sind Frauen seltener online als Männer. Diese Schere öffnet sich weiter mit zunehmendem Alter. Am deutlichsten sind die Unterschiede bei den 60- bis 69-Jährigen: Während fast die Hälfte aller Männer dieser Altersgruppe das Internet nutzt, liegt der Anteil der Frauen lediglich bei etwa einem Viertel. Bei den über 70-jährigen Frauen sind die Internetnutzerinnen mit 6 Prozent nur eine kleine Minderheit, während die gleichaltrigen Männer noch zu 21 Prozent online sind.



Neben dem Geschlecht ist auch die Bildung ein Faktor, der bei den Älteren Onliner und Offliner unterscheidet. Von den über 50-Jährigen mit einem abgeschlossenen Studium sind immerhin 65 Prozent im Internet unterwegs, bei Gleichaltrigen mit Volksschulabschluss und Lehre sind es 28 Prozent und bei denen mit Volksschulabschluss, aber ohne Lehre sind es nur 10 Prozent. Damit differenziert der Bildungsgrad bei den über 50-Jährigen die Internetnutzung stärker als bei den Jüngeren, bei denen die Spannweite der Onliner-Anteile zwischen 97 Prozent (Studium) und 64 Prozent (Volksschule ohne Lehre) liegt.

Abbildung 1: Internetnutzer nach Altersgruppen und Geschlecht, Anteile in %
Daten: (N)ONLINER Atlas 2007

Die über 50-Jährigen gehören nach wie vor nur unterdurchschnittlich oft zu den Nutzern des Internets. Aber es zeigt sich eine erfreuliche Entwicklung: Seit der ersten (N)ONLINER Atlas-Untersuchung im Jahr 2001 hat sich der Onliner-Anteil in dieser Altersgruppe mehr als verdoppelt (vgl. Tabelle 1). Gehörten 2001 gerade einmal 16 Prozent der über 50-Jährigen zu den Internetnutzern, stieg dieser Anteil im Jahr 2003 bereits auf 25 Prozent und 2007 auf 35 Prozent.

Dabei bestehen jedoch zwischen den einzelnen Bundesländern erhebliche Unterschiede. Dies gilt für alle Altersgruppen und insbesondere auch für die Internetnutzung bei den über 50-Jährigen. Spitzenreiter bei den Onliner-Anteilen in dieser Altersgruppe sind im Jahr 2007 Bremen (43,7%), Berlin (42,9%) und Hessen (40,5%). Die niedrigsten Anteile der Onliner im Alter ab 50 Jahren verzeichnen die neuen Bundesländer: Brandenburg (29,7%), Sachsen (29,2%), Mecklenburg-Vorpommern (28,8%), Thüringen (26,7%) und Sachsen-Anhalt (26,4%).

Alter	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
14–29 J.	63,4	69,6	77,2	80,2	82,8	86,5	88,1
30–49 J.	48,0	54,7	66,3	68,2	71,2	74,1	77,1
50+ J.	15,6	18,3	25,0	28,2	30,5	33,7	35,4

Tabelle 1: Entwicklung der Internetnutzung nach Altersgruppen (Anteile in %), Jahre 2001–2007. Daten: (N)ONLINER Atlas 2007

In der Befragung zum (N)ONLINER Atlas 2007 wurden die Offliner ab 50 Jahre, die auch künftig keine Internetnutzung planen, nach den Gründen für ihre Ablehnung gefragt. Dabei zeigt sich, dass es vor allem die fehlenden Argumente für eine Internetnutzung sind, die das Desinteresse begründen. 83 Prozent der Offliner über 50 geben an, das Internet nicht zu brauchen und bisher auch ohne ausgekommen zu sein. Erhebliches Gewicht haben auch die Faktoren „Nicht sicher genug“ (57%), „Tag zu ausgefüllt – keine Zeit dafür“ (56%), „Zu kompliziert“ (56%). Für weniger als die Hälfte der Offliner waren folgende Argumente bedeutsam: „Verstehe zu wenig von technischen Dingen“ (47%), „Zu teuer“ (46%) und „Weiß nicht wozu, Möglichkeiten unbekannt“ (41%). Lediglich 26 Prozent gaben als Grund an, niemanden zu haben, der ihnen den Umgang mit dem Internet zeigen kann und für 25 Prozent war bedeutsam, dass Freunde bzw. Familie auch kein Gerät haben [1].

Für die Nutzung des Internets durch ältere Menschen stehen auch Daten für einen europäischen Vergleich zur Verfügung. Eurostat veröffentlicht u.a. Zahlen für den Anteil der Personen, die das Internet regelmäßig nutzen. Deutschland liegt bei diesem Indikator im Mittelfeld der europäischen Staaten (vgl. Tabelle 2). In Schweden und Dänemark nutzen etwa zwei Drittel, in den Niederlanden, Finnland und Luxemburg etwa die Hälfte der 55- bis 64-Jährigen regelmäßig das Internet. Von diesen Spitzenwerten ist Deutschland mit 40 Prozent noch ein gutes Stück entfernt. Andererseits gibt es auch eine Reihe europäischer Staaten, bei denen nur eine kleine Gruppe der Älteren zu den Onlinern zählt. Dazu gehören u.a. Portugal, Griechenland, Bulgarien und Rumänien, bei denen unter 10 Prozent der 55- bis 64-Jährigen regelmäßig online sind.

Tabelle 2 macht deutlich, dass Europa noch gespalten ist hinsichtlich der Nutzung der Möglichkeiten, die das Internet auch für ältere Menschen bietet. In einem Papier zum europäischen Aktionsplan „Altern in der Informationsgesellschaft“ hat die Europäische Kommission festgestellt, dass für ältere Menschen die Gefahr besonders groß sei, dass ihnen die Vorteile der Informationsgesellschaft nicht zugute kommen. Als Gründe dafür wurden sowohl der fehlende Zugang zu Kommunikationsnetzen und Informationstechnologien als auch unzureichende Motivation, fehlende finanzielle Mittel, digitale Kompetenz und Schulung genannt. Schlussfolgernd heißt es: „Mitgliedstaaten, Akteure aus der Wirtschaft, Nutzerorganisationen, regionale und kommunale Behörden sollten einen Basis-Breitbandzugang zu IKT- (Anm.: Informations- und Kommunikationstechnologie-) Diensten für ältere Menschen fördern und die digitale Kompetenz älterer Menschen verbessern. Ziel muss es sein, im Einklang mit der Ministererklärung von Riga das Defizit in Sachen Internetzugang bis 2010 zu halbieren. Die Kommission wird den Austausch bewährter Verfahren und den Zugang zu Programmen, Diensten, Lösungen und gemeinsamen

Initiativen mehrerer Akteure durch Einrichtung eines Internetportals erleichtern. Auch wird sie im Zeitraum 2007/8 die politischen Maßnahmen zur Förderung der digitalen Kompetenz älterer Menschen einer Überprüfung unterziehen und die Fortschritte messen.“ [2]

Für die Älteren von morgen wird der Umgang mit dem Internet bereits eine Selbstverständlichkeit sein, weil das Internet sie bereits über weite Phasen ihres Lebens begleitet haben wird. Die älteren Menschen von heute sind aktiv und verfügen über ein höheres Bildungspotenzial

als ihre Vorgängergeneration. Für sie lohnt es sich, eventuelle Hürden für die Internetnutzung zu überspringen. Der Zugang zum Internet kann ihnen neue Wege der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben eröffnen. Und vielleicht kann ja die ältere Generation dem Internet, seinen Inhalten und dem Umgang mit ihm auch eine eigene Farbe verleihen. Nicht zuletzt sind die Älteren eine attraktive Zielgruppe für die Computerindustrie und Dienstleistungswirtschaft, deren Potenzial gegenwärtig und in Zukunft verstärkt erschlossen wird.

Alter EU 27	55–64 Jahre 27	65–74 Jahre 10	
Schweden	67	39	
Dänemark	64	41	
Niederlande	54	34	
Finnland	51	17	
Luxemburg	49	22	
Vereinigtes Königreich	43	19	
Deutschland	40	18	
Belgien	37	13	
Österreich	33	13	
Estland	26	//	
Frankreich	24	//	
Irland	22	9	
Ungarn	21	6	
Lettland	18	4	
Tschechische Republik	17	4	
Slowenien	17	5	
Spanien	15	4	
Slowakei	15	1	
Italien	13	4	
Polen	12	2	
Litauen	11	3	
Zypern	10	3	
Portugal	9	//	
Griechenland	7	1	
Bulgarien	6	1	// keine Angaben
Rumänien	4	//	keine Daten für Malta

Literatur:

- [1] TNS Infratest & Initiative D21. (2007). (N)ONLINER Atlas 2007 – Eine Topographie des digitalen Grabens durch Deutschland. Online unter www.nonliner-atlas.de
- [2] Kommission der Europäischen Gemeinschaften (2007): Mitteilung der Kommission an das Europäische Parlament, den Rat, den Europäischen Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen. Wohltuendes Altern in der Informationsgesellschaft – Eine i2010-Initiative. Aktionsplan „Informations- und Kommunikationstechnologien für eine alternde Gesellschaft“. Online unter http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/de/com/2007/com2007_0332de01.pdf am 1.8.2007

Tabelle 2: Prozentualer Anteil der Personen, die das Internet regelmäßig nutzen
Daten: Eurostat online, Statistik der Informationsgesellschaft

Die Zeitschriftenbibliografie ist eine Auswahl aus den neuen Fachzeitschriftenartikeln, die in die Bibliothek des Deutschen Zentrums für Altersfragen in den letzten zwei Monaten eingegangen sind. Bitte nutzen Sie auch unseren kostenfreien Online-Katalog GeroLit (www.gerolit.de), um sich über die zusätzlichen Neuerscheinungen von Büchern sowie über den Bestand unserer DZA-Bibliothek zu informieren.

DZA-Bibliothek

Die Präsenzbibliothek des Deutschen Zentrums für Altersfragen ist an folgenden Tagen geöffnet:

Dienstag 10.00–19.00 Uhr; Mittwoch und Donnerstag 10.00–16.00 Uhr.

Besucher, die von auswärts anreisen oder die Bibliothek für einen längeren Studienaufenthalt nutzen wollen, können auch telefonisch Termine außerhalb der Öffnungszeiten vereinbaren (Tel. (030) 26 07 40-80).

Psychologische Gerontologie/Psychologie

- Bennett, Ilana J.; Howard, James H.; Howard, Darlene V.: Age-related differences in implicit learning of subtle third-order sequential structure. *Journals of Gerontology. Psychological Sciences*, 62B(2007)2, S.P98–103
- Blanchard-Fields, Fredda; Mienaltowski, Andrew; Baldi Seay, Renee: Age differences in everyday problem-solving effectiveness. older adults select more effective strategies for interpersonal problems. *Journals of Gerontology. Psychological Sciences*, 62B(2007)1, S.P61–P64
- Blaskewicz Boron, Julie; Willis, Sherry L.; Schaie, Kai Warner: Cognitive training gain as a predictor of mental status. *Journals of Gerontology. Psychological Sciences*, 62B(2007)1, S.P45–P52
- Bode, Christina; de Ridder, Denise T. D.; Kuijer, Roeline G.; Bensing, Jozen M.: Effects of an intervention promoting proactive coping competencies in middle and late adulthood. *The Gerontologist*, 47(2007)1, S.42–51
- Boron, Julie Blaskewicz; Turiano, Nicholas A.; Willis, Sherry L.; Schaie, K. Warner: Effects of cognitive training on change in accuracy in inductive reasoning ability. *Journals of Gerontology. Psychological Sciences*, 62B(2007)3, S.P179–186
- Castel, Alan D.: Aging and memory for numerical information: the role of specificity and expertise in associative memory. *Journals of Gerontology. Psychological Sciences*, 62B(2007)3, S.P194–196

Soziologische/Sozialpsychologische Gerontologie/Soziologie

- Großer Halt bei kleinen Sorgen. Psychosoziale Betreuung. *G+G Gesundheit und Gesellschaft*, 10(2007)S5, S.10
- Hemsley, Bronwyn; Balandin, Susan; Togher, Leanne: Narrative analysis of the hospital experience for older parents of people who cannot speak. *Journal of Aging Studies*, 21(2007)3, S.239–254
- Holkup, Patricia A.; Salois, Emily Matt; Tripp-Reimer, Toni; Weinert, Clarann: Drawing on wisdom from the past: an elder abuse intervention with tribal communities. *The Gerontologist*, 47(2007)2, S.248–254
- Hoppmann, Christiane; Smith, Jacqui: Life-history related differences in possible selves in very old age. *International Journal of Aging & Human Development*, 64(2007)2, S.109–127
- Krause, Neal: Age and decline in role-specific feelings of control. *Journals of Gerontology. Social Sciences*, 62B(2007)1, S.S28–S35
- Litwin, Howard: What really matters in the social network-mortality association? a multivariate examination among older Jewish-Israelis. *European Journal of Ageing*, 4(2007)2, S.71–82
- Lowenstein, Ariela: Solidarity-conflict and ambivalence: testing two conceptual frameworks and their impact on quality of life for older family members. *Journals of Gerontology. Social Sciences*, 62B(2007)2, S.S100–107

Geriatric/Gesundheitliche Versorgung/Medizin

- Raabe, Harald: Patienten mit Demenz – von neuen Konzepten, aktuellen Modellen und vielen Erfahrungen. Wenn eine „Nebendiagnose“ den Krankenhausalltag verändert. *Pro Alter*, 39(2007)1, S.7–15
- Reilly, Karen E.; Mueller, Christine; Zimmerman, David R.: The Centers for Medicare und Medicaid Services' Nursing Home Case-Mix and Quality Demonstration: a descriptive overview. *Journal of Aging and Social Policy*, 19(2007)1, S.61–76
- Rexin, Burkhard: Zukunft der Programme sichern. Disease-Management. *G+G Gesundheit und Gesellschaft*, 10(2007)7/8, S.16–17
- Saleeby, Patricia Welch: Applications of a capability approach to disability and the international classification of functioning, disability and health (ICF) in social work practice. *Journal of Social Work in Disability & Rehabilitation*, 6(2007)1/2, S.217–232
- Töpfer, Änne: Jung und Alt gesund erhalten. Europäische Konferenz. *G+G Gesundheit und Gesellschaft*, 10(2007)7/8, S.18–19
- Vergessen in der zweiten Heimat. Demenz und Migration. *Pro Alter*, 28(2007)2, S.6–13
- Wirth, R.; Volkert, D.; Bauer, J. M.; Schulz, R. J. et al.: PEG-Sondenanlagen in der Deutschen Akutgeriatrie. Eine retrospektive Datenbank-Analyse. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 40(2007)1, S.21–30

- Zijlstra, Wiebren; Aminian, Kamari: Mobility assessment in older people: new possibilities and challenges. *European Journal of Ageing*, 4(2007)1, S.3–12

Gerontopsychiatrie/Psychiatrische Versorgung/Psychiatrie

- Eisenberg, Sandra: Räume schaffen. Milieugestaltung. *Altenpflege*, 32(2007)5, S.26–29
- Gatterer, G.: Effizienz spezifischer neuropsychologischer und klinisch-psychologischer Interventionen im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 40(2007)2, S.88–95

Sozialpolitik/Soziale Sicherung

- Eichenhofer, Eberhard: Rente mit 67. Deutsche Rentenversicherung, 62(2007)6, S.327–338
- Fisher, Jonathan D.; Johnson, David S.; Marchand, Joseph T.; Smeeding, Timothy M. et al.: No place like home: older adults and their housing. *Journals of Gerontology. Social Sciences*, 62B(2007)2, S.S120–128
- Frey, Michael: Langzeitkranke Grenzgänger. Sozialrechtliche Fragen aus der Praxis an der Schnittstelle von Arbeitslosen-, Kranken- und Rentenversicherung am Beispiel langzeitkranker Grenzgänger aus Frankreich. *ZFSH/SGB – Sozialrecht in Deutschland und Europa*, 46(2007)4, S.202–209
- Fuchs, Harry: Reform der Pflegeversicherung: Die Einzelheiten des Pflegekompromisses. Eine Analyse und Bewertung der geplanten Änderungen. *Soziale Sicherheit. Zeitschrift für Arbeit und Soziales*, 56(2007)6/7, S.229–235
- Fuchs, Rolf-Michael: Rente mit 67 – Anhebung der Altersgrenzen durch das RV-Altersgrenzenanpassungsgesetz. *RVaktuell*, 54(2007)5, S.132–137
- Gleitze, Wilfried: Ein persönliches Resümee zur Rente im Wandel der Zeit. *RVaktuell*, 54(2007)5, S.122–127
- Harris-Kojetin, Lauren D.; Stone, Robyn I.: The role of consumer satisfaction in ensuring quality long-term care. Opportunities and challenges. *Journal of Aging and Social Policy*, 19(2007)2, S.43–61
- Schmähl, Winfried: Dynamisierung der Renten in der Bundesrepublik: Vorschläge im Vorfeld der Rentenreform von 1957. *Deutsche Rentenversicherung*, 62(2007)2/3, S.69–81
- Schnell, Christoph: Alterssicherung in Finnland. *RVaktuell*, 54(2007)4, S.106–111
- Thiede, Reinhold; Rieckhoff, Christian: Geförderte Altersvorsorge mit selbst genutzten Immobilien. Modelle, Chancen und Risiken. *Soziale Sicherheit. Zeitschrift für Arbeit und Soziales*, 56(2007)4, S.149–154

Altenhilfe/Altenpolitik/Altenorganisationen/ Freie Wohlfahrtspflege

- Großkopf, Volker; Schanz, Michael: Die Kontrolle verloren. Übertriebener Alkoholgenuss kann für Pflegenden zum Berufsverbot führen. *Altenpflege*, 32(2007)5, S.50–51
- Roßbruch, Robert; Bundessozialgericht: Altenpflegerin nicht ausreichend qualifiziert um als Pflegedienstleitung zu arbeiten. *PflegeRecht*, 11(2007)5, S. 219–226
- Roßbruch, Robert: Zulassung zur Abschlussprüfung zur staatlich anerkannten Altenpflegerin – Behördenbegriff. OVG Nordrhein-Westfalen, Beschlüsse vom 14.08.2006 – 19 E 669/06 und 19 B 1036/06. *PflegeRecht*, 11(2007)5, S.240–243
- Rotzoll, Sabine: Die Farbe des Geldes. *Altenpflege International*. *Altenpflege*, 32(2007)5, S.37–39
- Stiller-Harms, Claudia; Deutsche Angestellten Krankenkasse; DAK: Rückenschmerzen und Zeitdruck gehören zum Alltag. Berufsgenossenschaft untersucht Belastungen in der ambulanten Pflege. *Pflegen ambulant*, 18(2007)2, S. 26–29
- Timonen, Virpi; Doyle, Martha: Worlds apart? Public, private and non-profit sector providers of domiciliary care for older persons in Ireland. *Journal of Aging Studies*, 21(2007)3, S.255–265
- Tout, Ken: Reflections on perspectives on ageing. *BOLD*, 17(2007)3, S.11–15
- Troisi, Joseph: Meeting the challenges: capacity building and manpower training in the field of ageing. *BOLD*, 17(2007)3, S.2–4

Pflege/Rehabilitation/Therapie

- Ritzenhoff, Anne-Catherin: Wenn's drauf ankommt, was auf die Haut kommt. Die Hautpflege als Maßnahme zur Dekubitusprophylaxe – Kür oder Pflichtprogramm? *Heim und Pflege*, 38(2007)5, S.146–147
- Roßbruch, Robert: Zum Anspruch auf Vergütung von Medikamentengabe bei gleichzeitiger Leistungserbringung im Rahmen der Grundpflege. Hess. LSG, Urteil vom 29.06.2006 – L 1 KR 7/05. *PflegeRecht*, 11(2007)6, S.289–292
- Roßbruch, Robert: Zur Kündigung wegen Voreintragung in der Pflegedokumentation. LAG Hamm, Urteil vom 07.07.2006 – 10 Sa 332/06. *PflegeRecht*, 11(2007)6, S.269–276
- Schaefer, Christian; Chikhradze, Nino: Tabuthema Harninkontinenz. Wissenschaftliche Untersuchung zu Beratung in der Pflege. *Pflegen ambulant*, 18(2007)3, S.24–26
- Steiner, Henrike: Moderne Wundversorgung. Eine kompetente Wundversorgung – für Heime immer wichtiger. *Heim und Pflege*, 38(2007)7/8, S.214–217
- Sternier, Michael: Sturzprophylaxe. Mehr Qualität in der Sturzprophylaxe soll das Diakonie-Projekt „Umsetzung des Nationalen Expertenstandards Sturzprophylaxe“ bringen. *Heim und Pflege*, 38(2007)7/8, S.204–205

- Stuhlmann, Wilhelm: Frühe Bindungserfahrungen hinterlassen lebenslange Spuren. *Psychotherapie im Alter*, (2007)2/4, S.15–24
- Swoboda, Beate: Gesetze und Gebote. *Pflegellexikon*. *Altenpflege*, 32(2007)6, S.38–39
- Swoboda, Beate: Pflegeversicherung. *Pflegellexikon*. *Altenpflege*, 32(2007)7, S.26–27

Soziale Dienste/Mobile Dienste

- Batke, Verena: Transparenz ist kundenfreundlich. Was Pflegeverträge regeln sollten. *Häusliche Pflege*, 16(2007)6, S.43–45
- Beckers, Rainer: Signale vom Kunden. Mittels intelligenter Technik Pflegedienstkunden Sicherheit und Qualität bieten. *Häusliche Pflege*, 16(2007)4, S.20–23
- Borst, Tanja; Block, Stefan; ASB Ambulante Pflege: Der Kunde steht im Mittelpunkt. *Erfahrungsbericht: Kundenbefragung als Instrument im Qualitätsdialog*. *Häusliche Pflege*, 15(2007)3, S. 54–55
- Buchinger, Sascha: Alt gegen Jung. Konflikte im Team. *Altenpflege*, 32(2007)7, S.32–33
- Davey, Adam; Savla, Jyoti; Sundström, Gerdt; Zarit, Steven H. et al.: How equitable is Sweden's changing care-mix? Linking individual and regional characteristics over time. *Ageing and Society*, 27(2007)4, S.511–532
- Egger de Campo, Marianne: Exit and voice. an investigation of care service users in Austria, Belgium, Italy, and Northern Ireland. *European Journal of Ageing*, 4(2007)2, S.59–69
- Fahnenstich, Jürgen; Bundessozialgericht: Verwehrt Anerkennung. Eignung zur verantwortlichen Pflegefachkraft im SGB V-Bereich. *Häusliche Pflege*, 16(2007)4, S. 31–32
- Fahnenstich, Jürgen; Oberlandesgericht: Nur mit Einwilligung. Unter Umständen problematisch: Die Abtretung von Vergütungsforderungen an Abrechnungsdienstleister. *Häusliche Pflege*, 16(2007)6, S. 38–39
- Florstedt-Borowski, Gisela: Schlüssel zum Erfolg. Den Pflegedienst verbessern und voranbringen. *Häusliche Pflege*, 16(2007)7, S.36–38
- Groß, Johannes; Landessozialgericht Rheinland Pfalz: Es geht auch ohne Kassenrezept. *Häusliche Krankenpflege: Medikamentengabe*. *Häusliche Pflege*, 16(2007)7, S. 31–32
- Isfort, Michael; Laag, Ursula: Beratungsgespräche in der Pflege. Verbale Hilfeleistungen werden immer noch nicht angemessen honoriert. *Pflegen ambulant*, 18(2007)3, S.30–33
- Pflegekräfte machen den Weg frei. *Integrierte Versorgung II. G+G Gesundheit und Gesellschaft*, 10(2007)S5, S.9
- Ritzer, Karl: Gemeinsam Ziele setzen – und Erfolg belohnen. Tipps zur Einführung leistungs- und erfolgsorientierter Vergütungsmodelle. *Häusliche Pflege*, 16(2007)7, S.16–20
- Roßbruch, Robert: Gemeinsamer Bundesausschuss kann abschließendes Leistungsverzeichnis in einer Krankenpflege-RL festlegen. BSG, Urteil vom 31.05.2006 – B 6 KA 69/04 R. *PflegeRecht*, 11(2007)5, S.227–235

- Swoboda, Beate: Schritte der Veränderung. *Karriereweg*. *Altenpflege*, 32(2007)6, S.26–28
- Tillmann, Roman: Schwarze Zahlen schreiben. Die entscheidenden Instrumente zur Steuerung des Pflegedienstes einsetzen. *Häusliche Pflege*, 16(2007)6, S.20–26
- Tummes, Carsten: Wenn der Partner mit der Kasse abrechnet. Entscheidungshilfen: den zum Dienst passenden Abrechnungsdienstler wählen. *Häusliche Pflege*, 16(2007)7, S.21–23
- Ursachenforschung im Schuhschrank. *Integrierte Versorgung I. G+G Gesundheit und Gesellschaft*, 10(2007)S5, S.8

Heimunterbringung/Geschlossene Altenhilfe/ Stationäre Einrichtungen

- Ejaz, Farida K.; Castle, Nicholas G.: Resident satisfaction with long-term care services. *Journal of Aging and Social Policy*, 19(2007)2, S.1–8
- Gurk, Stefanie: Vom Schlag getroffen. *Medizin*. *Altenpflege*, 32(2007)7, S.46–47
- Hartwanger, Annette: Gemeinsam statt einsam. Pflegenden müssen Bewohnern helfen, soziale Beziehungen aufrechtzuerhalten. *Altenpflege*, 32(2007)7, S.42–43
- Hastedt, Ingrid: Qualitätsbericht für den Verbraucher. *Projekte & Positionen*. *Altenheim*, 46(2007)7, S.28–29
- Heichel, Reinhard; Huber, Dorina; Meißner, Edda: Leistung objektiv messen und honorieren. *Leistungsorientierte Bezahlung*. *Altenheim*, 46(2007)7, S.48–51
- Hoven, Sylvia: Von anderen Branchen lernen. *Cross-Mentoring*. *Altenheim*, 46(2007)6, S.51–53
- Hübner, Michael R.; Schwanitz, Robert: Fast eine Stunde Zeitersparnis im Monat. *Medikamentenverblisterung*. *Altenheim*, 46(2007)7, S.44–47
- Iffland, Sascha: Regelungen nach dem Tode. Wie lange hat das Heim Anspruch auf Entgeltzahlungen? *Altenheim*, 46(2007)7, S.37–38
- Jaster, Birgit: Ein Leitfaden für die erfolgreiche Kooperation. *Apotheken als Partner*. *Altenheim*, 46(2007)7, S.40–42
- Kane, Robert L.; Arling, Greg; Mueller, Christine; Held, Robert u.a.: A quality-based payment strategy for nursing home care in Minnesota. *The Gerontologist*, 47(2007)1, S.108–115

Wohnen/Wohnumfeld

- Bernard, Miriam; Bartlam, Bernadette; Sim, Julius; Biggs, Simon: Housing and care for older people: life in an English purpose-build retirement village. *Ageing and Society*, 27(2007)4, S.555–578
- Iwarsson, Susanne; Wahl, Hans-Werner; Nygren, Carita; Oswald, Frank u.a.: Importance of the home environment for healthy aging. conceptual and methodological background of the European ENABLE-AGE project. *The Gerontologist*, 47(2007)1, S.78–84

- Kläser, Simone: Zusammen bauen – gemeinschaftlich wohnen. *Pro Alter*, 39(2007)1, S.42–46
- Kloy, Martin; Floes, Henrik: Alarmsignale. Moderne Rufanlagen: mehr Sicherheit und mehr Komfort. *Heim und Pflege*, 38(2007)7/8, S.210–213
- Raabe, Harald; Lämmler, Liset: Eine Pflegewohnung in Zürich für Menschen aus dem Mittelmeerraum. *Pro Alter*, 28(2007)2, S.26–28
- Rabl-Schmidt, Elke: Abschied und Trauer Raum geben. Die Gestaltung von Abschiedsräumen. *Heim und Pflege*, 38(2007)7/8, S.234–236
- Rongen, Ludwig: Energieeffiziente Altbauanierung. Wo liegen die Einsparpotenziale bei Altenheimen? *Heim und Pflege*, 38(2007)7/8, S.224–227
- Arbeit/Ältere Erwerbstätige/Ruhestand**
- Bellmann, Lutz; Stegmaier, Jens; Institut für Arbeitsmarkt und Berufsforschung; IAB: Ältere werden bei Einstellungen erheblich benachteiligt. wenig betriebliche Aktivitäten zum Erhalt ihrer Beschäftigungsfähigkeit. *Soziale Sicherheit. Zeitschrift für Arbeit und Soziales*, 56(2007)5, S. 189–193
- Brenke, Karl: Die Bedeutung der Älteren auf dem Arbeitsmarkt nimmt deutlich zu. *Wochenbericht des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung (DIW)*, 74(2007)21, S.337–345
- Kraatz, Susanne; Rhein, Thomas: Die Europäische Beschäftigungsstrategie für Ältere. der schwierige Weg zur Entwicklung des Potenzials. *Sozialer Fortschritt*, 56(2007)6, S.149–157
- Pardeck, John T.; Pardeck, Jean A.: An overview of and comments on the Americans with Disabilities Act (ADA). *Journal of Social Work in Disability & Rehabilitation*, 6(2007)1/2, S.67–91
- Freizeit/Tourismus/Medien**
- Broughton, Katherine; Beggs, Brent A.: Leisure satisfaction of older adults. *Activities, Adaptation and Aging*, 31(2006)1, S.1–18
- Koenen, Katrin; Stura, Claudia: Menschen mit Behinderungen im höheren Lebensalter. Gesundheit und Lebensqualität durch Bewegung und Sport. *Informationsdienst altersfragen*, 34(2007)4, S.6–11
- Aktivierung/Ernährung/Sport**
- Godard, Michael P.; Standley, Christopher M.: Relationship between CHAMPS physical activity questionnaire and functional fitness outcomes in older adults. *Activities, Adaptation and Aging*, 31(2006)1, S.19–40
- Aus-, Fort- und Weiterbildung in Gerontologie/Geriatrie/Pflege**
- Anhuf, Ulrike: Prüfungen im Saarland. www.PRINTERNET.info, 9(2007)6, S.365–372
- Askham, Janet; Gilhooly, Mary; Parkatti, Terttu; Vega, Jose-Luis: Speculations on the future of taught masters courses in gerontology. Lessons from a comparison of England, Scotland, Finland und Spain. *Gerontology and Geriatrics Education*, 27(2007)3, S.27–47
- Bos, Angelo J. G.; Padilha, Dalva Maria Pereira; Bos, Antonio M. G.; Gómez, Fernando: Gerontology-specific graduate programs in Brazil and Colombia. *Gerontology and Geriatrics Education*, 27(2007)3, S.65–77
- Carmel, Sara; Lowenstein, Ariela: Addressing a nation's challenge: grauate programs in gerontology in Israel. *Gerontology and Geriatrics Education*, 27(2007)3, S.49–63
- Dorfman, Lorraine T.; Murty, Susan A.; Ingram, Jerry G.; Li, Han: Evaluating the outcomes of gerontological curriculum enrichment: a multi-method approach. *Gerontology and Geriatrics Education*, 27(2007)4, S.1–21
- Gutman, Gloria M.: IAGG's role in graduate education in gerontology. *Gerontology and Geriatrics Education*, 27(2007)3, S.1–10
- Haley, William E.; Zelinski, Elizabeth: Progress and challenges in graduate education in gerontology: the U.S. experience. *Gerontology and Geriatrics Education*, 27(2007)3, S.11–26
- Holoch, Elisabeth: Integrative Pflegeausbildung. das Stuttgarter Modell. www.PRINTERNET.info, 9(2007)6, S.379–386
- Krout, John A.; McKernan, Peggy: The impact of gerontology inclusion on 12th grade student perceptions of aging, older adults and working with elders. *Gerontology and Geriatrics Education*, 27(2007)4, S.23–40
- Loewenhardt, Christine; Behrens, Johann: Evaluation der klinisch-praktischen Studienanteile im primärqualifizierenden Studiengang Pflege. das Fuldaer Modell. www.PRINTERNET.info, 9(2007)6, S.398–404
- Parrott, Tonya M.; Grabinski, C. Joanne; Silverstein, Nina M.; Spencer, Marian et al.: Part-time faculty and gerontology programs: dilemmas and solutions. *Gerontology and Geriatrics Education*, 27(2007)4, S.69–83
- Russell, Cherry; Mahony, Mary Jane; Hughes, Ian; Kendig, Hal: Postgraduate education in gerontology in the Asia-oceania Region. *Gerontology and Geriatrics Education*, 27(2007)3, S.99–111
- Schmitt, Svenja; Bomball, Jaqueline: Kompetenzerfassung im Rahmen der Evaluation des Berliner Modellversuches „Generalistische Pflegeausbildung“. www.PRINTERNET.info, 9(2007)6, S.373–378
- Sinna, Hartmut: Von der Muse geküsst. *Altenpflege Lernen. Altenpflege*, 32(2007)7, S.L2–3
- van Rijsselt, René J. T.; Parkatti, Terttu; Troisi, Joseph: European initiatives in postgraduate education in gerontology. *Gerontology and Geriatrics Education*, 27(2007)3, S.79–97
- Windfelder, Karin; Wittneben, Karin: Schulinterne Curriculumentwicklung nach dem Lernfeldkonzept. Implementationsschritte und Evaluationsergebnisse (Teil 2). www.PRINTERNET.info, 9(2007)6, S.387–397

Die vorliegende Bibliografie gerontologischer Monografien wurde zusammengestellt von der Bibliothek von Pro Senectute Schweiz, der größten Fachbibliothek zu den Themen Alter, Altern und Generationenbeziehungen in der Schweiz. Alle aufgeführten Bücher sind im Buchhandel oder bei der angegebenen Bezugsadresse erhältlich.

Bibliographien

Fachlexikon der sozialen Arbeit/ hrsg. vom Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge. – 6. Aufl. – Frankfurt a.M.: Eigenverl. Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge, 2007. – 1195 S.
ISBN 978-383-291-8255: EUR 44.00

Gerontologie allgemein

Altern in Gesellschaft: Ageing, Diversity, Inclusion/ Ursula Pasero, Gertrud M. Backes, Klaus R. Schroeter (Hrsg.). – Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2007. – 390 S.
ISBN 978-353-115-0888: EUR 39.90
Bruns, Petra; Bruns, Werner; Böhme, Rainer: Die Altersrevolution: wie wir in Zukunft alt werden. – Berlin: Aufbau, 2007. – 237 S.
ISBN 978-335-102-6448: EUR 19.95

Psychologische Gerontologie / Psychologie

Eichenberger, Ursula: Aus dem Lot: Menschen in der Psychiatrie/mit einem med. Beitr. von Markus Binswanger; Fotos von Fabian Biasio. – Zürich: Verlag Neue Zürcher Zeitung, 2007. – 159 S.
ISBN 978-303-823-2476: EUR 32.00
Estés, Clarissa Pinkola: Der Tanz der Großen Mutter: von der Jugend des Alters und der Reife der Jugend. – München: Heyne, 2007. – 117 S.
ISBN 978-345-387-2950: EUR 12.95

Soziologische und Sozialpsychologische Gerontologie/Soziologie

Döring, Dorothee: Alte Liebe rostet nicht. – Lehr: Kaufmann, 2007. – 157 S.
ISBN 978-378-063-0476: EUR 16.95
Renner, Erich: Methusalems Weltreise: vom Alter hier und anderswo. – Wuppertal: P. Hammer, 2007. – 185 S.
ISBN 978-377-950-0834: EUR 16.90

Geriatric/Gerontopsychiatrie

Hamann, Ortrud; Peifer, Thomas; Clasen, Uwe: Diabetes zu Hause: ein Situationsbericht zur Betreuung von Diabetikern im häuslichen Umfeld durch den ambulanten Krankenpflegedienst. – Frankfurt a. M.: Mabuse, 2006. – 172 S.
ISBN 3-938304-41-3: EUR 15.90

Die Krankheit frühzeitig auffangen/Rainer Bredenkamp ... [et al.]; Robert-Bosch-Stiftung (Hrsg.). – Bern: H. Huber, 2007. – 104 S. – (Gemeinsam für ein besseres Leben mit Demenz)
ISBN 978-345-684-3995: EUR 14.95
Praktische Neurogeriatrie: Grundlagen, Diagnostik, Therapie, Sozialmedizin/Thomas Günnewig, Frank Erbguth (Hrsg.). – Stuttgart: Kohlhammer, 2006. – 694 S.
ISBN 978-317-018-6156: EUR 69.00

Altenhilfe/Altenpolitik/Altenarbeit

Demenzkranken begegnen/Peter Wissmann ... [et al.]; Robert-Bosch-Stiftung (Hrsg.). – Bern: H. Huber, 2007. – 69 S. – (Gemeinsam für ein besseres Leben mit Demenz)
ISBN 978-345-684-3957: EUR 14.95
Röttger-Liepmann, Beate: Pflegebedürftigkeit im Alter: aktuelle Befunde und Konsequenzen für künftige Versorgungsstrukturen. – Weinheim: Juventa, 2006. – 255 S. – (Gesundheitsforschung)
ISBN 978-377-991-1470: EUR 23.–

Sozialarbeit/Selbsthilfe

Albert, Martin: Soziale Arbeit im Wandel: professionelle Identität zwischen Ökonomisierung und ethischer Verantwortung. – Hamburg: VSA-Verlag, 2006. – 125 S.
ISBN 3-89965-185-5: EUR 11.80
Territorialisierung des Sozialen: Regieren über soziale Nahräume/Fabian Kessl, Hans-Uwe Otto (Hrsg.). – Opladen: Barbara Budrich, 2007. – 308 S.
ISBN 978-386-649-0987: EUR 29.90
Woog, Astrid: Einführung in die Soziale Altenarbeit: Theorie und Praxis. – Weinheim: Juventa, 2006. – 178 S. – (Edition Soziale Arbeit)
ISBN 978-377-991-2231: EUR 17.00

Lebensverhältnisse Älterer

Gäil, Rolph: Vom Glück der besten Jahre: Roman. – Lehr: E. Kaufmann, 2007. – 143 S.
ISBN 978-378-063-0452: EUR 16.95
Technische Unterstützung bei Demenz/Sibylle Heeg ... [et al.]; Robert-Bosch-Stiftung (Hrsg.). – Bern: H. Huber, 2007. – 125 S. – (Gemeinsam für ein besseres Leben mit Demenz)
ISBN 978-345-684-3964: EUR 14.95

Wohnen/Wohnumfeld

Mobilität im Alter: Fokus Siedlungs- und Verkehrsplanung: Bericht über den Fachkongress Mobilität im Alter, Schwerpunkt Siedlungs- und Verkehrsplanung, vom 18. März 2005 in Thun/Monika Tschannen, Ursula Gertsch, Ludo Cebulla (Hrsg.). – Berlin: Weissensee, 2007. – 174 S. – (Berner Beiträge zur Gerontologie ISSN 1863-4427; 2)
ISBN 978-389-998-1063: EUR 28.00

Tiere öffnen Welten: Ideen, Projekte, Leitlinien/ Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.). – Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe, 2007. – 151 S. – (Vorgestellt; 75)
ISBN 978-393-529-9990: EUR 16.50
Winkler, Werner; Mailhamer, Alfons: Erfahrungen mit Hausgemeinschaften: Ergebnisqualität-Dokumentation, Betreuungskonzept. – Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe, 2006. – 80 S. – (Thema – Tatsachen, Hinweise, Erfahrungen, Materialien, Argumente; 190)
ISBN 978-393-529-9982: EUR 8.00

Arbeit/Ältere Erwerbstätige/Ruhestand

Grewer, Hans Günter; Matthäi, Ingrid; Reindl, Josef: Der innovative Ältere: warum die Entwickleruhr länger als sieben Jahre tickt. – München: Rainer Hampp, 2007. – 151 S.
ISBN 978-386-618-1373: EUR 22.90

Vorbereitung auf das Alter/Weiterbildung/ Bildung Älterer

Abicht, Lothar: Noch lange nicht Methusalem!: warum es sich lohnt, ständig zu lernen. – Bielefeld: W. Bertelsmann, 2006. – 177 S.
ISBN 978-376-393-5055: EUR 19.90
Fauss, Monica: Lernen ist Leben: Know-how für die zweite Lebenshälfte. – Düsseldorf: Patmos, 2007. – 187 S.
ISBN 978-349-136-0020: EUR 16.00

Freizeit/Medien

Friese, Andrea: Sommerfrische: 28 Kurzaktivierungen im Sommer für Menschen mit Demenz. – Hannover: Vincentz Network, 2007. – 103 S. – (Altenpflege Bibliothek)
ISBN 3-86630-043-3: EUR 32.–
Ness, Olivia: Tourismusmarketing für Senioren: Auswirkungen des demographischen Wandels auf die Tourismusbranche. – Saarbrücken: VDM Verlag Dr. Müller, 2007. – 70 S.
ISBN 978-383-641-2261: EUR 49.–

Generationen/Generationenbeziehungen

Die späte Familie: Intergenerationenbeziehungen im hohen Alter/Annemarie Bauer, Katharina Gröning (Hg.). – Giessen: Psychosozial-Verlag, 2007. – 289 S. – (Reihe „edition psychosozial“)
ISBN 978-389-806-5917: EUR 29.90

Gesundheit/Ernährung/Sport

Ernährung bei Demenz/Willi Rückert ... [et al.]; Robert-Bosch-Stiftung (Hrsg.). – Bern: H. Huber, 2007. – 168 S. – (Gemeinsam für ein besseres Leben mit Demenz)
ISBN 978-345-684-3971: EUR 14.95
Fit bis ins hohe Alter: eine Kurskonzeption zur Erhaltung von Selbstständigkeit und Verhütung von Stürzen im Alter: Kursmanual von Petra Regelin ... [et al.]. – Aachen: Meyer & Meyer, 2007. – 159 S.
ISBN 978-389-899-3197: EUR 18.95

Aktivierung/Pflege/Rehabilitation/Therapie

- Archibald, Carole: Menschen mit Demenz im Krankenhaus: ein Lern- und Arbeitsbuch für Pflegefachkräfte. – Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe, 2007. – 164 S. – (Türen öffnen zum Menschen mit Demenz; 5)
ISBN 978-393-522-99966: EUR 18.50
- Chapman, Alan; Jackson, Graham A.; McDonald, Colin: Wenn Verhalten uns herausfordert ...: ein Leitfaden für Pflegekräfte zum Umgang mit Menschen mit Demenz. – Stuttgart: Demenz Support, 2004. – 88 S.
ISBN 3-937605-00-2: EUR 16.–
- Gemeinsam betreuen/Burkhard Plemper ... [et al.]; Robert-Bosch-Stiftung (Hrsg.). – Bern: H. Huber, 2007. – 46 S. – (Gemeinsam für ein besseres Leben mit Demenz)
ISBN 978-345-684-3933: EUR 14.95
- Gottschalck, Thomas: Mundhygiene und spezielle Mundpflege. – Bern: H. Huber, 2007. – 232 S. – (Verlag Hans Huber, Programmbereich Pflege)
ISBN 978-345-684-4145: EUR 29.95
- Hehl, Franz-Josef: Humor in Therapie und Beratung. – Heidelberg: Asanger, 2004. – 334 S.
ISBN 3-89334-418-7: EUR 34.50
- Hüper, Christa; Hellige, Barbara: Professionelle Pflegeberatung und Gesundheitsförderung für chronisch Kranke: Rahmenbedingungen, Grundlagen, Konzepte, Methoden. – Frankfurt a. M.: Mabuse-Verlag, 2007. – 183 S.
ISBN 978-393-830-4716: EUR 15.90

Sterben/Sterbebegleitung/Tod

- Goldbrunner, Hans: Dialektik der Trauer: ein Beitrag zur Standortbestimmung der Widersprüche bei Verlusterfahrungen. – Münster: LIT, 2006. – 134 S. – (Lebenswenden; Bd. 1)
ISBN 3-8258-9466-5: EUR 14.90
- Keleman, Stanley: Lebe dein Sterben. – 6. Aufl. – Salzhausen: Iskopress, 2003. – 158 S.
ISBN 3-89403-409-2: EUR 19.50
- Soll das alles gewesen sein?: Lebensbilanzierung im Angesicht des Todes/ Hrsg. von Rainer Schäfer und Günter Schuhmann. – Würzburg: Königshausen & Neumann, 2007. – 77 S. – (Palliativmedizin und Hospizarbeit ; Bd. 2)
ISBN 978-382-603-7153: EUR 12.80

Gesetze/Verordnungen/Richtlinien/Recht

- Ethik und Recht/Christian Petzold ... [et al.]; Robert-Bosch-Stiftung (Hrsg.) – Bern: H. Huber, 2007. – 136 S. – (Gemeinsam für ein besseres Leben mit Demenz)
ISBN 978-345-684-3988: EUR 14.95

Erste bundesweite Fachveranstaltung zur „Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen“ am 14. Januar 2008 in Berlin

Um dem fachlichen Austausch zwischen Vertreterinnen und Vertretern von Einrichtungen, Verbänden und Kommunen zur Charta und ihren Umsetzungsmöglichkeiten für eine gute Pflege eine Plattform zu geben, führt die Leitstelle Altenpflege, die am Deutschen Zentrum für Altersfragen in Berlin angesiedelt ist, im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend am 14. Januar 2008 eine bundesweite Fachveranstaltung im Tagungszentrum der Katholischen Akademie in Berlin (Hannoversche Straße 5b 10115 Berlin) durch.

Mittels unterschiedlicher Blickweisen auf die Charta, Berichten aus der Praxis und Erfahrungsaustausch soll gezeigt werden, an welcher Stelle und in welcher Weise Inhalte der Charta in den Institutionen bereits umgesetzt werden oder umgesetzt werden können und welchen Nutzen die Charta beispielsweise auch als Instrument bei der Beurteilung von Ergebnisqualität haben kann. Dazu präsentieren sich interessante Initiativen und Projekte. Pflegeeinrichtungen und -dienste, Kommunen sowie Pflegeschulen, die bereits mit der Charta arbeiten, werden gebeten, sich bei der Leitstelle zu melden, um auch ihnen zu ermöglichen, ihre Initiative auf der Veranstaltung bekannt zu machen und darüber hinaus den wichtigen Praxisaustausch mit weiteren Beispielen zu unterfüttern.

Zudem wird am 14. Januar 2008 die neue Website der Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen freigeschaltet, wo unter anderem Akteure der Pflege die Gelegenheit erhalten, durch eine symbolische Unterschrift, ihre Unterstützung bei der Bekanntmachung und Umsetzung der Charta zu dokumentieren.

Ihre Anmeldung richten Sie bitte bis spätestens 20.12. 2007 per Fax oder E-Mail an:

Deutsches Zentrum für Altersfragen
Leitstelle Altenpflege
Stefanie Hartmann
Manfred-von-Richthofen-Str. 2
12101 Berlin
Tel. (030) 260740-90
Fax. (030) 7854350
stefanie.hartmann@dza.de

Die Teilnehmerzahl ist begrenzt. Teilnahmegebühren werden nicht erhoben.
Weitere Informationen unter:
www.dza.de.

Kostenlose Broschüren der Charta sind erhältlich beim:
Publikationsversand der Bundesregierung
Postfach 48 10 09, 18132 Rostock
Tel. (01805) 778090
Fax. (01805) 778094
publikationen@bundesregierung.de,
Internet: www.bmfsfj.de

Impressum

Herausgeber: Deutsches Zentrum für Altersfragen
Manfred-von-Richthofen-Straße 2, 12101 Berlin
Telefon (030) 260 7400, Fax (030) 785 4350
DZA im Internet: www.dza.de
(Links zum kostenfreien GeroLit-Angebot und
zur Internetausgabe des redaktionellen Teils des
informationdienst altersfragen)
presserechtlich verantwortlich und Redaktion:
Dr. Peter Zeman, Mitarbeit: Dorit Messlin
verantwortlich für den Inhalt von GeroStat:
Dr. Elke Hoffmann
für GeroLit: Mahamane Baba Ali, Michael Flascha,
Beate Schwichtenberg-Hilmert; für die Bibliografie
gerontologischer Monografien:
Bibliothek und Dokumentation Pro Senectute
Schweiz, Fachstelle für angewandte Altersfragen,
Bederstraße 33, 8027 Zürich, Schweiz
Telefon 0041-(0)1-283 89 80, Fax -283 89 80
Gestaltung und Satz: Mathias Knigge in Zusammen-
arbeit mit gold; Druck: Fatamorgana Verlag, Berlin

Der Informationsdienst erscheint zweimonatlich.
Bestellungen sind nur im Jahresabonnement mög-
lich. Jahresbezugspreis 25,- EURO einschließlich
Versandkosten; Kündigung mit vierteljährlicher Frist
zum Ende des Kalenderjahres. Bezug durch das
DZA. Der Abdruck von Artikeln, Grafiken oder Aus-
zügen ist bei Nennung der Quelle erlaubt.
Das Deutsche Zentrum für Altersfragen (DZA) wird
institutionell gefördert vom Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

ISSN 0724-8849