

Der selbst verschuldete Versorgungsnotstand

Ohne Neustart in der Pflegepolitik wird das alternde Deutschland gegen den Personalmangel in der Pflege machtlos sein.

Juni 2023

Deutschland droht bis 2030 ein flächendeckender Pflegenotstand. Dieser ist auch selbstverschuldet. Wenn wir die Folgen des demografischen Wandels in der Pflege mildern wollen, brauchen wir einen Neustart und müssen uns mehr an internationalen Standards orientieren:

→ **Steigerung der Attraktivität des Berufsbildes der Pflege:** Wenn der Pflegeberuf in der Konkurrenz um Fachkräfte mithalten will, muss er attraktiv sein. Dafür müssen internationale Ausbildungsstandards endlich Eingang in die hiesige Pflegepraxis finden und die professionell Pflegenden die Kompetenzen und Befugnisse erhalten, die ihrem Qualifikationsniveau entsprechen. Damit eng verbunden ist die Verbesserung der beruflichen Aufstiegschancen von Pflegekräften.

→ **Entlastung durch Ressourceneffizienz:** Pflegefachkräfte sollen sich voll auf die Pflege konzentrieren können. Viel zu häufig wird ihre Zeit von Hilfstätigkeiten und Bürokratie in Anspruch genommen. Mehr Digitalisierung und elektronischer Datenverkehr zur Entlastung sind dringend erforderlich.

→ **Mehr Flexibilität beim Personaleinsatz:** In unserer alternden Gesellschaft mit zunehmendem Fachkräftemangel wird Pflege zukünftig nur unter flexibleren Personalvorgaben und höheren Freiheitsgraden zugunsten eines Skill-Mix möglich sein, der die knappe Ressource pflegerischer Kernkompetenz durch den systematischen Einsatz von Therapeuten, Sozialarbeitern, Betreuungspersonal, Hauswirtschaft und auch ehrenamtlichen Engagement stärkt. Dazu bedarf es praxisnaher Personalbemessungssysteme. Reine Stellenfinanzierungsprogramme können angesichts des akuten Arbeitskräftemangels kaum Wirkung entfalten.

→ **Mehr Präventionsorientierung in der Pflege:** Die präventiven Ansätze zur Vermeidung bzw. zum Hinauszögern von Pflegebedürftigkeit müssen endlich verbindlich in der Pflegepraxis verankert werden. Es gilt insbesondere, die Kompetenzen von älteren Menschen zu stärken und ihnen einen längeren Verbleib in der eigenen Häuslichkeit zu ermöglichen.

Die Klage über einen Mangel an personellen Ressourcen in der Akut- und Langzeitpflege ist schon heute in Deutschland ein Dauerbrenner der Debatte – und das, obwohl sich Deutschland hinsichtlich der Quantität verfügbarer Pflegekräfte pro Kopf im internationalen Vergleich durchaus sehen lassen kann. Tatsächlich stehen uns die wahren demografischen Herausforderungen noch bevor und es droht uns bis Ende des Jahrzehnts ein flächendeckender Pflegenotstand. Die demografische Entwicklung ist dafür nur zum Teil Auslöser – ein guter Teil ist selbstverschuldet. In den vergangenen zehn Jahren fehlte es weder an Geld noch am Willen, dem Mangel an Pflegepersonal etwas entgegenzusetzen: Bestes Beispiel ist das vom Gesetzgeber 2019 eingeführte „13.000-Stellen-Programm“ für

zusätzliche Pflegefachpersonen in der Altenpflege, von denen bis heute gerade einmal 20 Prozent besetzt worden sind. Unsere bisherigen Rezepte gegen den Personalmangel haben offenkundig versagt. Die Politik verharrt in alten Denkmustern bei der Rekrutierung von Pflegepersonal anstatt sich daran zu orientieren, wie andere OECD-Länder mit denselben Problemen von Alterung, steigendem Pflegebedarf und knappen pflegerischen Ressourcen umgehen. Wir haben wertvolle Zeit verloren. Die personellen Versorgungslücken werden von Jahr zu Jahr größer. Bei einer Politik des ‚Weiter so‘ werden sie unbeherrschbar. Die demografische Entwicklung ist eine Tatsache. Sie lässt sich weder wegfinanzieren noch wegregulieren. Aber wir können, ja müssen sie best-practice-orientiert gestalten. Jetzt.

a) Wie die Demografie die pflegerische Versorgung herausfordert

Die Zahl der Pflegebedürftigen in Deutschland wird jüngsten Prognosen zufolge schon bis 2030 von heute 5,3 auf etwa 6 Millionen steigen – noch bevor anschließend die geburtenstarken Jahrgänge der Babyboomer in die Altersgruppen kommen, die durch besonders hohe Pflegewahrscheinlichkeiten gekennzeichnet sind. Wer sie pflegen wird, ist ungewiss. Denn die für diesen Versorgungsbedarf nötige Zahl an Pflegekräften – schätzungsweise 130.000 zusätzlich bis 2030 – sowie pflegender Angehöriger wird infolge des demografischen Wandels nicht zur Verfügung stehen. Und die Nachfrage nach Pflegepersonal wird noch weiter steigen, wenn die Babyboomer ab 2045 in das hochbetagte Alter kommen. Selbst wenn es, wie in den vergangenen Jahren, weiter gelingen sollte, die Zahl der Beschäftigten in der Pflege zu steigern, wird sich die Schere zwischen Versorgungsbedarf und verfügbarem Pflegepersonal weiter vergrößern. Die Herausforderung ist dabei umso größer, als die Pflege in Konkurrenz zu anderen Berufen steht, die ebenfalls demografisch unter dem existenziellen Druck wachsender Beschäftigungslücken stehen. Die Gefahr ist, dass wir auf diese Krise zu spät reagieren: Während es Warteschlangen an Flughäfen oder wegen des fehlenden Personals geschlossene Gastronomie unmittelbar in die Tagesnachrichten schaffen, sind die pflegerischen Versorgungslücken nicht im selben Maße sichtbar, sondern realisieren sich eher schleichend in Millionen von Haushalten. Schaut man genau hin, so finden Pflegebedürftige und ihre Angehörigen in

bestimmten Regionen Deutschland schon heute kein adäquates Angebot für pflegerische oder betreuende Hilfe mehr, weil ambulante Pflegedienste keine freien Kapazitäten zur Aufnahme neuer Pflegebedürftiger haben oder stationäre Pflegeeinrichtungen in der näheren Umgebung nur einen Platz auf der Warteliste anbieten können.

Es steht viel auf dem Spiel. Die fehlenden personellen Pflegeressourcen gefährden teilweise schon jetzt das Ziel einer menschenwürdigen Versorgung insbesondere in den letzten Jahren des Lebens und damit auch das Leistungsversprechen der Pflegeversicherung als Säule sozialer Sicherung. Sollte institutionelle Pflege nicht in Anspruch genommen werden können, weil das Personal fehlt, schwindet das Vertrauen in das Leistungsversprechen der Gesetzlichen Pflegeversicherung. Der Ressourcenmangel in der Pflege hat zudem volkswirtschaftliche Implikationen: Wenn keine Beschäftigten in der Pflege zur bedarfsgerechten Versorgung zur Verfügung stehen, müssen dringend benötigte Arbeitskräfte in den Unternehmen anderer Branchen, zum Beispiel der Industrie, ihre Arbeitszeit reduzieren oder sogar ganz ausscheiden, um ihre Angehörigen zu versorgen. Es drohen sich gegenseitig verstärkende und damit eskalierende Fachkräftelücken mit Auswirkungen auf alle Wirtschaftsbereiche.

b) Internationale Trends und deutscher Alleingang

Von einer Illusion kann sich Deutschland gleich verabschieden: das Problem vor allem durch die Rekrutierung ausländischer Pflegefachpersonen zu lösen. Von den immer noch hohen Bürokratiehürden für Pflegekräfte aus Nicht-EU-Ländern abgesehen, hat Deutschland in den vergangenen Jahren mit der internationalen Entwicklung des Berufsbildes ‚Pflege‘ nicht Schritt halten können. Für ausländische Pflegekräfte ist Deutschland nicht die erste Wahl: So fehlt es vor allem an einer Willkommenskultur als Grundlage einer nachhaltigen Anwerbung von Pflegekräften, es mangelt an differenzierten Aufgabenfeldern entsprechend verschiedener Ausbildungsniveaus, sowie an Selbstbestimmung und Autonomie der Pflegekräfte im beruflichen Alltag.

Insbesondere die OECD-Länder, die vor einer vergleichbaren demografischen Herausforderung wie Deutschland stehen, haben in den vergangenen Jahren die Pflege als eigenständigen, hochqualifizierten Berufszweig im Gesundheitswesen profiliert und so versucht, ihn attraktiver zu machen:

- durch mehr Investitionen in die hochschulische Aus- und Weiterbildung von Pflegefachpersonen,
- durch eine Stärkung der Selbstorganisation der Pflege sowie die Erweiterung pflegerischer Verantwortungsbereiche bis zur Übernahme von medizinischen Routineaufgaben,
- durch mehr berufliche Aufstiegschancen,
- und nicht zuletzt durch mehr Ressourceneffizienz in der Pflege durch flexiblere Personalvorgaben und einen qualifikationsadäquaten Einsatz auch von Therapeuten, Sozialarbeitern, Betreuungspersonal und Hauswirtschaft – was zu höheren Freiheitsgraden der Pflegeanbieter beiträgt, einen bedarfsgerechten Skill-Mix zu organisieren.

Ganz anders Deutschland.

Die Pflegepolitik hierzulande kennt seit Jahren nur drei Stellschrauben:

- wirklichkeitsfremde Personalbemessungssysteme, die einen abstrakten, letztlich unerfüllbaren Bedarf quantifizieren und, statt zur Problemlösung beizutragen, neue Fragen aufwerfen;
- gesetzliche Vorgaben zur angemessenen Entlohnung von Pflegekräften, obwohl die Gehälter in diesem Sektor seit Jahren kontinuierlich und deutlich schneller steigen als im Durchschnitt über die Berufe – eine Dynamik, die sich angesichts der Schere zwischen verfügbaren Ressourcen und pflegerischem Bedarf weiter fortsetzen wird;
- schließlich die Verpflichtung der gesetzlichen Pflegeversicherung, Jahr für Jahr einen dreistelligen Millionenbeitrag für das „13.000-Stellen-Programm“ des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes zur Verfügung zu stellen, selbst wenn diese nicht besetzt werden können, weil kein Personal vorhanden ist, das den Anforderungen entspricht.

Mit dieser einseitigen Strategie hat Deutschland den Anschluss an den Pflegeberuf der Zukunft verloren, wie er sich international längst manifestiert. Vor allem in der Praxis haben wir uns als einziges europäisches Land von den Trends der Akademisierung in der Pflege abgekoppelt. Dem Pflegeberuf in Deutschland fehlt es überdies an einer Differenzierung der Tätigkeiten im Arbeitsalltag, die sich an den Fähigkeiten der professionell Pflegenden, aber auch an der Laienpflege orientiert. Wollen wir uns der internationalen Entwicklung annähern, so gilt für den Pflegealltag: ‚Alle machen alles‘ ist passé.

c) Eckpfeiler für eine neue Personalpolitik in der Pflege

1. Versorgungslücke verkleinern: Präventionspotenziale endlich ausschöpfen

Pflegerische Ressourcen werden nicht nur die Schlüsselressource für eine menschenwürdige Gesellschaft im demografischen Wandel, sie werden zugleich die knappste Ressource überhaupt sein. Soll Pflege unter

diesen Bedingungen machbar wie finanzierbar bleiben, müssen wir in unserer Gesellschaft des immer längeren Lebens die Dauer des Pflegebedarfs und den Grad der Pflegebedürftigkeit deutlich reduzieren. Die Voraussetzungen für mehr Prävention in der Pflege sind dabei sehr gut, insofern von der individuellen Verhaltens- bis zur strukturbildenden

Verhältnisprävention der nötige Instrumentenkasten bereitsteht und von der Pflegebegutachtung über die Pflegeberatung bis zur Qualitätsprüfung sogar Interventionspunkte im Pflegeprozess verankert sind, um den ‚neuen‘ Pflegebedürftigkeitsbegriff endlich umzusetzen. Dieser impliziert nämlich eine dem Erhalt und der Förderung von Kompetenzen verpflichtete Pflege. In der Wirklichkeit ist davon aber bislang nicht viel angekommen, weil die Empfehlungen der verschiedenen Präventionsakteure eher zufällig mit der Pflegepraxis verbunden sind als systematisch oder mit evidenzbasiertem Hintergrund. Zusätzlich werden Präventionsmittel nach Maßgabe des Präventionsgesetzes nur in stationären und teilstationären Lebenswelten eingesetzt, statt gerade die ambulante Pflege mit Prävention im häuslichen Setting durch niedrigschwellige Hilfsangebote stärker einzubinden, eben dort, wo in der Regel noch keine (schwere) Pflegebedürftigkeit eingetreten ist. Und nicht zuletzt, weil bei der Tätigkeit von Pflegediensten und –einrichtungen, nach wie vor ausschließlich die verrichtungsbezogene Versorgung vergütet wird, was den Leistungserbringern aber kein Versorgungsangebot im Sinne eines ganzheitlichen, salutogenetischen Ansatzes ermöglicht.

Und auch das Potenzial von Rehabilitation wird nicht ausgeschöpft und die Chancen geriatrischer Rehabilitation werden nicht genügend genutzt. Gerade die geriatrische Rehabilitation kann älteren Menschen helfen, wieder selbstständig zu werden, unnötige Krankenhausaufenthalte und „Drehtüreffekte“ zu vermeiden. Dem gesetzlich verankerten Prinzip „Rehabilitation vor Pflege“ folgend, heißt das: Medizinische, therapeutische und pflegerische Versorgungssysteme müssen noch besser miteinander verzahnt werden, um den Zugang zur geriatrischen Reha zu stärken; hier ist auch das jeweilige Familiensetting zu berücksichtigen. Es bedarf eines breiteren Angebots an mobiler Rehabilitation und eine Weiterentwicklung der dafür notwendigen konzeptionellen Grundlagen.

Verbessert werden sollte auch der Einsatz und die institutionelle Vernetzung von Case Management – als zentrale Steuerungsinstanz eines individuellen Pflegefalls. Versorgungsbrüche, verspätet einsetzende Behandlungen oder Doppelversorgungen verbunden mit hohem (personellen) Ressourcenaufwand können wir uns angesichts des drohenden Pflegenotstands nämlich nicht mehr leisten.

2. Mehr Verantwortung wagen: Die Beschäftigung in den Pflegebereichen auf das Niveau unserer Zeit heben

Wenn wir dem Ressourcenmangel in der Pflege etwas entgegensetzen wollen, müssen wir endlich handeln und das Berufsfeld der Pflege deutlich attraktiver und moderner gestalten. Deutschland muss sich von den beschränkten Kompetenzen für Pflegefachpersonen in der Versorgungspraxis verabschieden. Endlich ein international anschlussfähiges Ausbildungsniveau zu schaffen und umzusetzen sowie das Qualifikationsniveau der Fachpflege in Deutschland anzuheben, wäre das richtige Signal an den Nachwuchs. Besonders in der Praxis ist ein modernes Verständnis des Pflegeberufs mit entsprechenden Einsatzfeldern für alle Qualifizierungsniveaus – auch akademisiertes Personal – unabdingbar. Attraktivere Karrierewege in der Pflege können nicht nur einen Beitrag für eine Versorgungsqualität auf sehr hohem Niveau leisten, sie ermöglichen Pflegekräften auch mehr Eigenverantwortung und Entwicklungsperspektiven. Gerade in der Versorgung von ländlichen und strukturschwachen Gebieten, in denen die ärztliche Versorgung nicht mehr sichergestellt werden kann, können diese Pflegekräfte künftig eine zentrale Rolle übernehmen.

Schon angesichts der deutlich zunehmenden Zahl der Pflegebedürftigen wird die Politik auch nicht umhinkommen, die Verantwortungsbereiche der beruflichen Pflege in der Patientenversorgung zu erweitern – bis hin zur vollständigen Autonomie. Es sind neue Formen der Zusammenarbeit auf Augenhöhe zwischen den Gesundheits- und Medizinberufen zu finden, die eine partnerschaftlich angelegte, teamorientierte und gesetzlich legitimierte Aufgaben(neu)verteilung zwischen den Professionen vorsehen – und zwar über Modellprojekte hinaus. Bereits langjährig vorhandene fachspezifische Kompetenzen beruflich Pflegenden (u. a. in der Wund- und Diabetesversorgung) sind endlich anzuerkennen und nutzbar zu machen. Die beruflich Pflegenden sind bisher an der Entwicklung von solchen Lösungen kaum aktiv beteiligt gewesen, was weder der Bedeutung noch der Qualifikation dieser Gruppe gerecht wird und dringend zu verändern ist.

3. Mehr fachlicher Gestaltungsspielraum bei der Organisation eines Versorgungsmix in der Pflege

Wir können es uns nicht länger leisten, dass ungünstige regulatorische Rahmenbedingungen, hohe Arbeitsbelastung und geringe Tätigkeitsspielräume zu hohen krankheitsbedingten Fehlzeiten, hohen Teilzeitquoten in der beruflichen Pflege und damit zu wachsenden Versorgungslücken führen. Höhere Löhne allein werden das Delta zwischen dem benötigten und verfügbaren Pflegepersonal nicht ausgleichen können und vor allem nicht zu besseren Arbeitsbedingungen vor Ort führen. Stattdessen braucht es verlässliche Rahmenbedingungen und eine Reduzierung der Arbeitsverdichtung. Ein effizienter und qualifikationsadäquater Einsatz der begrenzten Personalressourcen sollte durch flexiblere unternehmerische Handlungsspielräume sowie mehr Autonomie und Wahlmöglichkeiten für Pflegebedürftige unterstützt werden. Dies setzt wiederum eine nachhaltige Überwindung der Sektorengrenzen und vor allem die Abkehr von Standardleistungen im all-inclusive-Gedanken sowie einen expliziten Fokus auf Gesundheitsförderung und –prävention voraus.

Die Qualifizierung der beruflichen Pflege auf internationalem Niveau muss mit einer Reorganisation der Pflegearbeit selbst nach dem Leitprinzip eines differenzierten Skill- und Grade-Mixes in der Versorgungspraxis systematisch verbunden werden. Nicht alle Bedarfe brauchen die gleichen Bildungsabschlüsse und Kompetenzen der Pflegekräfte. Der typische Pflegeverlauf zeigt vielmehr, dass es am Anfang einer Pflegebedürftigkeit um einfache Hilfen im Alltag geht und der Bedarf an pflegerischer Unterstützung oft erst im Verlauf zunimmt. Mit sinnvoll gemischten, interdisziplinären Teams, angelernten, dual und akademisch ausgebildeten Pflegebeschäftigten, dem gezielten Einsatz von spezialisierten Pflegefachpersonen, aber auch von Assistenzpersonal, sei es für Pflege, Betreuung oder Hauswirtschaft, wird ein Personaleinsatz nach dem Gießkannenprinzip vermieden. Auf diese Weise werden Ressourcen auf die wirklichen und nach evidenzbasierten Standards ermittelten Bedarfe – fallweise auch einrichtungsübergreifend – zugesteuert, einer Überlastung der Fachkräfte vorgebeugt, eine höhere Professionalität in der pflegerischen Versorgung erreicht und der Beruf attraktiver gemacht.

Wir werden dem Fachkräftemangel nur entgegenwirken können, wenn wir mehr fachlichen Gestaltungsspielraum in der Gestaltung der Arbeit,

des Personaleinsatzes, bei Modernisierung und Restrukturierung zulassen, statische Reglementierungen aufbrechen und inadäquate Vergütungssysteme – bei gleichzeitiger Sicherstellung der externen Qualitätssicherung der Tätigkeit selbst sowie der notwendigen Weiterbildung – reformieren. So sollten Pflegeanbieter künftig in eigener Verantwortung:

- flexible Arbeitszeitmodelle einsetzen können, mit denen Beruf und Privatleben in Einklang zu bringen sind;
- eine altersgerechte Arbeitsorganisation anbieten, die individuelle Ressourcen und Erfahrungen berücksichtigt;
- in Abweichung von den starren, häufig nicht realitätsgerechten Personalbemessungssystemen einen fachgerechten Skill-Mix durch ein Personalgesamtkonzept ermöglichen, das sowohl einen zielgruppen- und bedarfsgerechten Einsatz des Personals, als auch die Kompetenzen der Pflegekräfte im Blick hat, damit sie ihrer hohen Verantwortung gerecht werden können;
- digitale Möglichkeiten insbesondere bei der Optimierung des Personaleinsatzes und Reduzierung von Bürokratie ausschöpfen: Leistungsdokumentationen, Tourenplanungen, Pflegedokumentation, Vernetzung mit Ärzten, Abrechnungen von Pflegeleistungen – moderne Technologien bieten ein erhebliches Potenzial, um mehr Zeit für die eigentliche Pflege am Menschen zu gewinnen.

4. Hand in Hand mit den Pflegeprofis: Angehörige, Zugehörige und Ehrenamt stärken

Ein allein auf den Pflegekräftemangel gerichteter Blick reicht nicht: Rund drei Viertel aller pflegebedürftigen Menschen werden heute durch pflegende Angehörige zu Hause versorgt; ohne sie würde das System Pflege überlastet oder unbezahlbar werden. Das gilt für die Zukunft noch vielmehr: Ohne den Einsatz von Angehörigen, Zugehörigen – also Freunden, Bekannten oder Nachbarn – und Ehrenamtlichen zur Versorgung von hilfe- und pflegebedürftigen Menschen würde das System kollabieren. Zwar kann die Unterstützung dieser informell Pflegenden die professionelle Pflege nicht ersetzen, doch leistet sie einen zentralen Beitrag zur Entlastung der Pflegeprofis. Eine der größten Herausforderungen ist es, die Überlastung der An- und Zugehörigen zu vermeiden und sie mit niedrighwelligen und flexiblen Unterstützungsangeboten zu stärken.

Der selbst verschuldete Versorgungsnotstand

Das meint:

- stärkere Bekanntmachung und Berücksichtigung des Angebots der Pflegeberatung, die pflegenden Angehörigen das komplexe, schwer verständliche Leistungssystem der Pflegeversicherung verständlich vermitteln und fallbezogen beraten kann – je frühzeitiger auf diese Unterstützung zurückgegriffen wird, desto besser kann die pflegerische Versorgung sichergestellt werden;
- eine weitere Diversifizierung der Beratungslandschaft durch Einführung neuer Beratungsstrukturen dringend vermeiden und stattdessen auf bestehende Strukturen zurückgreifen;
- eine bessere Vereinbarkeit beruflicher Pflichten mit der Pflege eines Angehörigen ermöglichen, indem bestehende Teilzeioptionen genutzt werden oder auch die Absicherung von Familienpflege im Rahmen einer Pflegezusatzversicherung gefördert wird, die nicht nur finanzielle Unterstützung leistet, sondern den Angehörigen auch mit einem Care- und Case-Management entlastet;
- neben der Pflegeberatung auch das Angebot von Angehörigenschulungen bekannter machen und stärker zu nutzen;
- den Beratungsanspruch schließlich auf Zugehörige und Ehrenamtler ausdehnen, zusätzlich zum Anspruch auf eine pflegefachliche Schulung, die auch Prävention für die Pflegenden selbst einbezieht;
- mehr wirksame Angebote personeller und technischer Art unterbreiten, die informell Pflegenden tatsächlich entlasten und unterstützen, sodass Pflegebedürftige möglichst lang zuhause bleiben können – hier sollten die Kommunen und Netzwerke vor Ort eine wichtigere Rolle spielen;
- die Regulierungslücke der sog. 24-Stunden-Pflege schließen;
- digitale Angebote mit einem echten Mehrwert für die Laienpflege (z. B. Online-Psychotherapie-Möglichkeiten, Online-Schulungsangebote) schaffen;
- gesellschaftliche Teilhabe bis zuletzt zu ermöglichen.

Vor dem Hintergrund steigender Nachfrage nach Pflegeleistungen bei gleichzeitiger Knappheit der Versorgungsressourcen sollte technischen Anwendungen in der Pflege eine größere Rolle zugesprochen werden. Künstliche Intelligenz kann und soll menschliche Zuwendung nicht ersetzen, sie ist aber in der Lage, Pflegekräfte und Angehörige von Routinetätigkeiten zu entlasten. Externe Hemmnisse – hier vor allem Anforderungen, weiterhin Dokumente in Papierform vorzuhalten, beschränkte Möglichkeiten der elektronischen Datenübertragung an Kostenträger, die fehlende sichere Vernetzung mit weiteren Akteuren im Gesundheitswesen oder der geringe Bekanntheitsgrad von technischen Hilfsmitteln – stehen der Digitalisierung der Pflege heute entgegen. Pflegekräfte können zudem nur für den Einsatz neuer Technologien gewonnen werden, wenn gleichzeitig der Kern ihres professionellen pflegerischen Selbstverständnisses – die menschliche Zuwendung – erhalten bleibt.

Ein Neustart in der Pflegepolitik setzt nicht zuletzt voraus, dass Pflege- und Unterstützungsstrukturen vor Ort durch die Kommunen geschaffen und vernetzt werden, die es Pflegebedürftigen ermöglichen, möglichst lange selbstständig im eigenen Zuhause zu leben oder an dem Ort versorgt oder betreut zu werden, an dem sie es wünschen – dies darf nicht nur anhand der finanziellen Möglichkeiten entschieden werden. Wenn Altenpflege als gesamtgesellschaftliche Aufgabe betrachtet wird, dann kann diese Aufgabe nur durch die stärkere Einbindung der Gesellschaft tatsächlich erfüllt werden. Dazu gehört ebenfalls das Engagement der Kommunen, die von gut funktionierenden Pflegestrukturen profitieren. Das Einfluss- und Gestaltungsspektrum reicht von infrastrukturellen Maßnahmen, über die Förderung von generationengerechtem Quartiersmanagement (Netzwerkbildung), Sicherung des altersgerechten, barrierearmen Wohnens (z. B. Mehrgenerationenhäuser) bis hin zur Gestaltung des Sozialraums mit Beratungs-, Selbstorganisations-, Engagementstrukturen und Begleitung bis zum Lebensende.

Dieses Papier ist mit fachlicher Unterstützung von Dr. Grit Braeseke, Annemarie Fajardo, Prof. Dr. Alexander Karmann und Prof. Dr. Adelheid Kuhlmeier entstanden.

Die Initiative wird getragen von

