GVG GESELLSCHAFT FÜR VERSICHERUNGSWISSENSCHAFT UND -GESTALTUNG E.V.

POSITIONEN

FACHARBEITSGRUPPENBERICHT „VERSORGUNG IN EINER ÄLTER WERDENDEN GESELLSCHAFT“

FACHARBEITSGRUPPENBERICHT „VERSORGUNG IN EINER ÄLTER WERDENDEN GESELLSCHAFT“

Berlin: GVG 2020

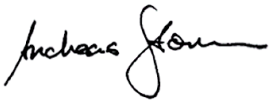
VORWORT

Am Beginn steht eine gute Nachricht: „Die Lebenserwartung in Deutschland steigt weiter“, wie das Statistische Bundesamt im November 2019 erneut festgestellt hat. Demnach erreichen neugeborene Mädchen ein Durchschnittsalter von 83,3 Jahren und neugeborene Jungen ein Durchschnittsalter von 78,5 Jahren. Diese gute Nachricht der steigenden Lebenserwartung wird zu einer sehr guten Nachricht, wenn wir zudem feststellen können, dass auch die Art und Weise, wie und in welcher Umgebung wir älter werden, sich verbessert.

Naturgemäß ist es weitaus komplexer, die Qualität des Älterwerdens abzubilden, da sie anders als die objektiv feststellbare Lebenserwartung nicht ausschließlich in Zahlen ausgedrückt werden kann. Der vorliegende Bericht macht den Versuch, „harte und weiche“ Faktoren und Voraussetzungen für ein gutes Älterwerden zu identifizieren. Eine wichtige Prämisse für eine Umgebung, in der wir gerne älter werden, ist eine ausreichende bzw. gute Versorgung – Versorgung im Sinne eines Zugangs zu täglichen Bedarfsmitteln, medizinischen Dienstleistungen, sozialer Teilhabe, altersgerechtem Wohnen und altersgerechter Mobilität.

Die Versorgung in einer älter werdenden Gesellschaft ist ein Thema, das im Trend liegt. Deshalb ist es folgerichtig, dass sich die GVG als Konsensplattform für soziale Sicherung mit diesem Thema beschäftigt und Handlungsoptionen dazu entwickelt, welche Voraussetzungen geschaffen werden sollten, damit die Qualität des Älterwerdens verbessert werden kann. Am Ende wird die Frage, wie wir älter werden, immer wichtiger als die Tatsache, dass wir älter werden.

Gundula Roßbach
Vorstandsvorsitzende der GVG



Andreas Storm
Vorsitzender des Ständigen Ausschusses Gesundheit und Pflege der GVG

Dr. Sibylle Angele
Vorsitzende der Facharbeitsgruppe „Versorgung in einer älter werdenden Gesellschaft“ der GVG

INHALT

ZUSAMMENFASSUNG 8

VORBEMERKUNG 9

VERSORGUNG IN EINER ÄLTER WERDENDEN GESELLSCHAFT 11

Demographische Ausgangslage 11

Krankheitsgeschehen und Pflegebedürftigkeit 11

Soziale Strukturen 12

VERSORGUNGSZIELE 12

SCHWERPUNKTE DER FACHARBEITSGRUPPE 13

1. Die Rolle der Kommunen 13

2. Die Notwendigkeit des Ehrenamts zur Sicherstellung der Versorgung 16

3. Digitalisierung / Sektorübergreifende Zusammenarbeit 17

BEZUG ZU ANDEREN INITIATIVEN DER BUNDESREGIERUNG 19

Bezug zum 7. Altenbericht der Bundesregierung 19

Bezug zur Kommission Gleichwertige Lebensverhältnisse 19

Bezug zur Bund-Länder AG „Sektorübergreifende Versorgung“ 20

GRUNDSÄTZLICHE FESTSTELLUNGEN UND HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN 21

HINTERGRUND 22

MITWIRKENDE ORGANISATIONEN 25

ZUSAMMENFASSUNG

Wir leben in Deutschland in einer älter werdenden Gesellschaft. Dies ist durch eine absolute Zunahme älterer Menschen ab 65 Jahren sowie hochaltriger Menschen ab 80 Jahren wie auch die relative Zunahme des Anteils älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung gekennzeichnet. Vor dem Hintergrund dieser Entwicklung hat die Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) im November 2017 eine Facharbeitsgruppe mit dem Namen „Versorgung in einer älter werdenden Gesellschaft" eingerichtet.

Ziel dieser Facharbeitsgruppe ist es, Rahmenbedingungen und Handlungsempfehlungen zu formulieren, die es älteren Menschen ermöglichen, ein selbstbestimmtes und möglichst selbstständiges Leben auch im Alter zu führen. Die Ausgangslage zur Versorgung älterer Menschen ist unter anderem durch die steigende Anzahl der Seniorenhaushalte, das Krankheitsgeschehen, die zunehmende Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit sowie erhebliche regionale Unterschiede in der Infrastruktur zur Versorgung älterer Menschen gekennzeichnet. Deshalb liegt der Schwerpunkt dieses Berichts auf der Sicherstellung der Versorgung im ländlichen Raum; dies impliziert die Sicherstellung einer selbstbestimmten und selbstständigen Lebensführung älterer Menschen. Diesem Bericht liegt ein umfassenderes Verständnis von Versorgung zugrunde, das über die medizinische Versorgung (wie z.B. die Sicherstellung der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung nach § 72 SGB V) hinausgeht. Die Sicherstellung einer selbstbestimmten und selbstständigen Lebensführung manifestiert sich nicht nur in medizinischer Versorgung, sondern umfasst auch die Befriedigung von Bedürfnissen nach Mobilität, altersgerechtem Wohnen, Versorgung mit täglichen Bedarfsmitteln und Verfügbarkeit von öffentlicher Infrastruktur, sozialen Kontexten sowie Freizeit- und Kulturangeboten. Da die Versorgungsinfrastruktur im ländlichen Raum in der Regel weniger ausgeprägt ist als in der Stadt, steht die Sicherstellung einer selbstbestimmten und möglichst selbstständigen Lebensführung hier besonderen Herausforderungen gegenüber.

Drei Faktoren sind dabei für die Versorgung im ländlichen Raum kennzeichnend:

1. Manche Kommunen übernehmen Funktionen zur Versorgung älterer Menschen,
2. ehrenamtliches Engagement spielt hierbei häufig eine zentrale Rolle und
3. Digitalisierung und eine sektorübergreifende Zusammenarbeit sind hilfreich, um „Versorgung" im weitesten Sinne sicherzustellen.

Kommunen im ländlichen Raum sind zunehmend mit der Herausforderung konfrontiert, dass die Versorgung mit Einzelhandel, Banken, Mobilitätsangeboten oder Wohnungen durch den Markt nicht mehr hinreichend abgedeckt werden kann. Dies macht es älteren Menschen deutlich schwerer, selbstbestimmt in dieser Kommune leben zu können. Einige Kommunen nehmen daher umfangreiche Investitionen in die Infrastruktur vor, um die Daseinsvorsorge und die örtliche Altenhilfe zu gewährleisten. Erfolgreich sind Kommunen beim Aufbau lokaler Versorgungsstrukturen vor allem dann, wenn Ehrenamtliche eingebunden sind und die Zusammenarbeit unterschiedlicher Akteure vor Ort gut funktioniert. Wichtig ist dabei insbesondere eine sich gegenseitig unterstützende Zusammenarbeit von ehrenamtlichen mit professionellen Hilfskräften; zudem sollten Ehrenamtliche nicht in Konkurrenz mit Gewerbetreibenden treten.

Ebenso zeigt sich, dass Projekte, die vor Ort von Lokalpolitikern oder Ehrenamtlichen initiiert werden, eine größere Akzeptanz finden als Projekte, die von einer übergeordneten Ebene angestoßen oder verantwortet werden.

Um nachhaltige Strukturen zur Versorgung älterer Menschen zu schaffen, ist oftmals eine nachhaltige Finanzierung grundlegend. Dabei sind verlässliche Einnahmequellen meist entscheidender als die Höhe der Einnahmequellen und eine Diversifizierung besser als Abhängigkeit von einer einzigen Finanzquelle.

VORBEMERKUNG

Da Kommunen und Ehrenamtliche eine immer wichtigere Rolle zur Versorgung älterer Menschen im ländlichen Raum übernehmen, ist die Verbesserung der Rahmenbedingungen für Kommunen und Ehrenamtliche ein sinnvoller Ansatzpunkt, um das Ziel selbstbestimmter Lebensführung zu verwirklichen.

Ein Instrument könnte dabei eine Planung der Bedarfe im Sozialraum sein, die dort die spezifischen Bedürfnisse Älterer in den Blick nimmt und passgenau Prioritäten setzen kann. Durch Priorisierung könnten sich Kommunen so auf die Erfüllung der vor Ort drängendsten Bedürfnisse fokussieren. Auf diese Weise könnte auch den sehr unterschiedlichen lokalen Ausgangsbedingungen Rechnung getragen werden, zumal nicht an jedem Ort in Deutschland das gleiche Maß an Versorgung möglich und notwendig ist. Entscheidend ist, dass die Versorgung „angemessen" ist.

Um erfolgreiche Projekte nachahmen zu können, wäre es darüber hinaus zielführend, wenn Beispielprojekte, in denen Kommunen über eine Priorisierung von Bedürfnissen eine Verbesserung der Versorgung älterer Menschen erreichen, in einer oder mehreren Plattformen zur Verfügung gestellt würden. Auf diese Weise könnten Kommunen mit vergleichbaren Ausgangsbedingungen erfolgreiche Ansätze anderer Kommunen auf ihr Gemeinwesen übertragen, um die Versorgung Älterer zu verbessern.

Das vorliegende Papier dokumentiert die Ergebnisse der Facharbeitsgruppe „Versorgung in einer älter werdenden Gesellschaft" der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. Die Facharbeitsgruppe wurde vom Ständigen Ausschuss Gesundheit und Pflege der GVG gegründet und beschäftigt sich mit der Fragestellung, wie Autonomie und Lebensqualität in einer älter werdenden Gesellschaft aus der Sicht älterer Menschen und ihrer Angehörigen angemessen sichergestellt werden können. Sie hat sich am 28. November 2017 konstituiert. Die Ergebnisse der Facharbeitsgruppe basieren auf internen Diskussionen und den Impulsen von Referentinnen und Referenten aus der Praxis.

VERSORGUNG IN EINER ÄLTER WERDENDEN GESELLSCHAFT

DEMOGRAPHISCHE AUSGANGSLAGE

Die gesundheitliche Versorgung älterer Menschen gewinnt in unserer Gesellschaft an Relevanz, da ein „dreifaches Altern" zu beobachten ist:

1. eine Zunahme älterer Menschen ab 65 Jahren
2. eine Zunahme hochaltriger Menschen ab 80 Jahren
3. eine Zunahme des Anteils älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung

Ursachen der Zunahme des Anteils älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung sind eine steigende Lebenserwartung und eine niedrige Geburtenrate[1]. Laut Prognosen des Statistischen Bundesamts wird die Gesamtbevölkerung in Deutschland bis zum Jahr 2040 im Vergleich zu 2014 um 5,1 Prozent abnehmen[2]. Während der Anteil der 20- bis 65-jährigen bis zum Jahr 2040 um bis zu 9,1 Prozent sinken wird, steigt der Anteil der über 65-jährigen um voraussichtlich 6,1 Prozent und der Anteil der über 80-jährigen um 3,3 Prozent[3]. In absoluten Zahlen ausgedrückt wird die Zahl der 20- bis 65-jährigen von 49,3 Millionen im Jahr 2014 auf vermutlich 40,2 Millionen im Jahr 2040 sinken und der Anteil der über 65-jährigen von 17,1 Millionen im Jahr 2014 auf 23,2 Millionen im Jahr 2040 steigen.

KRANKHEITSGESCHEHEN UND PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT

Die relative und absolute Zunahme älterer Menschen in der Bevölkerung geht mit einem veränderten Krankheitsgeschehen einher. Zuvorderst steigt die Prävalenz und Inzidenz von Krankheiten, wodurch auch die Zahl der Arztbesuche zunimmt. Krankheitsverläufe sind durch längere Dauer, längere Reha und verzögerte Genesung gekennzeichnet. Darüber hinaus sind Krankheiten häufig chronisch und progredient. Zudem werden Multimorbidität, funktionelle Einschränkungen und die Zahl der Pflegebedürftigen zunehmen.

Die häufigsten Erkrankungen älterer Menschen sind Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems, Krebserkrankungen, chronische Lungenerkrankungen, Muskel-Skelett-Erkrankungen, Demenz und Diabetes mellitus. Diese altersassoziierten Krankheiten werden in einer älter werdenden Gesellschaft voraussichtlich häufiger auftreten. Bezüglich der Entwicklung von Demenz prognostiziert das Bundesministerium für Bildung und Forschung beispielsweise, dass die Zahl der an Demenz Erkrankten von 1,6 Millionen im Jahr 2017 auf bis zu 3 Millionen im Jahr 2050 ansteigen könnte[4].

Allerdings entwickelt sich das Krankheitsgeschehen nicht proportional zur demographischen Entwicklung. Zudem kann durch positive Einflüsse wie die Änderung von Lebensgewohnheiten, eine verbesserte gesundheitliche Versorgung und Präventionsmaßnahmen das Krankheitsgeschehen erheblich beeinflusst werden. Dies gilt auch für Alterungsprozesse und Krankheitsgeschehen im hohen Alter.

Die Zahl der Pflegebedürftigen ist laut Statistischem Bundesamt von 2,86 Millionen im Jahr 2015 auf 3,4 Millionen zum Jahresende 2017 gestiegen und wird wahrscheinlich weiter steigen[5]. Die Ursache hierfür liegt einerseits in der beschriebenen demographischen Entwicklung und ist ein langfristiger Prozess. Andererseits ist in diesem Zeitraum ein sprunghafter Anstieg aufgrund der Einführung

[1] Statistisches Bundesamt (Destatis) 2018: https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Sterbefaelle/Sterbefaelle.html: Abruf am 20. Februar 2019.
[2] Präsentation von Rudolf Herweck in der Facharbeitsgruppe „Versorgung in einer älter werdenden Gesellschaft" am 28. November 2017 auf Quellenbasis von GeroStat.
[3] Präsentation von Rudolf Herweck in der Facharbeitsgruppe „Versorgung in einer älter werdenden Gesellschaft" am 28. November 2017 auf Quellenbasis von GeroStat.
[4] Bundesministerium für Bildung und Forschung vom 19. September 2017, abgerufen unter: https://www.bmbf.de/de/3-millionen-deutsche-koennten-im-jahr-2050-an-demenz-leiden-4826.html, Abruf am 21. November 2019.
[5] Pressemitteilung des Bundesamts für Statistik vom 18. Dezember.2018, abgerufen unter: https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2018/12/PD18_501_224.html, Abruf am 21. November 2019.

eines neuen, weiter gefassten Pflegebedürftigkeitsbegriffs ab dem 1. Januar 2017 zu verzeichnen. Seitdem werden mehr Menschen als pflegebedürftig eingestuft.

SOZIALE STRUKTUREN

Mit der Zunahme des Anteils älterer Menschen in unserer Gesellschaft steigt die Zahl der Senioren-Haushalte, wobei ein Drittel der 65-jährigen und älteren Menschen im Jahr 2017 allein in einem Einpersonenhaushalt lebte. Insbesondere Frauen ab 65 Jahren leben als Folge ihrer höheren Lebenserwartung doppelt so häufig allein in einem Haushalt wie Männer ab 65 Jahren[6]. Für allein lebende ältere Menschen ist die Mobilität eine grundlegende Voraussetzung zur Teilnahme am gesellschaftlichen Leben.

Im Falle von Pflegebedürftigkeit kommt der familiären Unterstützung weiterhin eine bedeutende Rolle zu. Derzeit wird etwa die Hälfte der Pflegebedürftigen im häuslichen Umfeld durch Angehörige ohne Beteiligung zugelassener Pflegedienste gepflegt. Etwa ein Viertel der Pflegebedürftigen wird im häuslichen Umfeld mit Hilfe eines ambulanten Pflegedienstes versorgt und ein weiteres Viertel in einer Pflegeeinrichtung[7].

Erhebliche Unterschiede in der Infrastruktur zur Versorgung älterer Menschen bestehen zwischen Stadt/Land, Ost/West und Nord/Süd. In bestimmten Regionen Deutschlands vollzieht sich eine Alterung oder sogar „Entleerung" ländlicher Räume. Hier besteht die Gefahr, dass es zu Problemen beim zeitlich und räumlich angemessenen Zugang zu qualitativ hochwertigen Gesundheitsdienstleistungen kommt[8]. Dies gefährdet die Sicherung einer selbstbestimmten und möglichst selbstständigen Lebensführung im Alter in manchen ländlichen Regionen.

VERSORGUNGSZIELE

In der konstituierenden Sitzung im November 2017 haben die Mitglieder der Facharbeitsgruppe „Versorgung in einer älter werdenden Gesellschaft" die Sicherstellung einer selbstbestimmten und möglichst selbstständigen Lebensführung als zentrales Versorgungsziel identifiziert. Der Erhalt der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit, die Vermeidung von körperlichen und geistigen Erkrankungen sowie Hilfe und Unterstützung im Bedarfsfall sind die Voraussetzungen, um dieses zentrale Versorgungsziel zu erreichen.

[6] Statistisches Bundesamt „Statistisches Jahrbuch Deutschland und Internationales 2018", S:60, online abgerufen unter: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/StatistischesJahrbuch/StatistischesJahrbuch2018.pdf?__blob=publicationFile, Abruf am 20. Februar 2019.

[7] Barmer Pflegereport 2018, abgerufen unter https://www.barmer.de/blob/170372/9186b971babc3f80267fc329d65f8e5e/data/dl-pflegereport-komplett.pdf, Abruf am 21. November 2019.

[8] Stiftung Münch Projektbericht „Sicherstellung der Gesundheitsversorgung in ländlich geprägten Regionen: Neue Modelle und Maßnahmen, November 2018, abgerufen unter https://www.stiftung-muench.org/wp-content/uploads/2018/11/Projektbericht_Sicherstellung-Gesundheitsversorgung-Land.pdf, Abruf am 21. November 2019.

SCHWERPUNKTE DER FACHARBEITSGRUPPE

Koordination und Zusammenarbeit in der Versorgung bilden wesentliche Grundlagen, um die Versorgung in einer älter werdenden Gesellschaft unter dem Aspekt des Erhalts der Selbstbestimmung und der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit flächendeckend zu garantieren[9]. Deshalb hat sich die Facharbeitsgruppe (FAG) folgende thematische Schwerpunkte gesetzt:

- Sicherstellung der Versorgung im ländlichen Raum
- Sektoren- und professionenübergreifende Versorgung

In diesem Bericht wird zunächst die Sicherstellung der Versorgung im ländlichen Raum betrachtet. Methodisch beschreitet die FAG den Weg, konkrete Erfolgs- und Hinderungsfaktoren zu identifizieren. Die Ableitung dieser Erfolgs- und Hinderungsfaktoren basiert auf ausgewählten Fallbeispielen aus der Praxis vor Ort[10]. Anhand dieser Fallbeispiele hat die FAG Hinweise abgeleitet, welche Rahmenbedingungen die Versorgung in einer älter werdenden Gesellschaft begünstigen und welche Rahmenbedingungen die Versorgung erschweren. Dabei haben sich drei wesentliche Merkmale herauskristallisiert, die die Rahmenbedingungen einer Versorgung im ländlichen Raum grundsätzlich kennzeichnen:

1. Die sich wandelnde Rolle der Kommunen,
2. die Notwendigkeit des Ehrenamts, um Versorgung sicherzustellen und
3. die Digitalisierung/sektorübergreifende Zusammenarbeit, die hier gemeinsam betrachtet werden.

1. Die Rolle der Kommunen

Ein besonderes Augenmerk dieses Berichts liegt auf der sich ändernden Rolle der Kommunen. Grundsätzlich ist in Artikel 28, Absatz 2 des Grundgesetzes festgelegt, dass die Gewährleistung der kommunalen Daseinsvorsorge in der Verantwortung der Kommunen liegt. Der Bundesebene sind enge Grenzen bei der Einflussnahme auf die kommunale Daseinsvorsorge gesetzt. Die örtliche Altenhilfe als Hilfe in besonderen Lebenslagen liegt nicht in der Zuständigkeit des Bundes und gehört auch nicht zu den Pflichtaufgaben der Kommune. Einen Anknüpfungspunkt zur Pflegeversicherung stellt lediglich § 71 Absatz 5 SGB XII dar.

Strukturen im ländlichen Raum (z.B. Versorgung mit Einzelhandel, Banken, Mobilitätsangeboten oder Wohnungen) werden zunehmend durch den Markt nicht mehr abgedeckt. Dies führt dazu, dass Versorgung und Daseinsvorsorge mitunter nicht mehr gewährleistet sind. Für die Kommunen bedeutet dies, dass eine Kommune entweder selbst aktiv werden muss, um die Daseinsvorsorge zu organisieren oder dass die Gefahr der Abwicklung einer Kommune besteht. Die Kapitalausstattung gerade kleiner Kommunen ist jedoch zu gering, um alle Aufgaben der Daseinsvorsorge übernehmen zu können. Aus der Not heraus übernehmen manche Kommunen, oftmals unter Einbezug von bürgerschaftlichem Engagement, Aufgaben in der Sicherstellung der Versorgung und fordern dafür größeren Gestaltungsspielraum ein.

Das Beispiel der Gemeinde Langenfeld zeigt, wie Ehrenamtliche wesentlich zur Versorgung vor Ort beitragen, indem sie etwa einen Einzelhandelsmarkt betreiben.

[9] Vgl. z.B. Gutachten 2009 und 2014 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen.
[10] vgl. Kapitel VI.

Die Ehrenamtlichen müssen allerdings dieselben Anforderungen erfüllen wie erwerbsmäßige Geschäftsführer und haften im Schadensfall mit ihrem Privatvermögen. Für ältere Menschen ist grundsätzlich eine funktionierende Nahversorgung die Voraussetzung dafür, dass sie mindestens in der Anfangsphase von Krankheit noch im Ort leben können. Zum Beispiel ist die Mobilität von Demenzerkrankten häufig stark eingeschränkt. Die Möglichkeit, trotzdem Lebensmittel und Dinge des täglichen Lebens eigenständig einkaufen zu können, ist wesentlich für eine selbstbestimmte und würdevolle Lebensweise. Häufig ist der „Nahversorger" auch sozialer Treffpunkt[11].

Am Beispiel der Stadt Amorbach wird deutlich, wie sehr das Vorhandensein einer Bildungsinfrastruktur, die Erhaltung und Schaffung von Arbeitsplätzen, die Lebensmittelversorgung in der Kommune, schnelles Internet und ein Minimum an Kulturdienstleistungen Faktoren sind, die es für Ärztinnen und Ärzte sowie andere (Gesundheits) Versorger deutlich attraktiver machen, sich im ländlichen Raum niederzulassen. Die Bereitstellung einer guten Infrastruktur durch die Kommune ist von hoher Bedeutung für die professionellen und ehrenamtlichen Versorgungsstrukturen wie auch für die älteren Menschen selbst.

Beispielsweise könnte die Kommune Gesundheitsversorger darin unterstützen, geeignete Praxisräumlichkeiten zu finden und bei bürokratischen Anforderungen wie z.B. Sicherheitsstandards und anderen behördlichen Auflagen Hilfestellung leisten. Dadurch könnten sich Gesundheitsversorger stärkter auf ihren Versorgungsauftrag konzentrieren und haben einen weiteren Anreiz, sich im ländlichen Raum niederzulassen. Wichtige Synergieeffekte können erzielt werden, wenn die lokale politische Ebene (Bürgermeister, Landrat etc.) und engagierte Bürger sich gegenseitig unterstützen.

Die Finanzierung des Projekts „Hand in Hand im Bördeland" basiert beispielsweise auf einer Kombination aus Spenden, Mitgliedsbeiträgen und kommunaler Unterstützung. Das Projekt wird wesentlich durch ehrenamtliches Engagement getragen, wobei der Verein hilfreiche Unterstützung durch die Kommune erfährt. Das Projekt „Hand in Hand im Bördeland" veranschaulicht insbesondere ein Konzept, wie Finanzierung nachhaltig gestaltet wird durch Diversifizierung der Einnahmequellen.

Eine nachhaltige Finanzierung ist eine wichtige Voraussetzung, damit Versorgungskonzepte langfristig erfolgreich sind. Die Verlässlichkeit von Einnahmen ist dabei meist ausschlaggebender für den nachhaltigen Erfolg als die Höhe der Zuwendung. Grundsätzlich können finanzielle Mittel aus staatlicher Herkunft von Kommune, Kreis, Bezirk, Land oder Bund, aus Förderung durch Stiftungen, aus Unterstützungs- und Versorgungssystemen (z.B. aus dem Innovationsfonds oder auf Grundlage des §45a SGB XI), aus Spenden oder Mitgliedsbeiträgen als Finanzierungsquelle zum Einsatz kommen.

Für die Weiterentwicklung der Versorgung in einer älter werdenden Gesellschaft sind Projekte und Initiativen wertvoll. Sie können als Erprobung von Konzepten oder als Start für eine grundsätzlich auf Dauer angelegte Weiterentwicklung angelegt sein. In jedem Fall sollte am Ende einer Projektphase eine Evaluation stehen. Aus öffentlichen Finanzmitteln geförderte Projekte sollten die Bedingung auferlegt bekommen, ein langfristiges Finanzierungskonzept zu entwickeln.

Bei von der öffentlichen Hand bereitgestellten Förderprogrammen besteht für Kommunen im ländlichen Raum häufig die Schwierigkeit, dass sich diese an städtischen Rahmenbedingungen orientieren, die sich nicht eins-zu-eins auf die Gegebenheiten einer Dorfstruktur übertragen lassen. Bereits kleinere Anpassungen bei Brandschutz und Barrierefreiheit, die auf die reale Situation vor Ort zugeschnitten sind, könnten aber helfen, dass nicht die gesamte Förderkulisse gefährdet wird. Vorgaben, die vollumfängliche Sicherheit und Qualitätsstandards garantieren, sind von den Kommunen oftmals nur mit hohem finanziellem Aufwand und ehrenamtlichem Engagement der Einwohner mit damit verbundenen Haftungsrisiken zu stemmen.

Für ländliche Kommunen kommt erschwerend hinzu, dass sie im Unterschied zu Städten über weniger personelle Ressourcen verfügen, um umfassende Anträge zu stellen. Dies führt dazu, dass verhältnismäßig wenige Kommunen Zugang zu Fördermaßnahmen erhalten. Statt starrer Vorgaben sind „Gemischtwarenlösungen" gefragt. Förderprogramme sollten statt starrer Vorgaben Raum für flexible und kreative Lösungen lassen.

[11] Vgl. z.B. Demenzfreundliche Kommune Langenfeld

Darüber hinaus ist ein unverbundenes Nebeneinander unterschiedlicher Förderprogramme weniger zielführend als standardisierte Handlungsanleitungen, die bei Einhaltung gewisser Qualitätsmerkmale Fördermittel verlässlich garantieren.

Andererseits ist es aufgrund unterschiedlicher lokaler Rahmenbedingungen schwierig, standardisierte Handlungsanleitungen zu entwickeln. Erstrebenswert ist daher, dass funktionierende lokale Projekte zur Versorgung älterer Menschen nachgeahmt werden könnten. Nur vereinzelt gibt es hierzu Initiativen, die Informationen bündeln und zugänglich machen. Es fehlt ein einheitlicher Orientierungsmaßstab oder eine zentrale Informationsplattform, an die sich Nachahmer wenden könnten. Die entscheidende Herausforderung ist dabei, Rahmenbedingungen zu identifizieren, die passgenaue Lösungen vor Ort ermöglichen.

Hingewiesen sei etwa auf die Informationsangebote des Deutschen Landkreistages und der Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e.V. mit ihren Positionspapieren und verschiedenen Initiativen[12]. Hier gibt es Ansätze, Informationen zu bündeln und allen Kommunen bereit zu stellen.

Planung im Sozialraum zur Priorisierung von Bedürfnissen in den Kommunen

Ein elementares Bedürfnis von älteren und pflege- sowie hilfsbedürftigen Menschen besteht darin, möglichst lange im vertrauten Umfeld (Sozialraum) selbstbestimmt und selbstständig zu leben. Um diesem Bedürfnis zu entsprechen, ist der ambulanten Betreuung und der Pflege zu Hause Vorrang einzuräumen. Da die pflegerische Versorgung eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist, sollte durch eine enge Zusammenarbeit aller Akteure (Länder, Kommunen, Pflegekassen, Pflegeanbieter und informelle Strukturen) darauf hingewirkt werden, dass Voraussetzungen geschaffen werden, die eine selbstbestimmte und selbstständige Lebensführung im vertrauten Umfeld ermöglichen. Wohnungsanpassungen, insbesondere Anpassungen im Sanitärbereich, die Verfügbarkeit häuslicher Pflege und angemessener Gesundheitsversorgung sind dabei wichtige Faktoren. Zu bedenken ist aber auch, dass für manche Menschen Angebote mit sozialen Kontaktmöglichkeiten wie betreutes Wohnen zielführender sein können. Dies gilt insbesondere für Menschen, die unter Vereinsamung leiden.

Auf der Basis der Erfahrungen aus den Fallbeispielen stellt sich die Frage, wie damit umgegangen werden kann, wenn der Anspruch einer selbstbestimmten und selbstständigen Lebensweise nicht an jedem Ort in Deutschland gleichermaßen gewährleistet werden kann, etwa weil die personellen Voraussetzungen fehlen oder räumlich/sächliche Angebote nicht vorhanden sind. Es besteht das Dilemma, einerseits bundesweit gleiche Lebensverhältnisse schaffen zu wollen und andererseits unterschiedlichen lokalen Ausgangslagen gerecht werden zu wollen. Hier könnte zum Beispiel die Planung der Bedarfe im Sozialraum eine Methode sein, die Bedürfnisse Älterer in den Kommunen in den Blick zu nehmen und diese zu priorisieren. Diese Form der Planung abstrahiert vom einzelnen Menschen, dessen Versorgung beispielsweise durch die sozialen Sicherungssysteme oder die Sozialhilfe geregelt ist.

Die Idee der Planung im Sozialraum verfolgt einen ganzheitlichen, partizipativen und kooperativen Ansatz. Dies bedeutet, dass das Engagement Ehrenamtlicher und die Zusammenarbeit zwischen den Akteuren in die Planung der Bedarfe einbezogen werden. Nach Feststellung und Priorisierung der Bedürfnisse kann durch eine Einbindung aller relevanter Akteure vor Ort zielorientiert an der Erfüllung der Bedürfnisse gearbeitet werden. Bedürfnisse können dabei differenziert werden nach Angeboten des Gesundheitswesens, Mobilitätsangeboten, Versorgung des täglichen Bedarfs, öffentlicher Infrastruktur, Wohnen, sozialen Netzen, Freizeit und Kultur.

Planung im Sozialraum vollzieht sich im Quartier, denn das Quartier ist die räumliche Ebene, auf der sich die Bedingungen für Teilhabe am stärksten konkretisieren. Quartier bezeichnet dabei ein Wohngebiet, eine Siedlung, einen Stadtteil oder ein Dorf. Es stellt einen überschaubaren Handlungsrahmen und eine feste räumliche Identität dar.

Die Planung im Sozialraum könnte somit ein geeignetes Instrument sein, mit dem für die Versorgung älterer Menschen in einem Priorisierungsprozess passgenaue Lösungen vor Ort verwirklicht werden können. Während

[12] vgl. https://www.landkreistag.de/themen/gleichwertige-lebensverhaeltnisse und https://www.bagso.de/publikationen/gleichwertige-lebensverhaeltnisse-in-der-alternden-gesellschaft/

manche Kommunen eine solche Planung durchführen, fehlen anderen die Mittel und wiederum andere delegieren die Verantwortung für die Durchführung auf eine andere Ebene.

Eine Planung der Bedarfe im Sozialraum könnte auch ein Ansatz mit Scharnierfunktion sein, um die in der Praxis oftmals unklare Zuständigkeit zwischen kommunaler Ebene, Land und Bund verbindlicher zu gestalten. Im günstigsten Fall betrachtet eine Planung der Bedarfe im Sozialraum deshalb auch Möglichkeiten einer regionalen Kooperation oder die Kooperation mit der Landes- bzw. Bundesebene. Zugleich sind die unterschiedlichen Zuständigkeiten und Strukturen in den Schnittstellen etwa mit den sozialen Sicherungssystemen zu berücksichtigen.

Praxisbeispiele gelungener Priorisierungsprozesse vor Ort wären darüber hinaus zur Aufnahme in eine zentrale Informationsplattform geeignet. Dies böte die Chance, dass erfolgreiche Projekte nachgeahmt werden können.

2. Die Notwendigkeit des Ehrenamts zur Sicherstellung der Versorgung

Engagierte Ehrenamtliche sind oftmals eine notwendige Voraussetzung, damit die Versorgung älterer Menschen sichergestellt ist und Projekte erfolgreich sein können. Geringfügige Vergütungen von Helferinnen und Helfern können ein Anreiz sein, sich zu engagieren und drücken Anerkennung und Wertschätzung gegenüber engagierten Bürgerinnen und Bürgern aus. Ehrenamtliches Engagement ist häufig der Ausgangspunkt dafür, dass ein Projekt überhaupt gestartet wird.

Wichtig ist, dass ehrenamtlich organisierte lokale Hilfsdienste für ältere Menschen nicht in Konkurrenz zu Gewerbetreibenden (Pflegediensten, Reinigungsfirmen, Gärtnereien, Handwerksfirmen) treten. Ein gutes Miteinander z.B. von ehrenamtlichen vorpflegerischen Hilfsdiensten und gewerblichen Pflegediensten schafft umfängliche Akzeptanz und kann Pflegedienste etwa bei Fahrdiensten entlasten. Initiativen auf kommunaler Ebene und die Einbindung der Menschen vor Ort haben deutlich höhere Aussichten, Akzeptanz zu finden als Initiativen, die von übergeordneter Stelle „verordnet“ werden.

Bürgerinnen und Bürger oder Lokalpolitiker, die mit viel Engagement lokale Projekte anstoßen, greifen dabei häufig auf funktionierende lokale Netzwerke zurück und überwinden durch die Kombination aus Engagement und Vernetzung bürokratische Hürden. Umgekehrt vermissen diese engagierten Menschen häufig Klarheit und eindeutige Zuständigkeit staatlicher Stellen. Oftmals verweist eine staatliche Ebene auf eine ihr unter- bzw. übergeordnete Ebene, so dass zuständige Ansprechpartner häufig schwer identifizierbar sind. Fehlende grundsätzlich klare Zuständigkeiten tragen somit dazu bei, dass sich der Staat aus der Verantwortung der Daseinsvorsorge zurückzieht und Aufgaben der sozialen Teilhabe älterer Menschen an das Ehrenamt überträgt.

Mehr Transparenz könnte die im Aufbau befindliche Bundesstiftung Ehrenarbeit schaffen. Die Stiftung kann Strukturen aufbauen, die das Ehrenamt unterstützen und möglicherweise als Beratungsinstanz für Ehrenamtliche bei rechtlichen Vorgaben und Haftungsfragen dienen. So wichtig die Förderung des Ehrenamts ist, gilt es darauf zu achten, das Ehrenamt nicht überzustrapazieren. Das Ehrenamt kann nicht sämtliche Lücken schließen, die vom Staat oder Markt hinterlassen werden.

Die Hürden, denen lokal Engagierte begegnen, sind vielfach rechtliche Vorgaben und Haftungsbestimmungen. Grundsätzlich sind Vorgaben und Bestimmungen notwendig, da sie dem Schutz und der Absicherung der handelnden Personen dienen. Die Erfahrung aus den in der Facharbeitsgruppe vorgestellten Projekten hat jedoch gezeigt, dass die Menge und Anforderungen dieser Vorgaben ehrenamtliche Strukturen (z.B. Vereinen), die Unterstützung für Hilfsbedürftige leisten, bisweilen überfordern.

Im ländlichen Raum ist – beispielsweise zur Sicherstellung der Mobilität – für ehrenamtliche Helfer das Absicherungserfordernis durch eine Dienstreisekaskoversicherung von hoher Bedeutung. Ehrenamtliche Helfer müssen gegen Unfallrisiken abgesichert sein. Ehrenamtliche Vorstandsmitglieder haften im Schadensfall mit ihrem Privatvermögen, was die Rekrutierung ehrenamtlicher Vorstandsmitglieder erschwert. Grundsätzlich sinnvolle Regelungen wie Herstellung von Barrierefreiheit[13], Brandschutz, Hygiene- oder Datenschutzbestimmungen können gleichzeitig auch

[13] Insbesondere die Herstellung von Barrierefreiheit ermöglicht Mobilität und trägt dadurch zur Erhaltung einer selbstbestimmten Lebensführung bei.

Faktoren sein, die gerade niedrigschwellige Strukturen und ehrenamtlich getragene Vereine mit Kosten belasten, zum Beispiel durch die Notwendigkeit einer Rechtsberatung. Viele der einzuhaltenden rechtlichen Bestimmungen kommen aus Bereichen außerhalb der Versorgung oder sozialen Sicherung.

Dies bedeutet, dass Ehrenamtliche zahlreiche Vorschriften zu berücksichtigen haben, die originär nicht für sie geschaffen wurden, an die sie jedoch gebunden sind. Insbesondere das Risiko, mit privatem Vermögen haften zu müssen, stellt häufig ein Hindernis dar, ein verantwortungsvolles Ehrenamt zu übernehmen. Vor diesem Hintergrund ist zu diskutieren, inwieweit perspektivisch die Einführung einer Bagatellgrenze zielführend sein könnte. Der Einführung von Bagatellgrenzen stehen Risiken für die Betroffenen gegenüber. Zudem müssten Bagatellgrenzen objektiv, gerichtsfest und nachprüfbar sein. Hierzu bedarf es genauer Erörterung. Das für einige der genannten Aspekte zuständige Bundesministerium der Finanzen etwa hat mit dem Verweis auf die genannten Kriterien schon häufiger sinnvoll erscheinenden Wünschen zur Einführung einer Bagatellgrenze eine Absage erteilt.

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist eine funktionierende Zusammenarbeit zwischen professionellen und ehrenamtlichen Kräften, um knappe Ressourcen möglichst effektiv zur Versorgung älterer Menschen zu nutzen. Keinesfalls dürfen Ehrenamtliche in Konkurrenz zu professionellen Kräften treten. Im Idealfall werden Ehrenamtliche ihrerseits durch Beratung und Hilfestellung von Professionellen entlastet. In der Ehrenamtsforschung gibt es bereits viele Initiativen, die sich der Frage der Zusammenarbeit zwischen Professionellen und Ehrenamtlichen widmen[14].

3. Digitalisierung / Sektorübergreifende Zusammenarbeit

Sektorübergreifende Versorgung mittels Digitalisierung kann auf lokaler Ebene funktionieren, wenn Bottom-up-Ansätze und persönliches Engagement die Grundlage bilden. Dies verdeutlicht beispielsweise das Projekt „solimed". Eine Besonderheit dieses Projekts besteht darin, dass hier ein Ärztenetz in Kooperation mit Krankenhäusern und Pflegediensten zeitliche und finanzielle Ressourcen investiert hat, um professionelle Strukturen, eine gemeinsame EDV und effiziente Arbeitsstrukturen aufzubauen.

Dies erfordert ein hohes Maß an Koordination, ein Schlüsselfaktor, welcher bereits im SVR-Gutachten von 2009[15] zum leitenden Prinzip erhoben wurde. Im Projekt „solimed" wird die Koordination durch Partizipation aller relevanten Akteure praktiziert. Um Partizipation und Kooperationsbereitschaft anzustoßen, ist es hilfreich, wenn sich die beteiligten Akteure im Vorfeld über ihre Erwartungen austauschen und gemeinsam Ziele definieren. Dieses Vorgehen ermöglicht eine zielorientierte Arbeitsweise und schafft eine gemeinsame Grundlage. Das Projekt verdeutlicht beispielhaft, wie ein partizipatives Vorgehen und eine Verständigung auf gemeinsame Ziele einen Rahmen für sektorübergreifende Zusammenarbeit schaffen.

Das Element der Partizipation muss mit dem Rückgriff auf bewährte Strukturen verbunden werden. Dies bedeutet, dass auf bestehende Zuständigkeiten und Strukturen Rücksicht genommen wird. Statt Vereinheitlichung oder der Schaffung neuer Strukturen kommt es darauf an, bewährte Strukturen miteinander zu vernetzen. Dies fördert in der Regel die Akzeptanz zur Zusammenarbeit und ist zudem oft kostengünstiger.

Um verschiedene Strukturen aus unterschiedlichen Versorgungssektoren miteinander zu vernetzen, ist es hilfreich, Rahmenbedingungen zu schaffen, die einen effizienten Informationsaustausch sicherstellen. Im Projekt „solimed" etwa erfolgt ein effizienter Informationsaustausch, indem regelmäßig gemeinsame Sitzungen der beteiligten Akteure durchgeführt werden. Dort werden auftretende Probleme angesprochen und es wird nach gemeinsamen und pragmatischen Lösungen gesucht.

Erfolg versprechend sind somit Ansätze, die eine Bottom-up-Strategie verfolgen, partizipativ sind, auf bewährte Strukturen zurückgreifen und einen Austauschrahmen für Koordination und Absprachen bieten. Vorgaben und Ansätze, in denen von vornherein versucht wird, „von oben" eine Gesamtlösung zu präsentieren, wirken hingegen eher blockierend.

[14] Die Generali Altersstudien 2013 und 2017 untersuchen wissenschaftlich die Aspekte Altersbild und Alterspotential. Darüber hinaus verfolgt der Generali Zukunftsfonds das Ziel, bürgerschaftliches Engagement Älterer zu fördern. Die BAGSO setzt sich für Rahmenbedingungen ein, die das Engagement von Ehrenamtlichen fördert und anerkennt.
Die Ehrenamtsstiftung-MV unterstützt ehrenamtlich organisierte Vereine in allen organisatorischen und rechtlichen Fragen und koordiniert auf diese Weise die Zusammenarbeit zwischen Profis und Ehrenamtlichen.

[15] Gutachten 2009 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, abrufbar als Bundestagsdrucksache 16/13770 unter http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/16/137/1613770.pdf, Abruf am 21. November 2019.

Die Bedeutung, auf bewährte Strukturen zurückzugreifen, zeigt sich insbesondere bei der Vernetzung der IT. Statt ein komplett neues IT-System zu entwickeln, ist es vor Ort häufig Erfolg versprechender, bestehende IT-Systeme miteinander zu vernetzen. Hier bedarf es der Schaffung von Schnittstellen. Gerade die Vernetzung von IT-Systemen bietet ein hohes Potential für Entlastung, indem bürokratischer und dokumentarischer Aufwand bei einrichtungsübergreifendem Informationsaustausch verringert werden. Die sektorenübergreifende Vernetzung der IT funktioniert dann besonders gut, wenn alle Akteure sie sicher und effektiv im Alltag nutzen können. Eine funktionierende, digitale, sektorenübergreifende Kommunikation kann darüber hinaus zur Erhöhung der Patientensicherheit beitragen.

Die Digitalisierung bietet als Schlagwort der Stunde zahlreiche Chancen und Anknüpfungsmöglichkeiten, die selbstbestimmte Lebensweise älterer Menschen in Stadt und Fläche zu verbessern. All diese Chancen und Herausforderungen werden umfassend thematisiert. Voraussetzung zur Nutzung der vielfältigen Chancen ist, dass sich der Markt bzw. die Angebote auch auf die Bedürfnisse der älteren und alten Menschen einstellen. Das heißt, dass die Technik erlernbar und bedienbar sein muss. Mancherorts sind bereits Workshops, Zukunftswerkstätten, generationenübergreifende digitale Dorfmitten, in denen Menschen analog zusammenkommen, entstanden. Indem ältere Menschen an diesen Orten digitale Anwendungen nutzen können, entsteht Teilhabe und Partizipation.

Beispiele, in denen digitale Hilfsmittel dazu beitragen, Selbstbestimmung und Teilhabe zu fördern, sind etwa das Videostreaming von Gottesdiensten, Skypen im Dorfladen oder Pager-Verbindungen vom Arzt zum Dorf-Café. Auch die gesundheitliche Versorgung im ländlichen Raum kann durch Nutzbarmachung von Chancen, die die Digitalisierung bietet, verbessert werden. Als Beispiele seien Möglichkeiten der Telemedizin, Hausarztassistenz, Gemeindeschwestermodelle, rollende Arztpraxen und Gesundheitsnetzwerke erwähnt.

Denkbar sind darüber hinaus eine Notfallapp für das Mobiltelefon, um Hilfsangebote zu bündeln, Patiententipps für das Gespräch mit dem Arzt oder der Ärztin und beim Ausfüllen von Formularen und Anträgen oder Diagnoseübersetzer. Eine weitere Entlastung für ältere Patienten können Online-Sprechstunden darstellen, um die Notwendigkeit von Arztbesuchen zu verringern, Online-Services, beispielsweise auch bei Apotheken, oder der passgenaue Transport durch Fahrzeuge auf Abruf.

BEZUG ZU INITIATIVEN DER BUNDESREGIERUNG

Die Ziele der Facharbeitsgruppe korrespondieren mit den Zielen anderer Initiativen wie dem Altenbericht der Bundesregierung, der Kommission „Gleichwertige Lebensverhältnisse“ oder der Bund-Länder-AG „Sektorübergreifende Versorgung“. Die Ergebnisse der Facharbeitsgruppe sind deshalb von Interesse für die o. g. Initiativen. Diese Initiativen sind ihrerseits ein wichtiger Anknüpfungspunkt, um die von der Facharbeitsgruppe herausgearbeiteten Erkenntnisse zu adressieren.

BEZUG ZUM 7. ALTENBERICHT DER BUNDESREGIERUNG

Viele Übereinstimmungen gibt es zwischen den Ergebnissen der Facharbeitsgruppe und dem 7. Altenbericht der Bundesregierung vom November 2016 unter Verantwortung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ). Das Kernanliegen der Facharbeitsgruppe, eine selbstbestimmte Lebensführung sowie körperliche und geistige Leistungsfähigkeit in einer älter werdenden Gesellschaft zu erhalten, findet sich im Altenbericht in der Empfehlung, Bund, Länder und Kommunen sollten die Voraussetzungen dafür verbessern, dass alte Menschen möglichst lange selbstständig zu Hause leben können, wieder.

Die Bedeutung vernetzter Versorgungskonzepte und örtlicher sozialer Netze sowie deren Unterstützung durch Sozialleitungsträger und die Kommune werden ebenfalls von der Facharbeitsgruppe und dem 7. Altenbericht betont. Ein besonderer Fokus muss dabei auf Regionen mit strukturellen Defiziten liegen, denn Engagement und Nachbarschaftshilfe dürfen nicht als selbstverständliche Gegebenheiten betrachtet werden. Übereinstimmung besteht zwischen den Ergebnissen der Facharbeitsgruppe und den Empfehlungen des Altenberichts auch darin, dass die Mitwirkung der Kommune entscheidend ist, um eine patientennahe, ambulante und stationäre Versorgung mit Blick auf die Autonomie und Teilhabe alter Menschen sicherzustellen. Dazu benötigen Kommunen die entsprechenden rechtlichen und finanziellen Voraussetzungen.

Der Altenbericht schlägt diesbezüglich ein Daseinsvorsorgeprogramm von Bund und Ländern vor.

Eine weitere Gemeinsamkeit besteht darin, dass zeitlich befristete Projektfinanzierungen nicht ausreichen, sondern dass es struktureller, dauerhaft angelegter Förderung bedarf mit dem Ziel, erfolgreiche Projekte zu verstetigen und zu verbreiten.

BEZUG ZUR KOMMISSION GLEICHWERTIGE LEBENSVERHÄLTNISSE

Die Einsetzung der Kommission „Gleichwertige Lebensverhältnisse“ wurde im Juli 2018 vom Bundeskabinett beschlossen. Sie soll bis zum Herbst 2020 einen Abschlussbericht vorlegen, wie Ressourcen und Möglichkeiten für alle Menschen in Deutschland gerecht verteilt werden können. Die Kommission steht unter dem Vorsitz des Bundesministers des Innern, für Bau und Heimat. Den Co-Vorsitz hat das Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft inne und als weiteres Bundesministerium ist das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend beteiligt.

Die Kommission hat sechs themenspezifische Facharbeitsgruppen zu den Schwerpunktbereichen Kommunale Altschulden, Wirtschaft und Innovation, Raumordnung und Statistik, Technische Infrastruktur, Soziale Daseinsvorsorge und Arbeit sowie Teilhabe und Zusammenhalt der Gesellschaft eingesetzt. Die AG 6 „Teilhabe und Zusammenhalt der Gesellschaft“ wird von Professor Matthias von Schwanenflügel im BMFSFJ geleitet. Besonders große Schnittmengen zwischen der AG 6 und der GVG-Facharbeitsgruppe bestehen bei der sozialräumlichen Planung in Kommunen und der Etablierung von „Kümmerern“, um gute begonnene Projekte zu verstetigen. Ein weiterer wichtiger Schnittpunkt ist die Kooperation der Professionen untereinander.

BEZUG ZUR BUND-LÄNDER-AG „SEKTORÜBERGREIFENDE VERSORGUNG“

Die Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Sektorübergreifende Versorgung“ ist Teil des Koalitionsvertrages von Union und SPD und soll die sektorübergreifende Versorgung für Bedarfsplanung, Zulassung, Honorierung, Codierung, Dokumentation, Kooperation der Gesundheitsberufe und Qualitätssicherung weiterentwickeln. Die AG „Sektorübergreifende Versorgung“ hat im September 2018 ihre Arbeit aufgenommen und soll bis zum Jahr 2020 Vorschläge erarbeiten.

Der AG „Sektorübergreifende Versorgung“ sind gute Vorschläge für eine bessere Zusammenarbeit und Vernetzung willkommen. Für die GVG-Facharbeitsgruppe sind die Kooperation der Gesundheitsberufe und der von der AG „Sektorübergreifende Versorgung“ anvisierte Dreiklang „Bürger-Profi-Technik“ mögliche Anknüpfungsaspekte, um inhaltliche Impulse zu adressieren. Neben diesen Initiativen der Bundesregierung beschäftigen sich Stiftungen und Krankenkassen ebenfalls mit Konzepten zur Versorgung einer älter werdenden Gesellschaft[16].

[16] Die Stiftung Münch z.B. befasst sich in einem Projektbericht mit dem Titel „Sicherstellung der Gesundheitsversorgung in ländlich geprägten Regionen: Neue Modelle und Maßnahmen“ mit etablierten und neu erprobten Versorgungsmodellen zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen.
Der Pflegereport 2018 der DAK präsentiert ein von Professor Dr. Thomas Klie und Professor Dr. Michael Monzer entwickeltes Konzept der Regionalen Pflegekompetenzzentren

GRUNDSÄTZLICHE FESTSTELLUNGEN UND HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN

Um die Voraussetzungen für ein selbstbestimmtes Leben im Alter möglichst lange zu erhalten, stellt die GVG-Facharbeitsgruppe fest:

- Persönliches Engagement und das lokale Zusammenwirken zwischen professionellen und ehrenamtlichen Akteuren haben eine hohe Bedeutung,
- ein optimaler Ressourceneinsatz aus Fachkräften, Ehrenamt und Geld ist notwendig,
- rechtliche Vorgaben, die vollumfängliche Sicherheit garantieren, stellen mitunter massive bürokratische Hürden dar, indem sie beispielsweise hohe Haftungsrisiken für Ehrenamtliche schaffen und teilweise hohe Kosten verursachen können,
- Bottom-up-Ansätze schaffen häufig mehr Akzeptanz als verordnete Konzepte einer übergeordneten Ebene. Zugleich ist die Unterstützung durch die lokale politische Ebene ein wichtiger Erfolgsfaktor,
- die Bewahrung und Vernetzung bestehender Strukturen (auch IT-Strukturen) führt zu mehr Akzeptanz als die Schaffung neuer Strukturen,
- klare Zuständigkeiten zwischen unterschiedlichen staatlichen Ebenen und standardisierte Handlungsanleitungen schaffen Verlässlichkeit und erleichtern Nachahmung,
- die Bereitstellung einer guten (Gesundheits-)Infrastruktur durch die Kommune ist ein wichtiger Faktor; eine Kommune muss in der Lage sein, die Daseinsvorsorge zu gewährleisten,
- Förderprogramme orientieren sich häufig an städtischen Rahmenbedingungen; sehr starre Vorgaben lassen zudem oftmals zu wenig Raum für flexible und kreative Lösungen.

Ausgehend von diesen Feststellungen und den oben genannten Ausführungen adressiert die GVG folgende Handlungsempfehlungen:

- Kommunen sollten die Versorgungsbedarfe der Einwohnerinnen und Einwohner priorisieren, um die passenden Rahmenbedingungen zur Versorgung älterer Menschen zu schaffen.
- Damit Kommunen Versorgungsbedarfe erfüllen können, sollten relevante lokale Akteure wie Erbringer von gesundheitlichen Versorgungsleistungen sektorübergreifend zusammenarbeiten und Politik und Ehrenamtliche einbeziehen.
- Projekte müssen, um nachhaltig erfolgreich zu sein, mit ausreichenden finanziellen Mitteln ausgestattet sein und bei der Umsetzung einen Bottom-up-Ansatz verfolgen.
- Damit kommunale Projekte zur Versorgung älterer Menschen finanziell nachhaltig sind, sollten die Mittel aus verschiedenen Finanzierungsquellen stammen und nicht von einer einzigen Quelle abhängig sein.
- Kommunen, die gute und nachhaltige Best-practice-Beispiele entwickelt haben und Musterbeispiele von Kommunen, die eine Priorisierung von Versorgungsbedarfen vorgenommen haben, sollten diese in einer oder mehreren zentralen Informationsplattformen bündeln. Dadurch lässt sich ein Gesamtbild erstellen und die Frage beantworten, was wo am dringendsten benötigt wird und welche Maßnahmen erfolgreich sind.
- Aus dem Gesamtbild lokaler Versorgungsbedürfnisse und verpflichtender bundeseinheitlicher Vorgaben (z.B. nach dem SGB) lassen sich Kriterien für eine angemessene Versorgung ableiten.
- Politik und Selbstverwaltungsorganisationen sollten Maßnahmen durchführen, um ein gesundes und aktives Altern langfristig sicherzustellen. Dabei sollten auch rechtliche Vorgaben, die sich hemmend auf eine angemessene Versorgung auswirken, auf den Prüfstand gestellt werden.

HINTERGRUND

Die Einsetzung der Facharbeitsgruppe „Versorgung in einer älter werdenden Gesellschaft“ wurde in der Sitzung des Ständigen Ausschusses Gesundheit und Pflege der GVG unter dem Vorsitz von Andreas Storm am 1. Dezember 2016 beschlossen. Die Konstituierung der Facharbeitsgruppe erfolgte am 28. November 2017. In dieser konstituierenden Sitzung wurde einstimmig vereinbart, konkrete Projekte aus dem ländlichen Raum sowie der Zusammenarbeit der Sektoren, Strukturen und Professionen zu betrachten, die für die Erhaltung der Autonomie und Lebensqualität älterer Menschen zwingend notwendig sind.

Ebenfalls hat sich die Facharbeitsgruppe in ihrer ersten Sitzung darauf verständigt, anhand der ausgewählten Praxisbeispiele Erfolgs- und Hinderungsfaktoren herauszuarbeiten, die Selbstständigkeit im Alter begünstigen bzw. erschweren. Folgende Referentinnen und Referenten haben Projekte in der Facharbeitsgruppe vorgestellt bzw. Impulse gegeben:

- Rudolf Herweck, Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e.V., am 28.11.2017
- Günter Becker, Generationenhilfe Börderegion e.V., „Hand in Hand im Bördeland“, am 20.03.2018
- Antje Baselau, Fachstelle Altern und Pflege im Quartier im Land Brandenburg, am 20.03.2018
- Reinhard Streng, Erster Bürgermeister in Langenfeld, „Initiative Demenzfreundliche Kommune Mittelfranken“, am 28.06.2018
- Peter Schmitt, Erster Bürgermeister in Amorbach, „Odenwald-Allianz“, am 28.06.2018
- Ute Stern, solimed- Unternehmen Gesundheit, am 18.10.2018
- Christiane Viere, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, am 21.03.2019
- Professor Dr. Hildegard Schröteler-von Brandt, Universität Siegen, am 24.10.2019

Den Referentinnen und Referenten gilt der besondere Dank der Facharbeitsgruppe, denn ihre Vorträge und die sich daran anschließenden Diskussionen bilden die Grundlage dieses Berichts.

Der vorliegende Bericht soll Anregungen und konkrete Handlungsempfehlungen geben, um Rahmenbedingungen zu schaffen, die die Selbstständigeit und Selbstbestimmung im Alter verbessern. Deshalb wird eine Kooperation mit politischen Initiativen angestrebt. Gleichzeitig sollen aber auch Handlungsoptionen für die Akteure der Selbstversorgung aufgezeigt werden. Mit diesem Anspruch, Relevanz für die soziale Sicherung zu entfalten und im konkreten Fall die Versorgung älterer Menschen zu verbessern, steht der Bericht der Facharbeitsgruppe in der Tradition vorheriger Stellungnahmen der GVG, deren zentrales Ziel stets die Sicherstellung einer angemessenen, qualitätsgesicherten und nachhaltig finanzierten Gesundheitsversorgung ist.

Seit 1947 ist die GVG die Konsensplattform für Sozialpolitik in Deutschland. Mitglieder der GVG sind u.a. die gesetzlichen Sozialversicherungen, die privaten Kranken-, Pflege- und Lebensversicherungen, Leistungserbringer im Gesundheitswesen – also Ärztinnen und Ärzte, Krankenhäuser, Apotheken, Reha-Einrichtungen, nicht-ärztliche Medizinberufe, Pharmaindustrie und Hersteller von Medizintechnologie, weitere gesellschaftlich relevante Institutionen sowie Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler. All diese Akteure haben sich unter dem Dach der GVG auf das Leitbild verpflichtet, den Schutz vor zentralen Lebensrisiken zu gestalten.

Am Facharbeitsgruppenbericht „Versorgung in einer älter werdenden Gesellschaft" haben folgende in der GVG als Mitglieder organisierten Institutionen mitgewirkt:

Ärztekammer Nordrhein KdöR

BDA Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e.V.

Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V.

Compass private pflegeberatung GmbH

dbb beamtenbund und tarifunion

Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e.V.

Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK) e.V.

GKV-Spitzenverband KdöR

MEDIAN Unternehmensgruppe B.V. & Co. KG

PKV Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.

Arbeitgeberverband Pflege e.V.

Boehringer Ingelheim Pharma GmbH & Co. KG

BVMed-Bundesverband Medizintechnologie e.V.

D+B Rechtsanwälte Partnerschaft mdB

Debeka Krankenversicherungsverein a.G.

Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See KdöR

DHV-Die Berufsgewerkschaft e.V.

Hausengel Holding AG

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.

Verband der Ersatzkassen e.V.

An dem Bericht haben mitgewirkt:

Dr. Sibylle Angele, compass private pflegeberatung
Anouchka Ballast, GKV-SV
Andreas Besche, PKV
Oliver Blatt, vdek
Werner Bischoff, Knappschaft-Bahn-See
Juliane Bohl, Hausengel Holding
Uwe Eisner, Deutscher Verband für Physiotherapie
Manfred Gold, DHV
Dr. Ulrich Grau, D+B Rechtsanwälte
Isabell Halletz, Arbeitgeberverband Pflege
Alexandra Hagen-Freusberg, dbb
Vera Knieps, Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation
Daniel Konieczny, Debeka
Ulrich Langenberg, Ärztekammer Nordrhein
Dominik Naumann, BDA
Dr. Peter Pick, MDS
Juliane Pohl, BVMed
Benedikt Simon, MEDIAN
Dr. Jürgen Wolf, Boehringer Ingelheim

GVG GESELLSCHAFT
FÜR VERSICHERUNGSWISSENSCHAFT
UND -GESTALTUNG E.V.

Das Werk ist in allen seinen Teilen urheberrechtlich geschützt.
Jede Verwertung ist ohne Zustimmung der Herausgeberin unzulässig.
Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen,
Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung in und Verarbeitung
durch elektronische Systeme.

© 2020 Gesellschaft für Versicherungswissenschaft
und -gestaltung e.V. (GVG)
Reinhardtstraße 34
10117 Berlin

Koordination: Julian Baron von Kleist, GVG

Gestaltung: Kurtenbach, Köln, www.dk-copiloten.de
Druck: Druckhaus Süd GmbH, Köln

Printed in Germany