

Kurzfassung auf
den Seiten 10 und 11



BAGSO-Positionspapier zur Weiterentwicklung der Pflege

Einleitung

Im Jahr 2011 waren in Deutschland 2,5 Millionen Menschen pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI)¹. Hinzu kommen insgesamt etwa 150.000 Leistungsempfänger der Privaten Pflege-Pflichtversicherung². Prognosen gehen davon aus, dass die Zahl der pflegebedürftigen Menschen in der gesetzlichen Pflegeversicherung bis zum Jahr 2020 auf 2,9 Millionen ansteigt und sich bis zum Jahr 2050 auf 4,5 Millionen fast verdoppelt³.

Insgesamt werden mehr als zwei Drittel der pflegebedürftigen Menschen zu Hause versorgt, 30 Prozent in stationären Pflegeeinrichtungen. 1,2 Millionen Pflegebedürftige erhalten dabei ausschließlich Pflegegeld und werden allein durch ihnen nahestehende Personen gepflegt⁴. Etwa ein Drittel der pflegenden Angehörigen ist selbst bereits älter als 65 Jahre, die überwiegende Mehrheit der Pflegenden sind Frauen.

- 1 Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2011 Deutschlandergebnisse, S. 7.
- 2 Fünfter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Bundestags-Drucksache 17/8332, 2012, S. 30.
- 3 Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2010 Demografischer Wandel in Deutschland – Heft 2 Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern.
- 4 Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2011 Deutschlandergebnisse, S. 7.

Herausgeber

Bundesarbeitsgemeinschaft der
Senioren-Organisationen e.V.
(BAGSO)
Bonngasse 10
53111 Bonn

Tel.: 02 28 / 24 99 93 0
Fax: 02 28 / 24 99 93 20
E-Mail: kontakt@bagso.de
www.bagso.de

Die BAGSO vertritt über ihre
111 Mitgliedsorganisationen etwa
13 Millionen ältere Menschen in
Deutschland.

Weitere Informationen unter
www.bagso.de



Eine erheblich größere Zahl leistet Pflege und Unterstützung, bevor die Pflegeversicherung überhaupt greift, oder übernimmt Verantwortung für die Organisation der Pflege durch Dritte.

Die Pflege von Angehörigen ist mit vielfältigen Belastungen verbunden. Besonders bei länger andauernder Pflege geraten Angehörige – wenn sie nicht über ein funktionierendes und tragfähiges Netz an Unterstützung verfügen – häufig an ihre Grenzen, das hat oft Auswirkungen auf ihre eigenen sozialen Kontakte und ihre Gesundheit. Viele von ihnen üben gleichzeitig einen Beruf aus, nicht selten mit der Folge, dass sie durch die Mehrfachbelastung ihre eigene Gesundheit weiter gefährden. Die heute von vielen Arbeitnehmern geforderte Flexibilität und Mobilität stellen sie zudem vor besondere Herausforderungen bei der Organisation und Durchführung der Pflege. Dies zeigt, dass das Thema Pflege für viele Familien eine immer größere Herausforderung darstellt. Durch die seit Jahren rückgängigen Geburtenzahlen und das zu erwartende weitere Anwachsen der Zahl der pflegebedürftigen Menschen wird sich die Pflegeverantwortung zudem auf immer weniger Schultern verteilen.

Der demografische Wandel wirkt sich auch auf die Zahl professionell Pflegenden aus. Derzeit arbeiten knapp 300.000 Beschäftigte in ambulanten Pflegediensten und 660.000 Beschäftigte in Pflegeheimen, doch es ist absehbar, dass diese Zahlen dem steigenden Pflegebedarf in Zukunft nicht gerecht werden können⁵.

Zu diesen durch die demografische Entwicklung bedingten Herausforderungen kommt hinzu, dass im gegenwärtigen System der Unterstützung, Betreuung und Versorgung Pflegebedürftiger eine Reihe gravierender Schwachstellen festzustellen sind, die die Lage der pflegebedürftigen Menschen beeinträchtigen und auch die Situation der pflegenden Angehörigen sowie der professionellen Pflegekräfte betreffen. Vielfach wird vor einem Pflegenotstand gewarnt.

⁵ Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2011, Deutschlandergebnisse, S. 10 und 17.

Unsere Forderungen

Um diese Schwachstellen zu beseitigen und die Pflege zugleich zukunftsfest zu machen sowie einem Pflegenotstand vorzubeugen, hält die BAGSO weitreichende Maßnahmen, insbesondere eine grundlegende Reform der Pflegeversicherung und der Pflegestrukturen, für notwendig.

Im Einzelnen sind dies:

- Intensivierung von Gesundheitsförderung und Prävention S. 3
- Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und die Weiterentwicklung des Leistungsrechts S. 3
- Verbesserung der Situation pflegender Angehöriger und informell Hilfeleistender S. 5
- Verbesserung der Pflegestrukturen, insbesondere die Quartiersorientierung und qualifizierte Beratung S. 6
- Palliativ- und Hospizversorgung sowie besondere Versorgungskonzepte S. 8
- Sorge um professionelle Helfer S. 8

Grundsätze

Bei der Umsetzung dieser Maßnahmen sind aus Sicht der BAGSO folgende Grundsätze zu beachten:

- Bei der Pflege müssen die hilfe- und pflegebedürftigen Menschen im Mittelpunkt stehen. Ihre Würde und ihre Einzigartigkeit sind zu achten. Hilfe- und pflegebedürftige Menschen haben die gleichen Rechte auf Selbstbestimmung und Teilhabe an der Gesellschaft wie andere Menschen. Diese Rechte sind in der UN-Behindertenkonvention verbrieft und in der Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen konkretisiert. Es ist anzustreben, Barrierefreiheit in allen Lebensbereichen zu gewährleisten.
- Es müssen die Voraussetzungen dafür geschaffen werden, dass pflegebedürftige Menschen ein



möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes Leben in der Gesellschaft führen können. Dazu zählen neben den altersgerechten und barrierearmen Wohnbedingungen vor allem die notwendigen Hilfen zur Alltagsbewältigung sowie die pflegerischen und medizinischen Versorgungsstrukturen. Diese Leistungen müssen den ganzen Menschen im Blick haben, sie müssen aufeinander abgestimmt werden und Sicherheit bieten und sie müssen auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ausgerichtet sein.

- Die pflegerische Versorgung von Menschen mit besonderen Bedarfen muss stärker in den Blick genommen werden. Gender- und Kultursensibilität sind in allen Bereichen der Versorgung zu intensivieren. Dem Bedürfnis nach Kommunikation und Teilhabe muss deutlicher Rechnung getragen werden.
- Pflege ist eine gesellschaftliche Aufgabe, sie muss solidarisch und paritätisch finanziert werden. Die Pflegeversicherung muss dauerhaft auf eine solide finanzielle Grundlage gestellt werden.
- Wir brauchen gesetzliche Regelungen, die das Pflegerisiko gerade auch für Menschen mit geringem Einkommen finanziell absichern. Deshalb muss für die Finanzierung der Pflege ein gerechter und solidarischer Weg gefunden werden, der alle Bürgerinnen und Bürger entsprechend ihrer finanziellen Leistungsfähigkeit einbezieht, der die Lasten gerecht verteilt und die Bemessungsgrundlagen verbreitert.
- Die Leistungen der Pflegeversicherung sind entsprechend der wirtschaftlichen Entwicklung anzupassen und weiterzuentwickeln. Eine ganzheitliche soziale, medizinische und pflegerische Betreuung erfordert eine ausreichende Zahl an Fach- und Betreuungskräften und die Förderung des bürgerschaftlichen Engagements.
- Bei der Weiterentwicklung der Pflege sind die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen zu betei-

ligen. Dies erfordert entsprechende Mitwirkungsstrukturen auf Bundesebene und eine finanzielle Absicherung des damit verbundenen Organisationsaufwandes.

Die Forderungen im Einzelnen

1. Die Intensivierung von Gesundheitsförderung und Prävention

Der beste Weg, dem erwarteten Pflegebedarf zu begegnen und einem Pflegenotstand entgegenzuwirken, ist, Pflegebedürftigkeit so lange wie möglich zu vermeiden. Wir wissen, dass eine aktive individuelle Lebensführung, die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben, Gesundheitsförderung und Vorbeugemaßnahmen, adäquate medizinische Versorgung einschließlich Psychotherapie und Rehabilitation die Lebensqualität und den Gesundheitszustand älterer Menschen erheblich beeinflussen und damit auch dem Entstehen und der Zunahme von Pflegebedürftigkeit entgegenwirken. Gleichwohl wird noch nicht genug für Gesundheitsförderung und Prävention getan, ist der im SGB XI verankerte Grundsatz des Vorrangs von Rehabilitation vor Pflege wie auch des Postulats von Rehabilitation in der Pflege nach wie vor nicht hinreichend umgesetzt. Ebenso mangelt es an Rehabilitationsleistungen, die auf die Teilhabe pflegebedürftiger und von Pflegebedürftigkeit bedrohter Menschen am Leben in der Gesellschaft ausgerichtet sind.

Sowohl in verschiedenen Gutachten des Sachverständigenrats im Gesundheitswesen als auch in den Altenberichten der Bundesregierung ist eine Reihe von Empfehlungen zur Verbesserung der Gesundheit älterer Menschen enthalten. Gesundheitsziele.de hat ein Gesundheitsziel „Gesund älter werden“ erarbeitet. Auch die BAGSO hat in ihrem Positionspapier zur gesundheitlichen Versorgung vom 14.12.2010 Forderungen zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung älterer Menschen aufgestellt. In beiden Papieren wird appelliert, intensive Anstrengungen zu unternehmen, die Gesundheit älterer Menschen zu verbessern und Pflegebedürftigkeit vorzubeugen.



Gesundheitsförderung und Prävention gehen weit über das Gesundheitssystem hinaus. Sie zielen auf eine Vermeidung und Verringerung von Krankheiten oder Gesundheitsstörungen durch eine Verringerung von Belastungen und Risiken. Sie setzen außerdem bei der Stärkung der Gesundheitsressourcen an. Dies bezieht sich einerseits auf den einzelnen Menschen, der befähigt werden soll, sein Gesundheitspotenzial zu entfalten, andererseits auf Staat und Gesellschaft, die die Rahmenbedingungen für individuelle und umweltbezogene Gesundheitsförderung verbessern und nicht zuletzt die Einrichtungen im Gesundheitswesen neu orientieren sollen. Ziel ist es, die bestehende gesundheitliche Ungleichheit zwischen sozialen Gruppen zu verringern. Gesundheitsförderung und Prävention müssen als gesamtpolitisches Ziel auf die Tagesordnung gesetzt werden und sind als gesamtgesellschaftliche Aufgabe zu verstehen.

Dieses Konzept von Gesundheitsförderung und Prävention erfordert eine Politik, die die Teilhabe aller Menschen an den ökonomischen, sozialen und kulturellen Ressourcen ermöglicht und gesundheitliche Ungleichheit beseitigt.

Für eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik ist wichtig, dass sie

- die Kompetenzen der Menschen für ein gesundheitsbewusstes Verhalten verbessert
- die Selbsthilfe und informelle Hilfe fördert
- die Bürgerinnen und Bürger an der Gestaltung gesunder Lebensbedingungen beteiligt
- an krankmachenden Lebens- und Arbeitsbedingungen ansetzt
- eine Umweltgestaltung sicherstellt, die Prävention unterstützt, die außerhäusliche Mobilität fördert, Barrieren abbaut und damit einen Beitrag sowohl zur Sturzprophylaxe als auch zur sozialen Teilhabe und zum Schutz vor Vereinsamung leistet
- die lokale Ebene und Settings einbezieht und deren Akteure unterstützt und
- die Strukturen so gestaltet, dass die Umsetzung der gesetzlichen Regelungen in effizienter Weise gewährleistet wird.

Im Rahmen dieser Gesamtpolitik und zur Umsetzung der in Art. 25 b der UN-Behindertenrechtskonvention verankerten Verpflichtung, Gesundheitsleistungen anzubieten, die auch bei älteren Menschen weitere Behinderungen möglichst gering halten oder vermeiden sollen, hält die BAGSO ein Gesetz, das Prävention umfassend angeht und eine Begrenzung auf ein einseitig medizinisches Präventionsverständnis vermeidet, für notwendig. Neben einer Intensivierung der Prävention zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit sind auch eine Intensivierung der Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege dringlich. Es sind zielgruppenspezifische Konzepte erforderlich, die sich an ältere und insbesondere an hochaltrige Menschen – möglichst in ihrem jeweiligen Lebensumfeld – wenden. Die geriatrische Rehabilitation ist auszubauen. Dies gilt insbesondere für die ambulante mobile Rehabilitation. Es müssen Bedingungen dafür geschaffen werden, dass die Rehabilitationsleistungen auch angeboten werden, z.B. über eine angemessene Finanzierung, auch über den Gesundheitsfonds.

2. Die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und die Weiterentwicklung des Leistungsrechts

Die derzeit geltende Definition von Pflegebedürftigkeit fokussiert auf körperliche Beschwerden und benachteiligt Menschen mit kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen und Einschränkungen der Sinne. Daher fordert die BAGSO die dringende Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, der sich differenziert an der aktuellen Lebenslage der pflegebedürftigen Menschen orientieren und den Grad der Selbstständigkeit bei der Gestaltung des eigenen Lebens berücksichtigen soll. Dabei muss das neue Begutachtungsinstrument auch die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderung und von Migrantinnen und Migranten bei der Begutachtung und Versorgung besser abbilden. Erwartet wird, dass die Umsetzung der Empfehlungen des Beirates zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in dieser Legislaturperiode erfolgt.



Aus der Sicht der BAGSO sollten im Leistungsrecht des SGB XI nicht allein die traditionellen Wohn- oder Versorgungsformen (häuslich, ambulant oder stationär) über die Art der Leistung entscheiden. In den letzten Jahren haben sich Wohn- und Versorgungsformen nach den jeweils unterschiedlichen Bedarfen und Bedürfnissen der hilfe- und pflegebedürftigen Menschen entwickelt und häusliche ambulante und stationäre Hilfeleistungen vermischt, sodass eine Unterscheidung als überholt erscheint und leistungsrechtlich aufgehoben werden sollte. Stattdessen sollten Leistungen nach dem Grad der Selbstständigkeit und dem individuellen Bedarf unter Berücksichtigung des Rechts, eigene Entscheidungen zu treffen⁶, bemessen werden. In diesem Zusammenhang ist auch zu prüfen, ob die Regelungen über das Persönliche Budget (§ 35a SGB XI) ausgeweitet werden können.

Bei den Einstufungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen sollten Transparenz und Verlässlichkeit in die Sachbezogenheit der Entscheidung oberstes Ziel sein und nicht die Kassenlage der Kostenträger die Entscheidung beeinflussen. Das gilt auch für das Widerspruchsverfahren.

Für den Fall, dass Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen erfolgreich waren und zu einer Rückstufung in der Pflegestufe führen, müssen nennenswerte finanzielle Anreize bzw. Kompensationen vorgesehen werden, damit sich diese Anstrengungen in verstärktem Umfang lohnen.

Besonders dringlich ist, die Versorgungslücke zwischen Akutversorgung und Pflege zu schließen, da Pflegebedürftigkeit im Sinne des geltenden Pflegeversicherungsrechts eine voraussichtliche Mindestdauer von sechs Monaten erfordert. Um die Schnittstelle zwischen Kranken- und Pflegeversicherung sowie von Reha-Maßnahmen zu optimieren, sollte bei der Reform des Pflegebedürftigkeitsbegriffs auch der Tatbestand einer zeitlich befristeten Pflegebedürftigkeit Berücksichtigung finden.

Reformen im Pflegebereich müssen gleichzeitig mit gesetzlichen Reformen in anderen Sozialleistungsbereichen wie der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung nach SGB XII/SGB IX einhergehen. Hierbei ist eine bessere Verzahnung der jeweiligen Leistungen vorzusehen. Die Reformvorhaben müssen sich am Leitbild der Inklusion orientieren, das heißt, dass allen Menschen das gleiche Recht auf individuelle Entwicklung und soziale Teilhabe – ungeachtet ihrer persönlichen Unterstützungsbedürfnisse – zugesichert wird.

3. Die Verbesserung der Situation pflegender Angehöriger und informell Hilfeleistender

Die Pflege, die in Familien erbracht wird, muss eine stärkere Wertschätzung erfahren. Pflegende Angehörige entlasten den Staat und die Pflegeversicherung in erheblichem Umfang personell wie finanziell. Für Familienangehörige beinhaltet die Übernahme der Pflege aber häufig ein Armutsrisiko. Ein erhöhtes Pflegegeld und eine Aufwertung der Grundsicherung für längerfristig pflegende Angehörige würde die wirtschaftliche und persönliche Situation pflegender Familien verbessern. Für privat Pflegeversicherte müssen im Beitragsrecht Entlastungsmöglichkeiten vorgesehen werden, denn für sie laufen die Versicherungsbeiträge in voller Höhe weiter, auch wenn durch eine pflegebedingte Reduzierung der Arbeitszeit das Einkommen deutlich sinkt.

Damit pflegebedingte Berufsunterbrechungen oder Arbeitszeitreduzierungen nicht auch zu einem Risikofaktor für Armut im Alter werden, müssen die durch die Pflegekassen zu entrichtenden Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen angehoben werden. Auch pflegende Angehörige von Menschen mit einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz ohne Pflegestufe müssen einbezogen werden.

Die derzeitigen gesetzlichen Regelungen zur Pflegezeit und Familienpflegezeit sind kein geeignetes Mittel, um Beruf und Pflege besser vereinbaren zu können, da es bislang allein vom guten Willen des Arbeitgebers abhängt, Arbeitszeitmodelle zu entwi-

⁶ vgl. Art. 3 a Behindertenrechtskonvention



ckeln und umzusetzen, die in der Regel zudem mit erheblichen finanziellen Einbußen für die Pflegepersonen verbunden sind. Eine Reform der Sozialgesetze ist dringend notwendig, um zu einer längst fälligen gerechten Verteilung der Lasten und zu einem verbindlichen Rechtsanspruch auf bedarfsorientierte Pflegeleistungen zu gelangen.

Gleichzeitig ist der Einsatz der erprobten alltagsunterstützenden Assistenz-Systeme (AAL) zu fördern, auch hinsichtlich der Finanzierung der Kosten für die Anschaffung und den Betrieb. Diese können den Verlust eigener sozialer Kontakte durch die pflegebedingte Beanspruchung und den zeitlichen Aufwand für die Organisation der pflegerischen Versorgung kompensieren. AAL-Systeme ermöglichen aber auch den pflegebedürftigen Menschen mehr Selbstbestimmung, Selbstständigkeit und gesellschaftliche Teilhabe sowie die Kommunikation und gegenseitige Unterstützung, insbesondere dann, wenn ein Verlassen der eigenen Häuslichkeit nicht möglich ist. Darüber hinaus können mit ihrer Hilfe die Angehörigen über eine räumliche Distanz in die Unterstützung bei der Pflege mit einbezogen werden.

Unsere Gesellschaft kann es sich nicht leisten, dass pflegende Angehörige selbst pflegebedürftig werden. Pflege ist körperlich und seelisch äußerst anstrengend. Zu ihrer Entlastung müssen pflegende Angehörige einen unbürokratischen Zugang zu Beratung und Wissensvermittlung zur Erleichterung der Pflege sowie zu individuell festzulegenden Präventionsmaßnahmen und medizinischen Rehabilitationsangeboten haben. Die Möglichkeiten, Auszeiten von der Pflege zu nehmen, müssen durch den Ausbau von Kurzzeit- und Verhinderungspflege und von Tages- und Nachtpflege sowie durch die Möglichkeit der Kombination dieser Versorgungsangebote und die finanziellen Bedingungen für die Erweiterung der Angebote verbessert werden. Hausnotrufsysteme sowie Heil- und Hilfsmittel, z.B. Pflegebetten, müssen auch dann gewährt werden, wenn sie der Erleichterung der Pflege durch Angehörige dienen.

4. Die Verbesserung der Pflegestrukturen, insbesondere die Quartiersorientierung und qualifizierte Beratung

Um so lange wie möglich in der eigenen Häuslichkeit leben und dort versorgt werden zu können, muss über Möglichkeiten der Unterstützung und Pflege umfassend beraten werden. Die hierfür notwendige Beratung muss unternehmens- und kostenträgerunabhängig und multiprofessionell sein. Darüber hinaus muss sie die wohnortnahen Versorgungsangebote im Blick haben, damit die Menschen die Möglichkeit bekommen, in ihrer gewohnten Umgebung wohnen zu bleiben und dort ein möglichst selbstbestimmtes und selbstständiges Leben zu führen. Neben Informationen über barrierefreies Wohnen muss die Beratung auch ein evtl. notwendiges barrierefreies Umfeld berücksichtigen und die Möglichkeit, unabhängig von Pflegebedürftigkeit oder Behinderung an der Gestaltung des Umfelds mitwirken und mitbestimmen zu können.

Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung kommt auf die Kommunen eine wachsende Verantwortung für die aktive Gestaltung der sozialen Infrastruktur zu. Die Angebote sind an den individuellen Bedürfnissen und dem Selbstbestimmungsrecht der Betroffenen zu orientieren und in das sozialräumliche Umfeld einzubetten. Niedrigschwellige lokale und am Gemeinwesen orientierte Angebote sind zu stärken (z.B. Nachbarschaftshilfen, soziale Dienste, Beratungs- und Anlaufstellen). Die Leistungen der verschiedenen Leistungsträger nach den SGB V, IX, XI und XII sind einzubeziehen und aufeinander abzustimmen.

Das bedingt eine entsprechende Gestaltung rechtlicher und finanzieller Rahmenbedingungen. Da aufgrund des Teilkasko-Prinzips der Pflegeversicherung eine zunehmende finanzielle Belastung bei den kommunalen Sozialhilfekostenträgern liegt, müssen auch Konzepte für die Refinanzierung dieser Kosten auf Bundes- und Landesebene entwickelt werden. Die Kommunen werden das soziale, bauliche, verkehrstechnische, medizinische und pflegerische Umfeld im Quartier allerdings nur dann zur höchsten Wirkung entfalten können, wenn sie mehr Kompetenzen für



die Gestaltung der medizinischen und pflegerischen Strukturen sowie der Beratungs- und sonstigen Hilfsangebote, für ihre baulichen und verkehrstechnischen Planungsprozesse und für die Koordinierung von Versorgungsmaßnahmen im Einzelfall erhalten. Das betrifft z.B. die Bauleitplanung im Rahmen der städtebaulichen Entwicklung, die Planung von Hilfestrukturen und die Koordinierung der örtlichen Akteure, für die die Federführung bei den Kommunen liegen sollte. Die Trägervielfalt muss dabei erhalten bleiben.

Für die Sicherstellung der Unterstützung, Betreuung und Pflege müssen Konzepte für einen Hilfe-Mix entwickelt werden, die familiäre Betreuung, Sozialeistungen, bürgerschaftliches Engagement und bezahlbare haushaltsnahe Leistungen zusammenbringen. Das bürgerschaftliche Engagement im Bereich der Pflege ist mehr als bisher zu fördern, z.B. in Form angemessener Aufwandsentschädigungen und durch eine steuerliche Anerkennung des Engagements vergleichbar der Übungsleiterpauschale.

Für den stationären Bereich fordern wir seit Jahren, dass die medizinische, insbesondere die fachärztliche und zahnmedizinische, Versorgung in Pflegeheimen verbessert wird. Die seit 1.1.2014 für vollstationäre Einrichtungen geltende Pflicht, die Pflegekassen regelmäßig und unmittelbar über Regelungen zur ärztlichen Versorgung sowie zur Arzneimittelversorgung in den Einrichtungen zu unterrichten, ist ein Schritt in die richtige Richtung. Es sind jedoch Wege zu finden, die gesetzgeberisch vorgesehene Versorgung auch umzusetzen.

Die Verhinderung psychischer und physischer Gewalt in der häuslichen, ambulanten und stationären Pflege ist von großer Bedeutung, da diese einen erheblichen Eingriff in grundgesetzlich geschützte Rechte darstellt und das Selbstbestimmungsrecht der Betroffenen in der Regel ungerechtfertigt einschränkt. Die Notwendigkeit freiheitsentziehender Maßnahmen muss in jedem Einzelfall kritisch hinterfragt und alternative Maßnahmen müssen entwickelt werden. Ziel muss es sein, Fixierungen gänzlich abzuschaffen und Medikamente zur Ruhigstellung nur in rein kurativ gebotenen Fällen anzuwenden.

Die Pflege muss weiterhin ihren fachkompetenten Beitrag dazu leisten, Qualitätsstandards und verbindliche Verhaltensregelungen für den Umgang mit sturzgefährdeten Menschen und für die Beaufsichtigung unruhiger Pflegebedürftiger zu entwickeln, um die Verantwortlichen in Pflegeeinrichtungen und die dort Beschäftigten vor dem Vorwurf der fahrlässigen Gefährdung der Betroffenen zu schützen und ihnen Handlungssicherheit zu geben. Die Einrichtung von Ethikkommissionen sollte zur Unterstützung bei der Meinungsbildung und Entscheidungsfindung vor Ort zur Pflicht werden.

Die Zusammenarbeit und der Austausch der an der medizinischen und pflegerischen Versorgung beteiligten Gruppen müssen verbessert werden. In den Krankenhäusern sind ein Aufnahme- und Entlassungsmanagement⁷ zwingend vorzusehen und deren Umsetzung ist sicherzustellen. Der Informationsaustausch zwischen Krankenhaus und den informellen und professionellen Pflege- und Betreuungskräften ist zu verbessern, z.B. durch die Verwendung standardisierter Überleitungsbögen und die Benennung verantwortlicher Kontaktpersonen.

Die steigende Zahl älterer Migranten und ihres Anteils an den pflegebedürftigen Menschen hat Auswirkungen auf das Pflegesystem. Kultursensible Ansätze und die Entwicklung bedarfsgerechter Angebote für pflegebedürftige Migranten sowie für ihre Angehörigen sind gefragter denn je. Der Mehraufwand für die interkulturelle Öffnung der Pflegeeinrichtungen und für kultursensible Pflegeangebote darf nicht zu höheren Kosten für die Nutzerinnen und Nutzer führen.

Auch Personen, die nicht in der Pflegeversicherung abgesichert sind, müssen über das SGB XII angemessen versorgt werden. Insbesondere sind die durch das Pflege-neu-ausrichtungsgesetz 2008 im SGB XI vorgesehenen Leistungen für Demenzzranke (z.B. §45b SGB XI) auch im SGB XII anzuerkennen. Die Antragsverfahren bei den zuständigen Sozialhilfeträgern sind zu vereinfachen.

⁷ vgl. Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der Pflege“ des DNQP.



5. Die Palliativ- und Hospizversorgung sowie besondere Versorgungskonzepte

Die Themen Sterben und Tod beschäftigen und belasten die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen sehr. Daher sind Initiativen, die zu einer Enttabuisierung des Umgangs mit dem Sterben und dem Tod führen, zu begrüßen.

Die Palliativversorgung schwerstkranker und sterbender Menschen im ambulanten und stationären Bereich muss verbessert werden. Dazu gehört auch eine angemessene Schmerztherapie.

Die BAGSO fordert, dass sowohl die allgemeine als auch die spezialisierte Ambulante Palliativversorgung ausgebaut werden, damit die letzte Lebensphase in Würde erlebt werden kann. Pflegefachkräfte und -assistenten, Hausärzte und Vertreterinnen und Vertreter anderer Gesundheitsberufe müssen in der palliativen Betreuung geschult werden. Die ehrenamtliche Arbeit, insbesondere Besuchs- und Begleitdienste sowie ambulante Hospizdienste, müssen unterstützt und die psychosoziale Arbeit mit Angehörigen muss gefördert werden.

Die spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV) zielt darauf ab, dem Wunsch schwerstkranker Menschen zu entsprechen, möglichst in der eigenen häuslichen Umgebung zu verbleiben. Bisher wurden die Angebote überwiegend in städtischen Strukturen entwickelt. Die Leistungen müssen aber flächendeckend, vor allem auch in ländlichen Regionen, etabliert werden. Hierfür müssen die Rahmenbedingungen den besonderen Herausforderungen im ländlichen Raum angepasst werden (Bildung von Teams in Abhängigkeit zur Fläche des Versorgungsgebiets, kostendeckende Vergütung auch der Wege).

Differenzierte Spezialpflegekonzepte sollen weiterhin möglich sein und sowohl in Leistungs- als auch in Vergütungsvereinbarungen ihren Niederschlag finden.

6. Die Sorge um professionelle Helferinnen und Helfer

In Zukunft wird der Pflegeberuf noch mehr als bisher mit anderen attraktiven Ausbildungsberufen konkurrieren müssen. Allerdings machen die derzeitige Vergütung, die mangelnde Wertschätzung des Pflegeberufs, der Personalabbau, die gesundheitsbelastenden Arbeitsbedingungen und die Pflegeskandale den Beruf nicht attraktiv. Hier muss angesetzt werden, damit Bild und Ansehen des Pflegeberufs für junge Menschen und besonders für junge Männer verbessert werden. Außerdem sind berufsbegleitende Qualifizierungsmaßnahmen anzubieten, um Aufstiegsmöglichkeiten zu eröffnen. Es müssen auch interessante Qualifizierungsangebote für Menschen nach Beendigung der Familienphase entwickelt werden. Die Verfahren zur Anerkennung ausländischer Berufsabschlüsse müssen transparent, nachvollziehbar und praxisorientiert gestaltet sein.

Die BAGSO sieht die Situation in Bezug auf das Potenzial an professionellen Helfern als ernst an und fordert ein entschiedenes Handeln, um dem bereits eingetretenen Pflegenotstand entgegenzuwirken. Hierfür bieten sich unterschiedliche Wege an. Träger von Diensten und Einrichtungen müssen alle Anstrengungen unternehmen, das vorhandene Personal zu halten, Wiedereinsteiger zu unterstützen und neues Personal zu gewinnen. Dazu gehört es zu prüfen, ob und wie die verschiedenen Funktionen und Aufgaben in der pflegerischen Versorgung durch Fach- und Helferkräfte in multiprofessionellen Teams neu ausdifferenziert werden können. Dies könnte den Pflegeberuf zugleich attraktiver machen.

Verdienst, Aufstiegchancen, Weiterbildungsmöglichkeiten sind u.a. wichtige Gründe für eine Berufsentscheidung. Der Verdienst muss so bemessen sein, dass er den schweren Anforderungen entspricht und auskömmlich ist. Der Pflegeberuf wird die Konkurrenz mit anderen Ausbildungsberufen nur bestehen können, wenn Ausbildung und Umschulung gebührenfrei sind und darüber hinaus eine angemessene Ausbildungsvergütung gezahlt wird. Insbesondere die Umschulung muss dauerhaft voll finanziert werden.



Die geplante Zusammenführung der Pflegeberufe in einer generalistischen Pflegeausbildung mit gemeinsamer Grundausbildung von Krankenpflege, Kinderkrankenpflege und Altenpflege und anschließender Spezialisierungsphase könnte zu einer Attraktivitätssteigerung des Pflegeberufs führen. Hierbei muss jedoch sichergestellt werden, dass die Inhalte der Altenpflege in ausreichendem Umfang Berücksichtigung finden. Konzepte für verbundene und durchlässige Ausbildungen – auch berufsbegleitend – von Pflegehilfs- zu Pflegefachkräften und zu akademisch ausgebildeten Pflegekräften müssen erprobt und umgesetzt werden. Für Umschüler müssen eigene, auf die Umschulungssituation abgestimmte Ausbildungskonzepte entwickelt werden.

Die Leistungen der Pflegekräfte sollen bei den pflegebedürftigen Menschen ankommen. Im Interesse der Qualität der Pflege sind die Anforderungen an die Pflegedokumentation zu prüfen. Eine Entbürokratisierung der Pflege ist erforderlich, damit bei den Pflegekräften nicht der administrative Teil der Arbeit überwiegt. Um den bürokratischen Aufwand möglichst gering zu halten, ist die Zusammenarbeit zwischen den heimrechtlichen Beratungs- und Prüfstellen und dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen verbindlich zu regeln.

Schlusswort

Obwohl in Öffentlichkeit und Fachöffentlichkeit sowie in der Politik die hier angesprochenen Themen teilweise seit langem diskutiert werden und ein breiter Konsens hinsichtlich der Dringlichkeit der Weiterentwicklung der Pflege besteht, ist viel Zeit verstrichen, ohne dass man einer nachhaltigen Lösung näher gekommen ist. Die BAGSO appelliert an alle Verantwortlichen, im Interesse der Menschen, die Hilfe bedürfen, aber auch im Interesse einer vernünftigen Bewältigung des demografischen Wandels alsbald Schritte zur Lösung der angesprochenen drängenden Probleme zu ergreifen. Insbesondere muss die angekündigte Pflegereform in dieser Legislaturperiode erfolgen. Aber auch alle anderen Verantwortlichen im Bund, in den Ländern und in den Kommunen sowie bei den Leistungsträgern und Leistungserbringern sind aufgefordert, ihren Beitrag zur Verbesserung der Situation pflegebedürftiger Menschen und der sie Pflegenden zu leisten. ■

Dieses Positionspapier wurde von den Mitgliedern der verbandsübergreifenden Fachkommission „Gesundheit und Pflege“ erarbeitet und vom Vorstand der BAGSO e.V. im März 2014 verabschiedet.





Kurzfassung

Die BAGSO hält eine grundlegende Reform der Pflegeversicherung und der Pflegestrukturen für dringend erforderlich. Hierbei müssen die Belange der hilfe- und pflegebedürftigen Menschen im Mittelpunkt stehen und ihre Würde und ihre Individualität geachtet werden. Es sind die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass sie ein möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes Leben in der Gesellschaft führen können.

1. Die Intensivierung von Gesundheitsförderung und Prävention

Der richtige Weg, dem zu erwartenden Pflegebedarf zu begegnen und dem Pflegenotstand entgegenzuwirken, ist, Pflegebedürftigkeit so lange wie möglich zu vermeiden. Dafür sind zielgruppenspezifische Konzepte zur Gesundheitsförderung und Prävention erforderlich, die den älteren und hochaltrigen Menschen in ihrem jeweiligen Lebensumfeld, d.h. auch im Pflegeheim, zur Verfügung zu stellen sind.

2. Die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und die Weiterentwicklung des Leistungsrechts

Pflege ist eine gesellschaftliche Aufgabe, sie muss solidarisch und paritätisch finanziert werden. Die Leistungen der Pflegeversicherung sind der wirtschaftlichen Entwicklung anzupassen und weiterzuentwickeln.

Die BAGSO erwartet die Umsetzung der Empfehlungen des Beirates zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in dieser Legislaturperiode. Dieser muss sich an der aktuellen Lebenslage der pflegebedürftigen Menschen orientieren und den Grad ihrer Selbstständigkeit und ihrer individuellen Bedarfe unter Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechts bei der eigenen Lebensgestaltung berücksichtigen. Der Grundsatz der Inklusion muss auch hier beachtet werden.

Bei den Einstufungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen müssen Transparenz und Verlässlichkeit in die Sachbezogenheit der Entscheidung oberstes Ziel sein und nicht die Kassenlage der Kostenträger die Entscheidung beeinflussen.

Besonders dringlich ist, die Versorgungslücke zwischen Akutversorgung und Pflege zu schließen. Daher muss bei der Reform des Pflegebedürftigkeitsbegriffs auch eine zeitlich befristete Pflegebedürftigkeit Berücksichtigung finden.

3. Die Verbesserung der Situation pflegender Angehöriger und informell Hilfeleistender

Um die wirtschaftliche und persönliche Situation pflegender Familienmitglieder zu verbessern, fordert die BAGSO ein erhöhtes Pflegegeld und eine Aufwertung der Grundsicherung für längerfristig pflegende Angehörige. Die durch die Pflegekassen zu entrichtenden Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen müssen angehoben und auch Personen gewährt werden, die Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (derzeit noch ohne Pflegestufe) betreuen.

Unsere Gesellschaft kann es sich nicht leisten, dass pflegende Angehörige selbst pflegebedürftig werden. Daher muss ihnen ein unbürokratischer Zugang zu Beratung und Wissensvermittlung zur Erleichterung der Pflege sowie zu individuell festzulegenden Präventionsmaßnahmen und medizinischen Rehabilitationsangeboten zur Verfügung gestellt werden. Hausnotrufsysteme sowie Heil- und Hilfsmittel, z.B. Pflegebetten, müssen auch dann gewährt werden, wenn sie der Erleichterung der Pflege durch Angehörige dienen. Eine Reform der Regelungen zur Pflegezeit und Familienpflegezeit ist dringend geboten, um praxistaugliche Rahmenbedingungen zur Vereinbarkeit von Beruf und Pflege zu schaffen.



4. Die Verbesserung der Pflegestrukturen, insbesondere die Quartiersorientierung und qualifizierte Beratung

Für die Sicherstellung der Unterstützung, Betreuung und Pflege müssen Konzepte für einen Hilfe-Mix entwickelt werden, die familiäre Betreuung, professionelle Pflege, bezahlbare haushaltsnahe Leistungen und bürgerschaftliches Engagement zusammenbringen. Die Leistungen der verschiedenen Leistungsträger nach den SGB V, IX, XI und XII sind einzubeziehen und aufeinander abzustimmen. Pflegeberatung muss unternehmens- und kostenträgerunabhängig sowie multiprofessionell sein.

Die Zusammenarbeit und der Austausch der an der medizinischen und pflegerischen Versorgung beteiligten Gruppen müssen intensiviert werden. Die BAGSO fordert seit Jahren, dass die medizinische, insbesondere die fachärztliche und zahnmedizinische Versorgung in Pflegeheimen verbessert wird. In den Krankenhäusern sind ein Aufnahme- und Entlassungsmanagement zwingend vorzusehen und deren Umsetzung sicherzustellen.

Psychische und physische Gewalt in der häuslichen, ambulanten und stationären Pflege muss verhindert werden, indem entsprechende Gefahrenpotenziale transparent gemacht und Alternativen aufgezeigt werden.

Die steigende Zahl älterer Migranten erfordert vermehrt kultursensible Ansätze und die Entwicklung bedarfsgerechter Angebote für pflegebedürftige Migrantinnen und Migranten sowie für deren Angehörige. Personen, die nicht in der Pflegeversicherung abgesichert sind, müssen über das SGB XII angemessen versorgt werden. Insbesondere sind die im SGB XI vorgesehenen Leistungen für Demenzkranke (z. B. §45b SGB XI) auch im SGB XII anzuerkennen.

5. Die Palliativ- und Hospizversorgung sowie besondere Versorgungskonzepte

Die BAGSO fordert, dass sowohl die allgemeine als auch die spezialisierte ambulante Palliativ-

versorgung ausgebaut werden, damit die letzte Lebensphase in Würde gelebt werden kann. Initiativen, die zu einer Enttabuisierung des Umgangs mit dem Sterben und dem Tod führen, sind zu fördern.

6. Die Sorge um professionelle Helferinnen und Helfer

Um dem bereits eingetretenen Pflegenotstand entgegenzuwirken, fordert die BAGSO ein entschiedenes Handeln. Bild und Ansehen des Pflegeberufs müssen verbessert werden, die Wertschätzung muss sich auch in einer besseren Vergütung ausdrücken. Maßnahmen der Gesundheitsprävention für Pflegekräfte sind zu intensivieren. Die Arbeit der Pflegekräfte muss bei den pflegebedürftigen Menschen ankommen, eine Entbürokratisierung der Pflege ist daher dringend erforderlich.

Ausbildung und Umschulung müssen gebührenfrei sein und vergütet werden. Bei einer geplanten Zusammenführung der Pflegeberufe in einer generalistischen Pflegeausbildung müssen die Inhalte der Altenpflege in ausreichendem Umfang Berücksichtigung finden.

Schlusswort

Die BAGSO appelliert an alle Verantwortlichen, im Interesse der Menschen, die der Hilfe und Pflege bedürfen, und im Interesse einer verantwortungsbewussten Bewältigung der Herausforderungen des demografischen Wandels umgehend die gebotenen Schritte zur Lösung der angesprochenen drängenden Probleme zu ergreifen.

Bei dieser Pflegereform sind die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen zwingend zu beteiligen. Dies erfordert die Bereitstellung entsprechender Mitwirkungsstrukturen auf Bundesebene und eine finanzielle Absicherung des damit verbundenen Organisationsaufwandes. ■

Die 111 BAGSO Verbände (Stand: April 2014)

Ausführliche Informationen über die Verbände finden Sie unter www.bagso.de

1. Alevitische Gemeinde Deutschland
2. Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V. (AWO)
3. Arbeitsgemeinschaft Evangelische Krankenhaus-Hilfe e.V. (eKH)
4. Arbeitsgemeinschaft SPD 60 plus – Referat Generationenpolitik
5. Bayerisches SeniorenNetzForum (BSNF) e.V.
6. BDZ – Deutsche Zoll- und Finanzgewerkschaft - Ständiger Ausschuss „BDZ-Senioren“
7. BegegnungsCentrum Haus im Park der KörperStiftung
8. Betreuungswerk Post Postbank Telekom (BeW)
9. Bund Deutscher Amateurtheater e.V. - Bundesgeschäftsstelle (BDAT)
10. Bund Deutscher Forstleute (BDF) – Seniorenvertretung des BDF
11. Bund Deutscher Kriminalbeamter (bdk)
12. Bundesarbeitsgemeinschaft der Landesseniorenvertretungen e.V. (BAG LSV)
13. Bundesarbeitsgemeinschaft Senioren der Partei DIE LINKE
14. Bundesarbeitsgemeinschaft Seniorenbüros e.V. (BaS)
15. Bundesarbeitsgemeinschaft seniorTainerin (BAG sT)
16. Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungsanpassung e.V. – Verein zur Förderung des selbständigen Wohnens älterer und behinderter Menschen
17. Bundesarbeitskreis ARBEIT UND LEBEN – Arbeitskreis für die Bundesrepublik Deutschland e.V.
18. Bundesforum Katholische Seniorenarbeit (BfKS)
19. Bundesinteressenvertretung der Nutzerinnen und Nutzer von Wohn- und Betreuungsangeboten im Alter und bei Behinderung e.V. (BIVA)
20. Bundesselbsthilfeverband für Osteoporose e.V. (BfO)
21. Bundesverband der Katholiken in Wirtschaft und Verwaltung e.V. (KKV)
22. Bundesverband Gedächtnistraining e.V. (BVGT)
23. Bundesverband Geriatrie
24. Bundesverband Information & Beratung für NS-Verfolgte e.V.
25. Bundesverband Seniorentanz e.V. (BVST)
26. Bundesverband Seniorpartner in School e.V. (SiS)
27. Dachverband der Gerontologischen und Geriatrischen Gesellschaften Deutschlands e.V. (dvgg)
28. dbb beamtenbund und tarifunion
29. Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. – Selbsthilfe Demenz
30. Deutsche Evangelische Arbeitsgemeinschaft für Erwachsenenbildung e.V. (DEAE)
31. Deutsche Gesellschaft für AlterszahnMedizin e.V. (DGAZ)
32. Deutsche Gesellschaft für Hauswirtschaft e.V. (dgh)
33. Deutsche Gesellschaft für wissenschaftliche Weiterbildung und Fernstudium e.V. (DGWF) – Sektion „Bundesarbeitsgemeinschaft Wissenschaftliche Weiterbildung für ältere Erwachsene (BAG WiWA)“
34. Deutsche Landsenioren e.V. (DLS)
35. Deutsche Psychotherapeutenvereinigung e.V. (DPTV)
36. Deutsche Seniorenpresse Arbeitsgemeinschaft e.V. (dsp)
37. Deutsche Steuer-Gewerkschaft – Landesverband Nordrhein-Westfalen (DSTG)
38. Deutscher Akademikerinnenbund e.V. (DAB)
39. Deutscher Blinden- und Sehbehindertenverband e.V. (DBSV)
40. Deutscher Bridge-Verband e.V. (DBV)
41. Deutscher BundeswehrVerband e.V. (DBwV)
42. Deutscher Evangelischer Frauenbund e.V. (DEF)
43. Deutscher Evangelischer Verband für Altenarbeit und Pflege e.V. (DEVAP)
44. Deutscher Familienverband (DFV)
45. Deutscher Frauenrat (DF)
46. Deutscher Guttempler-Orden (I.O.G.T.) e.V.
47. Deutscher Olympischer Sportbund (DOSB)
48. Deutscher Schwerhörigenbund e.V. (DSB)
49. Deutscher Senioren Ring e.V. (DSR)
50. Deutscher Turner-Bund (DTB)
51. Deutscher Verein der Blinden und Sehbehinderten in Studium und Beruf e.V. (DVBS)
52. Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (dv)
53. Deutsches Sozialwerk e.V. (DSW)
54. DIE GRÜNEN ALTEN (GA)
55. DPoIG Bundespolizeigewerkschaft
56. Eisenbahn- und Verkehrsgewerkschaft (EVG)
57. EURAG-Deutschland Sektion im Bund und der älteren Generation Europas
58. Evangelische Arbeitsgemeinschaft für Altenarbeit in der EKD (EAFA)
59. Evangelisches Seniorenwerk – Bundesverband für Frauen und Männer im Ruhestand e.V. (ESW)
60. Familienbund der Katholiken Bundesverband e.V.
61. Forschungsinstitut Geragogik e.V. (FoGera)
62. FORUM Gemeinschaftliches Wohnen e.V., Bundesvereinigung (FGW)
63. Generationenbrücke Deutschland
64. Gesellschaft für Gehirntaining e.V. (GfG)
65. Gesellschaft für Prävention e.V. – gesund älter werden
66. Gewerkschaft der Polizei (GdP)-Seniorengruppe (Bund)
67. Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft – BundesSeniorenAusschuss (GEW)
68. Greenpeace e.V. Team50plus
69. Hartmannbund – Verband der Ärzte Deutschlands e.V. – Ausschuss für Altersfragen der Medizin des Hartmannbundes
70. HelpAge Deutschland e.V. – Aktion alte Menschen weltweit (HAD)
71. IG Metall
72. Industriegewerkschaft Bauen-Agrar-Umwelt (IG BAU)
73. Internationaler Bauorden – Deutscher Zweig e.V. – Verein „Senioren im Bauorden“ (IBO)
74. Katholische Arbeitnehmer-Bewegung Deutschlands e.V. (KAB)
75. Katholische Bundesarbeitsgemeinschaft für Erwachsenenbildung (KBE)
76. Katholische Frauengemeinschaft Deutschlands – Bundesverband e.V. (kfd)
77. Katholischer Deutscher Frauenbund e.V. (KDFB)
78. Kneipp-Bund e.V.
79. Kolpingwerk Deutschland gemeinnützige GmbH
80. komba gewerkschaft – Gewerkschaft für den Kommunal- und Landesdienst
81. Kommunikationsgewerkschaft DPV (DPVKOM)
82. KWA Kuratorium Wohnen im Alter gemeinnützige AG
83. Lange Aktiv Bleiben – Lebensabend-Bewegung (LAB)
84. Liberale Senioren LiS – Bundesverband
85. LIGA für Ältere e.V.
86. Memory Liga e.V. – Liga für Prägeriatrie
87. MISEROR – Aktionskreis „Eine-Welt-Arbeit im Dritten Lebensalter“
88. NATUR UND MEDIZIN e.V. – Fördergemeinschaft der Karl und Veronica Carstens-Stiftung
89. NaturFreunde Deutschlands e.V. – Verband für Umweltschutz, sanften Tourismus, Sport und Kultur
90. NAV-Virchow-Bund – Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e.V.
91. Netzwerk-Osteoporose e.V. – Organisation für Patienten-Kompetenz
92. Projekt 50 Bundesverband e.V. – Verein zur Förderung brachliegender Fähigkeiten
93. Senior Experten Service – Stiftung der Deutschen Wirtschaft für Internationale Zusammenarbeit GmbH (SES)
94. Senioren-Lernen-Online (SLO)
95. Senioren-Union der CDU Deutschlands
96. Senioren-Union der CSU
97. Seniorenvereinigung des Christlichen Jugenddorfwerkes Deutschlands e.V. (CJD)
98. Sozialverband Deutschland e.V. (SoVD)
99. Sozialverband VdK Deutschland e.V.
100. Sozialwerk Berlin e.V.
101. Unionhilfswerk Landesverband Berlin e.V.
102. Verband der Beamten der Bundeswehr e.V. (VBB)
103. Verband Wohneigentum e.V.
104. Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen
105. Verkehrsclub Deutschland e.V. (VCD)
106. Virtuelles und reales Lern- und Kompetenz-Netzwerk älterer Erwachsener (ViLE) e.V.
107. Volkssolidarität Bundesverband e.V. (VS)
108. VRRF Die Mediengewerkschaft
109. wir pflegen – Interessenvertretung begleitender Angehöriger und Freunde in Deutschland e.V.
110. wohnen im eigentum – die wohnigentümer e.V.
111. Zwischen Arbeit und Ruhestand – ZWAR e.V.