



# Positionspapier PFLEGE 2025

## Plädoyer der Evangelischen Heimstiftung für eine wirkliche Stärkung der Altenpflege in Deutschland

*Die Pflegestärkungsgesetze der letzten Jahre sind insgesamt zu schwach ausgefallen, weil sich an dem grundlegenden Strukturproblem der Unterfinanzierung und den viel zu hohen Kosten für die pflegebedürftigen Menschen nichts geändert hat. Die Altenpflege hat es verdient endlich aus der Armutsfalle geholt zu werden. Dazu bedarf es einiger weniger, aber entschlossener Schritte, die im **Positionspapier PFLEGE 2025** in drei Kapiteln beschrieben sind.*

### **Kapitel I – Umsetzung des Teilkaskoprinzips und Abbau der Sektorengrenzen**

Die „Blümsche Pflegeanteilversicherung“ aus dem Jahr 1995 muss zur „echten Pflegeanteilkaskoversicherung“ weiterentwickelt werden. Das bedeutet: Die Pflegekasse übernimmt alle notwendigen pflegebedingten Kosten und die Versicherten beteiligen sich daran mit einem gesetzlich festzulegenden Eigenanteil. Außerdem darf es bei Leistungen der Pflegeversicherung und bei der Behandlungspflege keinen Unterschied mehr geben zwischen ambulant und stationär. Damit könnte ein transparentes, einfaches und finanzierbares System geschaffen werden, das unabhängig von Lebensort und Lebensstil funktioniert.

### **Kapitel II – Ausbau der Pflegeinfrastruktur im Quartier als kommunale Pflichtaufgabe**

Den Kommunen kommt bei der pflegerischen Infrastruktur eine entscheidende gestaltende Funk-

tion zu, die ihnen als Pflichtaufgabe zu übertragen ist. Sie ist genauso ernst zu nehmen wie der Ausbau der Tagesbetreuung für Kinder. Die Länder müssen den pflegepolitischen Rahmen abstecken und über eine verbindliche Planung und Förderung auf kommunaler Ebene umsetzen. Dafür sollen die Einsparungen eingesetzt werden, die den Trägern der Sozialhilfe durch die Pflegeversicherung entstehen.

### **Kapitel III – Sicherstellung des Pflegefachkräftebedarfes**

Eine der entscheidenden Aufgaben, der sich Politik, Verbände und Unternehmen in den nächsten Jahren stellen müssen, ist die Sicherung der erforderlichen Anzahl an Fachkräften für die Pflege. Dazu gehören bessere Rahmenbedingungen für mehr gesellschaftliche Anerkennung, mehr Personal, mehr Fachkräfte, bessere Ausbildung und bessere Bezahlung.



## Kapitel I

# Umsetzung des Teilkaskoprinzips und Abbau der Sektorengrenzen

In den 20 Jahren seit Einführung der Pflegeversicherung hat es mit dem Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz (2002) dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (2008), dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz (2012) sowie dem Ersten Pflegestärkungsgesetz (PSG I) ab 2015 und dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II) zahlreiche Änderungen und Reformbemühungen gegeben.

Mit dem PSG II wurden ab 1. Januar 2016 langjährige Forderungen an den Pflegebedürftigkeitsbegriff und das Begutachtungsassessment erfüllt. Man muss anerkennen, dass die ungleiche Behandlung von Menschen mit demenziellen Einschränkungen beendet und die Versicherungsleistungen im ambulanten und teilstationären Bereich verbessert worden sind. Eine Analyse des PSG II zeigt tatsächlich eine Erhöhung der SGB XI Leistung und eine Reduzierung des Eigenanteils der Bewohner. Auch der einheitliche Zuzahlungsbetrag ist grundsätzlich eine gute Idee. Trotzdem gibt es noch erhebliche Ungerechtigkeiten, weil

- Bewohner mit niedrigem Pflegegrad überproportional belastet werden.
- Bewohner in Einrichtungen mit höheren Personalschlüsseln und höheren Tarifverträgen (AVR oder TVöD) höhere Eigenanteile bezahlen müssen.
- Einrichtungen, die tariftreu sind und wegen guter Bezahlung und guten Rahmenbedingungen höhere Kosten haben, im Markt benachteiligt sind.
- Leistungsverbesserungen, wie z. B. das Hospiz- und Palliativgesetz, die Heimpersonalverordnung in Baden-Württemberg oder die Erhöhung der Personalschlüssel, voll zu Lasten der Bewohner oder der Kommunen als Träger der Sozialhilfe gehen.

- Bewohner immer noch durchschnittlich rund 2.200 Euro monatlich aus der eigenen Tasche bezahlen müssen. Das können sich viele Menschen nicht leisten.

Die Pflege steckt also nach wie vor in der Armutsfalle. Mehr als ein Drittel der Pflegebedürftigen sind auf Sozialhilfe angewiesen – Tendenz steigend. Es ist ungerecht, dass mit der Pflegebedürftigkeit das Armutsrisiko dramatisch steigt.

### Teilkaskoprinzip im SGB XI konsequent umsetzen

Solange die Pflegeversicherten die Rechnung bezahlen müssen und von der Pflegekasse dafür nur einen festgeschriebenen Anteil erhalten, müssen die Betroffenen jede Kostensteigerung und das volle finanzielle Risiko selbst tragen. Das ist ungerecht. Teilkasko funktioniert genau deshalb anders herum: Die Versicherung bezahlt die Rechnung und der Versicherte zahlt einen festen Eigenanteil. Dieses Prinzip, das in der Krankenversicherung genauso gilt wie bei der Haftpflichtversicherung, muss endlich auch auf die Pflegeversicherung übertragen werden.

Wer eine echte Verbesserung für Pflegebedürftige und Pflegenden will, muss die Pflegeversicherung mit den nächsten Pflegestärkungsgesetzen strukturell so verändern, dass die pflegebedingten Kosten für alle Pflegebedürftigen finanzierbar sind und zwar unabhängig davon, ob sie nun zu Hause, im Betreuten Wohnen oder in einem Pflegeheim leben. Eigentlich ist es ganz einfach:

- Die Pflegekasse übernimmt nach dem Sachleistungsprinzip gegenüber Pflegeheim oder Pflegedienst die notwendigen pflegebedingten



Kosten vollständig und berechnet den Versicherten einen Eigenanteil an den Pflegekosten. Dieser ist gesetzlich festzulegen und könnte z. B. wie bei einem Krankenhausaufenthalt 10 Euro je Tag bzw. 300 Euro im Monat betragen (Teilkaskoprinzip).

- Die Versicherten übernehmen den gesetzlichen Eigenanteil an den Pflegekosten sowie alle Haushaltskosten, die für Unterkunft, Verpflegung und Miete entstehen und die je nach Lebensort und Lebensstil in der eigenen Wohnung, im Betreuten Wohnen oder im Pflegeheim unterschiedlich hoch ausfallen.

Verschiedene Musterrechnungen zeigen, dass mit dem echten Teilkaskoprinzip der Rechnungsbetrag der Pflegebedürftigen mit rund 1.200 Euro bis 1.600 Euro unabhängig von der Pflegebedürftigkeit gleich hoch bleibt und damit in der Regel auch finanzierbar sein dürfte. Er würde sich zukünftig nur ändern, wenn der gesetzliche Eigenanteil angepasst wird oder die Haushaltskosten steigen. *(Siehe Grafik unten)*

Mit diesem Paradigmenwechsel werden die Verhältnisse im SGB XI richtig gerückt. Kostensteigerungen, die auf Bundesebene durch das Hospiz- und Palliativgesetz oder das angekündigte Personalbemessungssystem zu erwarten sind, werden zukünftig durch die Pflegekasse finanziert. Das gilt auch für Mehrkosten, die auf Landesebene, z. B. durch höhere Personalschlüssel nach den Landesrahmen-

verträgen oder die Umsetzung der Personalverordnungen sowie durch Tarifbindung und die bessere Bezahlung von Pflegefachkräften, entstehen. Pflegebedürftige, Angehörige und die Kommunen als Sozialhilfeträger werden deutlich entlastet.

### Sektorengrenzen konsequent abbauen

Die Verankerung des Teilkaskoprinzips im SGB XI führt auch zu der seit vielen Jahren geforderten Aufhebung der Sektorengrenzen zwischen ambulanter, teilstationärer oder stationärer Versorgung. Die unterschiedlichen Leistungsbeträge können entfallen, weil die notwendigen Pflegekosten von der Pflegekasse übernommen und ein einheitlicher täglicher Zuzahlungsbetrag an die Pflegekasse zu entrichten ist. Damit ist es für die Leistungsgewährung der Pflegekasse völlig unerheblich, wo der Pflegebedürftige lebt.

Dazu muss allerdings mit der Zuordnung der Behandlungspflege zur Krankenkasse ein Webfehler der Pflegeversicherung korrigiert werden, der seit vielen Jahren die notwendige grundlegende Neuausrichtung der Pflege verhindert. Es ist sozialpolitisch nicht zu rechtfertigen und mit dem Gleichheitsgrundsatz nicht zu vereinbaren, wenn mit dem Einzug in eine stationäre Einrichtung die Behandlungspflege aus der Pflegekasse finanziert wird, während in der Häuslichkeit die Krankenkasse für diese Leistungen aufkommt.

Beispiel für eine Berechnung nach dem echten Teilkaskoprinzip

Musterrechnung – Pflegegrad 3	Kosten Pflegeheim		Rechnung Pflegekasse		Rechnung Bewohner	
	Tag	Monat	Tag	Monat	Tag	Monat
Pflegevergütung	70 €	2.100 €	60 €	1.800 €	10 €	300 €
Unterkunft und Verpflegung	24 €	720 €	0 €	0 €	24 €	720 €
Miete bzw. Investitionskostenanteil	20 €	600 €	0 €	0 €	20 €	600 €
<b>Summe</b>	<b>114 €</b>	<b>3.420 €</b>	<b>60 €</b>	<b>1.800 €</b>	<b>54 €</b>	<b>1.620 €</b>



### Finanzierung sicherstellen

Mit dem echten Teilkaskoprinzip, dem Fall der Sektorengrenzen und der einheitlichen Zuordnung der Behandlungspflege zur Krankenkasse kann ein klares und einfaches Pflegesystem entstehen, das in jedem Pflegearrangement funktioniert.

- Die Pflegeversicherung übernimmt die notwendigen Pflegekosten nach SGB XI
- Die Krankenversicherung trägt die erforderlichen Behandlungskosten nach SGB V
- Die Versicherten bezahlen die Kosten für ihre individuelle Haushaltsführung und Betreuung sowie den gesetzlichen Eigenanteil für SGB XI und SGB V Leistungen.

Mit diesen Grundsätzen kann auch der finanzielle Spielraum geschaffen werden, den die Pflegeversicherung dringend für ihre „Kernleistung Pflege“ benötigt. Zur Finanzierung können auch Einspa-

rungen im bestehenden System genutzt werden. Dafür muss der in den letzten Jahren entstandene, schwer durchschaubare Wildwuchs unterschiedlichster stationärer, teilstationärer und ambulanter Leistungen im SGB XI gelichtet werden. Im Dschungel von Kombinationsleistungen, Leistungspaketen, Entlastungs- und Betreuungsleistungen, Geld- und Sachleistungen werden zu viel Ressourcen gebunden, die in einem überschaubaren Teilkaskoprinzip zielgerichteter eingesetzt werden könnten.

Sollte die echte Teilkaskoversicherung mit Umstrukturierung und Eigenanteil allein nicht finanzierbar sein, wäre auch eine moderate Anhebung des Beitragssatzes zur Pflegeversicherung vertretbar.

Mit dem Paradigmenwechsel und einer echten Stärkung der Altenpflege wird es möglich, die Pflegebedürftigkeit als Armutsrisiko Nr. 1 abzulösen.

## Kapitel II

### Ausbau der Pflegeinfrastruktur im Quartier als kommunale Pflichtaufgabe

Mit dem beschriebenen Teilkaskoprinzip werden nicht nur die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen entlastet, sondern auch die Kommunen als Sozialhilfeträger. Damit eröffnet sich für Gemeinden, Städte und Landkreise der finanzielle Spielraum, sich nicht nur planerisch, sondern auch mit einer aktiven Förderpolitik für eine zukunftsfähige Pflegeinfrastruktur zu engagieren.

Ein Blick in die Pflegestatistiken zeigt, dass dies in den meisten Bundesländern auch bitter nötig ist. Bundesweit ist bis 2030 mit einem Anstieg der Pflegebedürftigen um 35 Prozent auf 3,5 Millionen

zu rechnen. Auch zukünftig werden zwei Drittel der Pflegebedürftigen zu Hause und dort überwiegend von Angehörigen und Pflegediensten versorgt. Allein in Baden-Württemberg wird nach den Veröffentlichungen des Statistischen Landesamtes die Anzahl der Pflegebedürftigen bis zum Jahr 2030 um 37 Prozent auf rund 381.000 zunehmen<sup>(1)</sup>. Die Erfahrung zeigt, dass mit höherer Pflegebedürftigkeit und durch die zunehmenden dementiellen Erkrankungen der Bedarf an professioneller Hilfe in stationären Einrichtungen zunimmt. Das bestätigt auch die Pflegestatistik: In der Vorausberechnung nach Art der Pflege wird deutlich, dass in Baden-



Württemberg eine überproportionale Zunahme vollstationär gepflegter Personen um 47 Prozent auf rund 129.000 im Jahr 2030 zu erwarten ist<sup>(1)</sup>.

Je nachdem, welche statistischen Annahmen bei der Bevölkerungsentwicklung zu Grunde gelegt werden und von welchen Annahmen bei der Umsetzung der Einzelzimmerquote bis September 2019 ausgegangen wird, ist allein in Baden-Württemberg mit einem zusätzlichen Bedarf von bis zu 50.000 Pflegeplätzen bis 2030 zu rechnen. Für einen Pflegeheimplatz muss mit einer Investitionssumme von 120.000 Euro gerechnet werden und zwar unabhängig davon, ob er als ein klassisches stationäres Haus oder als ambulant betreute Wohngemeinschaft errichtet wird. Das bedeutet ein gewaltiges Investitionsvolumen, das nur in gemeinsamer Verantwortung im Rahmen einer aktiven Pflegestrategie von Land, Kommunen, Pflegeheimträgern und Betroffenenverbänden bewältigt werden kann.

### **Pflegeförderprogramme auflegen**

Die Länder sind nach § 9 SGB XI „verantwortlich für die Vorhaltung einer zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen, pflegerischen Versorgungsstruktur“. Diese Regelung reicht jedoch nicht aus. Im Pflegestärkungsgesetz III muss sie deshalb als Pflichtaufgabe formuliert werden. Erst damit wird den Kommunen die entscheidende, gestaltende Funktion bei der Pflegeinfrastruktur zugeschrieben. Dazu bedarf es eines wirksamen Steuerungsinstrumentes, das nur mit einem entsprechenden Pflegeförderprogramm funktionieren wird. Dafür sollen Einsparungen eingesetzt werden, die aus den zusätzlichen Leistungen der Pflegeversicherung zu erwarten sind. Die Investitionsförderung führt zu einer Reduzierung der Heimentgelte in geförderten Einrichtungen und damit auch zu einer spürbaren Entlastung von Bewohnern und Angehörigen.

Über das Förderprogramm kann gewährleistet werden, dass neue, wohnortnahe Einrichtungen der 5. Generation oder Betreute Wohnungen mit flexiblen Leistungsangeboten entstehen, deren Größe und Ausgestaltung sich am örtlichen Bedarf und den Rahmenbedingungen des Quartiers orientieren. Auch der Ausbau von neuen Wohnformen kann über eine entsprechend hohe Förderquote beschleunigt werden. Jede Betreute Wohnung für Senioren entlastet den Wohnungsmarkt und macht Wohnraum frei für junge Familien.

Das Verfahren für das Pflegeförderprogramm muss transparent, nach objektiven qualitativen Kriterien organisiert sein und sicherstellen, dass Investitionen nicht behindert, sondern ohne bürokratische Hürden zeitnah ermöglicht werden.

### **Investitionskosten refinanzieren**

Der größere Anteil der Investitionen und damit das Investitionsrisiko werden auch bei einer Landesförderung weiterhin von den Pflegeunternehmen zu tragen sein. Dafür benötigen sie verlässliche Rahmenbedingungen und Verfahren zur Abstimmung der Investitionskostenanteile nach § 82 SGB XI. Das gilt für neue Häuser, aber auch für bestehende geförderte und nicht geförderte Einrichtungen.

### **Die Zukunft der Pflege liegt im Sozialraum**

In welche Richtung sich die Pflegeinfrastruktur entwickeln muss, haben bereits 2013 das Kuratorium Deutsche Altershilfe und die Friedrich-Ebert-Stiftung in einem Gesamtkonzept „Gute Pflege vor Ort“ aufgezeigt und zu einem nationalen Dialog unter Beteiligung der Länder und Kommunen aufgefordert<sup>(2)</sup>. Bereits heute gibt es rund 13.030 Pflegeeinrichtungen in Deutschland – Tendenz steigend<sup>(3)</sup>. Diese Infrastruktur kann ausgebaut und besser genutzt werden, wenn durch die Umsetzung

des Pfl egeteilkaskoprinzips auf Bundesebene die Trennlinien zwischen ambulant und stationär aufgehoben sind.

Die Einrichtungen und Dienste der Evangelischen Heimstiftung wollen sich ohne bürokratische Hemmnisse in ihrem städtischen Quartier oder der dörflichen Gemeinschaft als Zentren der vernetzten Versorgung vor Ort etablieren. Sie wollen Verantwortung für das Gemeinwesen übernehmen und auch andere soziale oder kulturelle Angebote wie Kindertageseinrichtungen, Vereins- oder Initiativräume, Gewerberäume oder Praxen für Ärzte und Therapeuten in ihr Leistungsspektrum einschließen.

### Kapitel III

## Sicherstellung des Pflegefachkräftebedarfes

Die Sicherung der erforderlichen Anzahl an Fachkräften für die Pflege ist eine der entscheidenden Aufgaben, der sich Politik, Verbände und Unternehmen in den nächsten Jahren stellen müssen. Das Statistische Landesamt hat prognostiziert, dass sich allein in Baden-Württemberg bis 2030 der Bedarf an Pflegekräften von 115.530 Beschäftigten im Jahr 2011 um 45 Prozent erhöht und somit bei rund 168.000 Personen läge<sup>(4)</sup>. Bundesweit wird von einem ungedeckten Bedarf an ausgebildeten Pflegekräften von bis 214.000 Pflegevollkräften bis zum Jahr 2025 ausgegangen<sup>(5)</sup>.

Seit Jahren überbieten sich Politik, Gewerkschaften und Verbände mit Forderungen, wie der Pflegeberuf attraktiver zu machen und der Bedarf an Pflegefachkräften zu decken ist. Sie reichen von der Anhebung des Pflegemindestlohnes über die bessere Bezahlung, die verbindliche Anerkennung von

### Quartiersmanagement aktiv fördern

Die Beratung der Betroffenen und die verbindliche Kooperation der Sozialleistungsträger ist quartiersbezogen sicherzustellen. Die Koordinierung der örtlichen Akteure, wie Kostenträger, Leistungserbringer, Dienstleistungs- und Beratungsunternehmen oder bürgerschaftlich engagierte Gruppen, erfordert wegen des örtlichen Bezuges eine kommunale Federführung. Dazu bedarf es einer entsprechenden Finanzausstattung der Kommunen, die im Sinne der Subsidiarität diese Leistungen delegieren sollen, z. B. an Quartiersmanager, die in Pflegeheimen oder Mobilien Diensten angesiedelt sind.

Tarifen bei Pflegesatzverhandlungen bis hin zu Forderungen nach einem allgemeingültigen Flächentarifvertrag Soziales. Alle diese wohlgemeinten Vorschläge scheitern aber daran, dass sie letztlich von den Pflegebedürftigen selbst oder den Sozialhilfeträgern zu finanzieren und damit am Markt nicht oder nur sehr schwer durchzusetzen sind.

Mit der konsequenten Umsetzung des Teilkaskoprinzips im SGB XI kann dieses Problem gelöst werden, weil es wie bei der Rentenversicherung oder der Krankenversicherung eine Korrelation zwischen den sozialpolitischen Forderungen und der Finanzierung gibt. Eine Tarifierhöhung, mehr Pflegepersonal oder eine bessere palliative Betreuung muss nicht mehr unmittelbar und ausschließlich vom einzelnen Pflegebedürftigen (oder dem Sozialhilfeträger) bezahlt werden. Die Mehrkosten werden von der Solidargemeinschaft aller Pflegeversicherten



über den Versicherungsbeitrag und die Eigenanteile getragen. Auf dieser Finanzierungsgrundlage kann eine bundesweite Verbesserung der Rahmenbedingungen für Pflegenden gelingen.

### **Mehr Zeit für gute Pflege**

Im Mittelpunkt der Pflege steht der Mensch. Gute und würdevolle Pflege hat seinen Bedürfnissen nach Zuwendung, Teilhabe, körperlicher Unversehrtheit, Spiritualität, Selbstbestimmung und Selbstachtung Rechnung zu tragen. Dazu müssen Pflegenden mehr Zeit und Fachlichkeit haben. Das vage Versprechen im PSG II, ein einheitliches Personalbemessungssystem in Deutschland etablieren zu wollen, ist völlig unzureichend und darüber hinaus auch gefährlich, weil es die erreichten höheren Standards in einigen Bundesländern in Frage stellen wird. Die Pflege kann nicht jahrelang auf ein neues System warten, sondern braucht kurzfristig mehr qualifiziertes Personal.

### **Pflegepersonal gewinnen und binden**

Altenpflege ist ein bereichernder, sinnstiftender und schöner Beruf, der jedem interessierten Berufs- oder Quereinsteiger einen sicheren Arbeitsplatz und zahlreiche Aufstiegs- und Qualifizierungsmöglich-

keiten bietet. Mit dem Pflegeberufereformgesetz und der generalistischen Ausbildung wird der Pflegeberuf attraktiver. Trotzdem sind weitere Anstrengungen nötig.

- Mehr gesellschaftliche Anerkennung erreichen sowie eine deutlich bessere Bezahlung und attraktivere Arbeitsbedingungen in der Pflege umsetzen
- Qualifizierungsangebote und Maßnahmen zur Erhaltung der Arbeitsfähigkeit und der Gesundheit in den Pflegeberufen fördern
- Ausbildungsmodelle und modulare Qualifizierungswege schaffen, um allen an der Pflege interessierten Menschen in Deutschland den Zugang zur Pflege zu ebnen
- Preisgünstigen, geförderten Wohnraum im Quartier zur Verfügung stellen und Kinderbetreuungangebote speziell für die Arbeitszeiten der Pflegekräfte anbieten
- Anwerbe- und Ausbildungsprogramme für Menschen mit Migrationshintergrund aus europäischen und außereuropäischen Ländern fördern
- Die Anerkennungsverfahren für ausländische Pflegefachkräfte beschleunigen und vereinfachen

---

<sup>(1)</sup> Quelle: Statistisches Landesamt – Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg 6/2015

<sup>(2)</sup> Quelle: WISO Diskurs – Gute Pflege vor Ort; Kuratorium Deutsche Altershilfe und Friedrich-Ebert-Stiftung; August 2013

<sup>(3)</sup> Quelle: Statistisches Bundesamt 12/2013 – Pflegeeinrichtungen in Deutschland

<sup>(4)</sup> Quelle: Pflege im Spannungsfeld einer alternden Gesellschaft – Ergebnisse der Pflegestatistik 2013; Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg 6/2015

<sup>(5)</sup> Quelle: Statistisches Bundesamt, Wirtschaft und Statistik 11/2010: „Projektionen des Personalbedarfs und -angebots in Pflegeberufen bis 2025“



## FAZIT

Die Evangelische Heimstiftung anerkennt ausdrücklich die Erfolge und die Verbesserungen, die von der Großen Koalition, insbesondere durch die Pflegestärkungsgesetze, erzielt wurden. Es ist der politische Wille erkennbar, eines der drängendsten gesellschaftlichen Themenfelder aktiv und lösungsorientiert anzupacken.

Den bevorstehenden Herausforderungen muss aber mit einer grundlegenden Reform, einer langfristigen Strategie und einem mutigen Jahrzehnt der Pflege begegnet werden. Die wesentlichen Bausteine sind in diesem Positionspapier mit der konsequenten Umsetzung des Teilkaskoprinzips, dem Abbau der Sektorengrenzen, dem verbindlichen Ausbau sowie der Förderung einer zukunftsfähigen Pflegeinfrastruktur und der Sicherstellung des Pflegefachkräftebedarfes beschrieben.

### Ansprechpartner:

Bernhard Schneider, Hauptgeschäftsführer  
Evangelische Heimstiftung  
Hackstraße 12 · 70190 Stuttgart  
b.schneider@ev-heimstiftung.de

Unsere Gesellschaft ist der Generation, auf die sich unser Wohlstand gründet, eine gute und sichere Pflege schuldig, die nicht in der Armutsfalle endet.

Die Evangelische Heimstiftung wendet sich mit ihrem **Positionspapier PFLEGE 2025** an alle politischen Ebenen im Bund, in den Ländern und den Kommunen sowie an alle gesellschaftlichen Gruppen, die sich einer Stärkung der Altenpflege in Deutschland verpflichtet fühlen. Wir bitten darum in einen offenen Diskurs einzutreten und sich nach Kräften für die Realisierung unserer Forderungen für eine echte Stärkung der Pflege einzusetzen.

Stuttgart, den 1. Februar 2016

Bernhard Schneider  
Hauptgeschäftsführer

*Gute Pflege hat einen Namen – Evangelische Heimstiftung (EHS). Wir sind Mitglied im Diakonischen Werk und betreiben als gemeinnütziges Unternehmen 83 Pflegeheime, eine Rehaklinik und eine Einrichtung für Menschen mit Behinderungen sowie Mobile Dienste und zahlreiche Betreute Wohnungen. Insgesamt betreuen wir mit 7.500 Beschäftigten 10.700 Menschen in Baden-Württemberg.*

*„In ihren Einrichtungen und Diensten nimmt die Evangelische Heimstiftung den diakonischen Auftrag der Kirche wahr und gewährleistet dabei die Ausgewogenheit von Kundenzufriedenheit, Mitarbeiterzufriedenheit und Wirtschaftlichkeit.“ Diesem Grundsatzziel versuchen wir in unseren Einrichtungen gerecht zu werden. Dabei wollen wir in enger Zusammenarbeit mit Kommunen, Kirchengemeinden und allen örtlichen Partnern bedarfsgerechte Pflege- und Betreuungsangebote entwickeln, die sich an den Bedürfnissen und Lebenslagen alter und pflegebedürftiger Menschen orientieren.*