



MENSCHEN WÜRDIG PFLEGEN?

DAS RECHT AUF QUALIFIZIERTE PFLEGE

EINE DISKUSSIONSSCHRIFT

HANDREICHUNG ZUR POLITISCHEN BILDUNG
BAND 10

Tanja Segmüller | Angelika Zegelin
Franz Wagner | Christel Bienstein



ISBN 978-3-944015-36-1

Die vorliegende Publikation resultiert aus der Veranstaltung „Menschen würdig pflegen – wohin führt uns die zunehmende Rationierung?“ der Konrad-Adenauer-Stiftung in Zusammenarbeit mit dem Department für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke und dem Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) am 27./28. Oktober 2011.



Das Werk ist in allen seinen Teilen urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung der Konrad-Adenauer-Stiftung e.V. unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung in und Verarbeitung durch elektronische Systeme.

© 2012, Konrad-Adenauer-Stiftung e.V., Sankt Augustin/Berlin

Umschlagfoto: © Alexander Raths – fotolia.com
Fotos Innenteil: Ann-Kathrin Wetter, München.

Gestaltung: SWITSCH Kommunikationsdesign, Köln.

Druck: Druckerei Franz Paffenholz GmbH, Bornheim.
Printed in Germany.
Gedruckt mit finanzieller Unterstützung der Bundesrepublik Deutschland.

ISBN 978-3-944015-36-1

INHALT

5 | VORWORT

7 | 1. SITUATION IN DER PFLEGE

18 | 2. RATIONIERUNG – DER RICHTIGE BEGRIFF?
DEFINITIONEN UND MEINUNGEN

19 | 3. AUSSAGEN ZU EINZELNEN ASPEKTEN

- 3.1. Regelwerke: Konstitution von Pflege im SGB XI19
- 3.2. Bedarfe und Erwartungen der Nutzer20
- 3.3. Innerbetriebliche Weiterentwicklung21
- 3.4. Qualität, Sicherheit und Stellenbesetzung23
- 3.5. Wertediskussion und Mittelverteilung24
- 3.6. Kommunale Aspekte24

26 | 4. KERNBOTSCHAFTEN DER REFERENTEN

- 4.1. Aussagen zum Gesundheitssystem26
- 4.2. Aussagen zur beruflichen Pflege28

30 | 5. FORDERUNGEN UND WÜNSCHE DER TEILNEHMER /
VERANSTALTER

32 | 6. AUSBLICK

33 | ÜBERSICHT: 16 KERNAUSSAGEN

34 | LITERATURVERZEICHNIS

37| LISTE DER REFERENTEN SOWIE DER IM TEXT
ZITIERTEN TAGUNGS- TEILNEHMER

40| DIE AUTOREN

40| ANSPRECHPARTNERIN IN DER
KONRAD-ADENAUER-STIFTUNG

41| PUBLIKATIONSREIHE
„HANDREICHUNGEN ZUR POLITISCHEN BILDUNG“

VORWORT

Prognostiziert explodierende Kosten für die Pflege, wachsender Fachkräfte-Mangel und zunehmende Defizite in der pflegerischen Versorgung sind nur einige Themenfelder, die immer mehr Unruhe und Besorgnis auslösen.

Die Reformdiskussionen und gesetzgeberischen Maßnahmen der letzten Jahre machen deutlich, dass das Gesundheitswesen im Allgemeinen und der Pflegebereich im Besonderen sehr komplex sind.

Um die Situation und die Zukunft der Pflege zutreffend beurteilen zu können, gilt es zunächst, zur Fundierung der Argumentation Tatbestände aufzuzeigen und Fakten zu sammeln.

Angeregt durch eine Anfrage des Department für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke sowie des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe (DBfK) initiierte die Konrad-Adenauer-Stiftung eine Tagung, die die immer unbefriedigendere Situation der Pflege in Krankenhäusern, Altenheimen und der häuslichen Pflege thematisierte, und zwar aus Sicht von Pflegepraxis, Pflegemanagement, Pflegewissenschaft, Recht, Ethik, Kranken-/Pflege-Versicherung, Patienten- und Angehörigenvertretung, Gesundheitsökonomie, Trägerverbänden sowie Landes- und Kommunalpolitik/-verwaltung.

Mit der vorliegenden Publikation fassen die Autoren die Redebeiträge zusammen und betten sie in Auswertungen der einschlägigen Literatur ein.

Die Konrad-Adenauer-Stiftung hat in weiteren Veranstaltungen die Thematik begleitet und wird dies fortsetzen, um zusätzliche Erkenntnisse zu gewinnen, den öffentlichen Diskussionsprozess zu begleiten und gesellschaftspolitisch Interessierten Informationen und Argumentationshilfen an die Hand zu geben.

Dazu haben die Autoren mit dieser Schrift einen wichtigen Beitrag geleistet, wofür wir uns herzlich bedanken.

Wir wünschen allen Leserinnen und Lesern eine erkenntnisreiche Lektüre. Für Fragen, Kommentare und Hinweise auf eigene Erfahrungen wenden Sie sich gerne an uns.

Wesseling, im Dezember 2012

Dr. Ludger Gruber
Stellv. Leiter Politische Bildung
der Konrad-Adenauer-Stiftung e.V.

Dr. Mechthild Scholl
Wissenschaftliche Mitarbeiterin
KommunalAkademie
der Konrad-Adenauer-Stiftung e.V.

1. SITUATION IN DER PFLEGE

Der Hochleistungsmedizin in Deutschland fehlt eine adäquate Pflege. Bürger brauchen eine professionelle Begleitung, um in ihren Alltag zurückzukehren und um ihre Krankheit zu bewältigen.

Die Situation in der Pflege wird in Deutschland von einer breiten Öffentlichkeit als besorgniserregend wahrgenommen. Studien zeigen, dass es *die* Hauptangst der deutschen Bürger ist, pflege- und hilfsbedürftig zu werden (Institut für Demoskopie Allensbach, 2009, GEK, 2008). Diese Angst besteht zu Recht, sie wird in den letzten Jahren flankiert von medialen Berichten z.B. über Pflegeskandale in Altenheimen, von Komplikationen in Kliniken und der Eile und Überlastung des Personals in allen Einrichtungen. Fast jede Familie kann hier über (schlechte) Erfahrungen berichten – ohne über Hintergrundwissen zu verfügen. 2009 wurden 17,4 Millionen Menschen in Kliniken versorgt, davon allein 2 Millionen als Intensivpflegepatienten.

Zunehmend wird Pflege nur als Kostenfaktor gesehen und auf Leistungen der Pflegeversicherung reduziert, obwohl fast die Hälfte der Berufspflegenden in Kliniken arbeitet. Unterschiedliche Ansichten bestehen zu dem Umstand, wie die Situation sich ohne Pflegeversicherung gestalten würde.

Pflegende arbeiten als größte Berufsgruppe fast überall im Gesundheitswesen.

Pflege ist außerordentlich vielgestaltig und kann aus verschiedenen Perspektiven betrachtet werden, u.a. als kommunale Aufgabe der Sicherstellung oder als sozialrechtliches Problem – weniger wird Pflege als Versorgungsaufgabe und fachliche Herausforderung betrachtet. Pflegende arbeiten in Krankenhäusern, Altenheimen, in der ambulanten Pflege, in psychiatrischen Kliniken, Reha-Einrichtungen, in der Kurzzeitpflege, um nur einige Bereiche zu nennen.

Zunehmend spezialisieren sich Settings etwa durch Pflege extrem frühgeborener Kinder, eine aufwändige Intensivpflege Erwachsener (zum Teil auch mit künstlicher Beatmung zuhause), den Ausbau der forensischen Psychiatrie, die Unterstützung von Familien mit chronisch Kranken, die Ausweitung von Palliative Care und vieles andere mehr. Zusätzlich steigen Nachfragen nach Hilfen für ganz spezielle Situationen etwa nach Schmerzmanagement durch Pflegende, Versorgung von chronischen Wunden, Hilfen bei Inkontinenz.

Pflege erfordert qualifizierte Haltung, Fachkenntnisse und Fertigkeiten.

Besondere Probleme/Bedarfslagen gibt es bei alten und von Demenz betroffenen Menschen, sie und ihre Angehörigen benötigen verstärkt Hilfen, bei der häuslichen Pflege und in Altenheimen. Alte Menschen verlassen das Krankenhaus oft kränker als zur Einweisung. Aber auch bei vielen anderen Gruppen pflegebedürftiger Personen, z.B. jüngeren, körperlich eingeschränkten Pflegebedürftigen hat sich die Lage dramatisch verschlechtert.

Die Bedarfe der Pflegebedürftigen sind heute komplex, ihre Versorgung aufwändig und anspruchsvoll – ein Großteil der Betroffenen erhält nicht die pflegerische Unterstützung, die sie eigentlich brauchen. Durch unterschiedliche rechtliche Zuständigkeiten ergeben sich deutliche Versorgungslücken, etwa bei der immer schnelleren Entlassung aus dem Krankenhaus.

Pflegende haben den dichtesten Kontakt zu Patienten und Familien.

Hohe Fachlichkeit und Expertise sind heute nötig, um eine angemessene pflegerische Versorgung durchführen zu können. Beruflich Pflegende haben als größte Gruppe unter allen Gesundheitsarbeitern den meisten Klientenkontakt, sie sind stets präsent, arbeiten im Schichtdienst rund um die Uhr. Sie haben einen Bezug zur „Lebenswelt“ der Klienten.

Wegen der großen Nähe tritt der Sachverständigenrat für die Entwicklungen im Gesundheitswesen in seinen letzten Gutachten vermehrt für eine Neugestaltung der Rolle der Pflegeberufe ein (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2007, 2009), dieses auch besonders in Richtung Prävention für die Betroffenen. Auch Pflege muss wirksam sein, Angemessenheit und Akzeptanz erreichen. Die Hochleistungsmedizin in Deutschland erfordert eine kompetente Versorgung um langfristig erfolgreich zu sein, die beste Operation ist nutzlos, wenn die Patienten anschließend ihre Situation nicht bewältigen können.

Pflegende können Patienten und Familien schützen.

Tatsächlich aber verschärfen sich die Bedingungen in der Pflege weiter. Durch Zeitmangel und Hetze werden in Kliniken Komplikationen in Kauf genommen, Chancen und Potenziale verschenkt – ein allgemeines Qualitätsmanagement kann dies nicht verhindern. Aktionen zur Patientensicherheit sollen dem „Worst Case“ vorbeugen, etwa einer falschen Transfusion, Amputation des falschen Körperteils oder einer bedrohlichen Infektion. In der letzten Zeit schrecken insbesondere die Hygienemängel in Kliniken die Öffentlichkeit auf, Patienten sterben an erworbenen Infektionen – etwa 30.000 Tote werden jährlich geschätzt. Von einer befriedigenden Gesundheitsversorgung ist dies weit entfernt. Patienten/Angehörige werden nicht genug informiert und beraten, von einer seelischen Unterstützung kann überhaupt nicht mehr die Rede sein.

In einer bundesweiten Befragung gaben Pflegende in Kliniken selbst an, dass sie den Anforderungen nicht mehr gerecht werden können, dass Fehler zunehmen – über 20 Prozent der Pflegenden fühlten sich hoch belastet (Isfort u.a., 2009).

Viele Mängel in der Krankenversorgung wurden aufgezeigt, Überstunden sind an der Tagesordnung. Es wird auch deutlich, dass ein Großteil der beruflich Pflegenden selbst älter als 45 Jahre ist, ein Nachwuchsmangel zeigte sich schon damals.

Primäre Aufgabe: Kranken helfen, ihre täglichen Aktivitäten selbstständig auszuführen.

Für grundlegende tägliche Aktivitäten, etwa eine angepasste Mobilisation, Ermutigung zur Übernahme der Körperpflege, Begleitung zur selbstständigen Essenaufnahme oder Unterstützung der Ausscheidung ist keine Zeit – Chancen der Verselbständigung werden verschenkt. Pflegende müssen individuell, ohne Konzept, Prioritäten setzen, dies geschieht individuell, nach Gefühl. Es existieren Vorschläge zur Prioritätensetzung bei Personalausfall, wegen ihrer Brisanz wurden sie heftig diskutiert und verworfen – der Notstand soll bisher verschleiert werden. Die Gefahr besteht, dass einzelne Pflegende sich für strukturelle Missstände verantwortlich fühlen. Die Selbstständigkeit der Patienten kann nicht gefördert werden, dadurch chronifizieren sich Krankheitsprozesse, etwa durch unzureichendes Schmerzmanagement. Dabei wissen Pflegende, dass Patienten Zeit und Fürsorge („Caring“) brauchen. In kürzester Zeit muss über die Zukunft der Kranken entschieden werden, ein für alle kostspieliger Heimeinzug droht – die Weichenstellung läuft in Richtung Pflegeabhängigkeit.

Gute Pflege könnte Kosten sparen: weniger Rückfälle/Komplikationen.

Langfristig wird die Versorgung teuer, durch Verlängerung des Klinikaufenthaltes, durch eingetretene Komplikationen, durch mangelnde Prävention von Pflegebedürftigkeit. Arbeitsverdichtung und „Durchlauf“ der Patienten haben enorm zugenommen, besonders in der Nacht scheint die Versorgung in Kliniken und Alteneinrichtungen unzureichend.

Durch den Arbeitsdruck geben Pflegende zunehmend berufliche und ethische Ideale auf, sie brennen aus, verlassen den Beruf, Fluktuation und Krankenstand sind hoch.

Pflegende melden sich ab, leiden unter „Burn-Out“.

Orientiert an eigenen Ansprüchen der Berufswahl (Menschen helfen) und an Pflegemodellen fühlen Pflegende sich auch zuständig für das psychische und soziale Wohlergehen der zu Pflegenden. Sie sind ansprechbar für alle Nöte, etwa bei Sinnfragen, bei familiären Problemen, aber auch bei Freude und Hoffnung. Oft stellen beruflich Pflegende in der ambulanten und stationären Versorgung den einzigen Kontakt zur „Außenwelt“ dar. Der heilkundliche Beitrag der Pflege zur Genesung der Kranken ist nicht untersucht, die Forschung steht hier noch am Anfang – auch der wirtschaftliche Beitrag guter Pflege ist bisher noch nicht überzeugend dargestellt.

Die NEXT-Studie untersuchte Anfang der 2000er Jahre die Arbeitssituation der beruflich Pflegenden in Deutschland im internationalen Vergleich. Diese äußerten eine besonders hohe Unzufriedenheit mit ihrer Arbeit, klagten über enorme Belastungen und dachten häufiger als in anderen Ländern an einen Berufsausstieg (Hasselhorn u.a., 2005). In der Folge ergab sich, dass durch psychosoziale Verbesserungen in der Pflegearbeit, durch Entwicklungschancen, mehr Gehalt und Anerkennung die Berufsbindung verbessert werden kann. Es zeigte sich, dass die Bedingungen in der Altenpflege noch hinter den Möglichkeiten in den Krankenhäusern zurücklagen.

Die „3 Q-Studie“ fokussierte die Pflegearbeit in Altenheimen und stellte einen Zusammenhang zwischen Personalausstattung, Bewohnersituation und Arbeitsorganisation her. Dabei zeigte sich, dass eine hohe Pflegequalität mit einer deutlichen Arbeitszufriedenheit einhergeht und dies auch positive betriebswirtschaftliche Effekte ermöglicht (Schmidt u.a., 2009).

Die Arbeitsbedingungen in den Kliniken sind in der letzten Dekade für die Pflege vor allem gekennzeichnet durch einen massiven Personalabbau, von 1995 bis 2005 wurden 44.000 Stellen von 760.000 Stellen reduziert – trotz steigender Patientenzahlen und einer deutlichen Anforderungssteigerung der Versorgung durch hochaltrige oder demente Kranke u.a.m.

In Krankheitsausfallstatistiken nehmen Berufspflegende eine prioritäre Stellung ein. Gleichzeitig ist bekannt, dass Pflegende trotz Krankheit ihren Arbeitsplatz aufsuchen um ihre KollegInnen zu stützen und die Versorgung der zu Pflegenden sicherzustellen.

Pflegerische Versorgung wird weggekürzt.

Der Abbau ging weit über das Maß hinaus, welches durch Budgetdeckung und Budgetkürzungen erforderlich gewesen wäre. Offensichtlich wurden Stellen im Pflegedienst der Krankenhäuser auch abgebaut, um Finanzmittel für andere Zwecke freizusetzen. Im Vordergrund standen dabei zumeist die Finanzierung von Investitionen und die Schaffung zusätzlicher Stellen im ärztlichen Dienst. Dass entsprechende Umverteilungen von Finanzmitteln möglich waren, wurde vermutlich auch durch eine in den letzten Jahren zu beobachtende Entmachtung des Pflege-managements ermöglicht (Simon, 2009). Ein weiteres, sehr wesentliches Problem für die Pflege im Krankenhaus ist die unzureichende Abbildung des Pflegeaufwandes in den 2003 eingeführten DRG 'S (Fallpauschalen). Dieser Mangel wiegt umso schwerer, als der Anteil der älteren und pflegebedürftigen Krankenhauspatienten immer weiter gestiegen ist und steigen wird. (Simon, 2012, Bartholomeyczik, 2007).

Gleichzeitig nimmt, durch weltweite Forschung, das Fachwissen in den einzelnen Sparten zu, diese Ergebnisse können kaum in die Praxis übertragen werden. Bei den Pflegenden existiert seit vielen Jahren ein Qualifikationsstau. Im Beruf Stehende haben kaum Zeit, an Fortbildungen teilzunehmen, es hapert an einer systematischen Umsetzung von Verbesserungen. Die Robert-Bosch-Stiftung wies in einem Gutachten (2000) daraufhin, dass etwa 10 Prozent der Berufsgruppe im tertiären Bildungssektor vorbereitet werden sollten, um Entwicklungen zu ermöglichen. Zwar ist in Deutschland eine bescheidene Akademisierung in Gang gekommen – die genannten zehn Prozent können allerdings in den nächsten fünfzig Jahren kaum erreicht werden. Auf der Strecke bleiben vor allem Praxisentwicklungen, eine Ansiedlung der gut Ausgebildeten im Klientenkontakt.

Pflegewissen ist international vorhanden, Spezialisierungen sind nötig.

Konzepte einer erweiterten Pflegepraxis zum Wohle der Patienten (*Advanced Nursing Practice*, kurz ANP) können in Deutschland aus vielerlei Gründen nicht umgesetzt werden. Im Gegenteil, Pflege soll noch weiter reduziert werden durch eine delegierte Übernahme bisher ärztlicher Tätigkeiten.

Pflege wird zu eng wahrgenommen.

In der Pflegeversicherung ist Pflege statuiert als „Verrichtung“ körperlicher Art, sie ist in Minutenkorridoren taylorisiert und als „Teilkasko-Versicherung“ etabliert, den Rest müssen die Familie oder andere Systeme aufbringen.

Dieser unzureichende Pflegebegriff wird seit Jahren diskutiert, er läuft allen professionellen Auffassungen zuwider. Bessere Vorschläge wurden inzwischen erarbeitet, sind aber politisch bisher nicht freigegeben worden.

Durch Zunahme der Pflegebedürftigen sind seit langem „Kostendämpfungsmaßnahmen“ erforderlich, diese reduzieren Pflege weiter. Dabei verschränken sich in der Pflege seelische, soziale, körperliche und sinnstiftende Elemente – Pflege umfasst alle diese Aspekte, immer ist die ganze Person adressiert. Die unsinnige Trennung in Pflege und Betreuung läuft dieser Auffassung zuwider, ebenso wie die unsinnige Trennung in Grund- und Behandlungspflege.

Pflege stellt sich nicht ausreichend dar.

Die Vermarktlichung pflegerischer Leistungen führt für den Nutzer zu Unübersichtlichkeit und einer rudimentären Versorgung, alles muss einzeln ausgehandelt werden. Dabei bleibt unklar, wo die Grenze zwischen familialer Pflege und professioneller Leistung bleibt - dies liegt auch an Wirkung/Darstellung der Pflegeberufe selbst. In Pflegefragen fühlt sich jeder Bürger als Experte – die Fachlichkeit, Komplexität und individuelle Passung werden dabei nicht erkannt.

Einerseits sind die Ansprüche der Versicherten gestiegen: heute sind Problemlagen zu managen, die früher nicht denkbar waren, etwa das Überleben von extrem frühgeborenen Kindern oder die Beatmung zu Hause. Andererseits erleben die Bürger sehr rasch den drohenden Kollaps des Systems und schrauben ihre Erwartungen zurück. Anreize im System sind falsch gesetzt: Hohe Pflegebedürftigkeit erbringt die Erträge. Prävention und Rehabilitation *durch* Pflege sind nicht umgesetzt.

Das Gesundheitssystem ist bekanntermaßen durch viele Lobbyistengruppen bestimmt. Maßgabe sollte die Wirksamkeit der Leistungen sein – für die Pflege ist dies bisher nicht untersucht.

Die Altenpflege leidet ohnehin an einem Imageproblem, es gibt kaum Anhaltspunkte für eine leistungsfähige Stellenbesetzung – daraus resultiert in vielen Fällen eine Unterversorgung. Manche Leistungen geschehen zusätzlich und freiwillig. Pflegende erleben den Spagat zwischen fachlicher/menschlicher Notwendigkeit und restriktiven Möglichkeiten im Rahmen der Pflegeversicherung sehr deutlich.

Aufsichtsbehörden und Kostenträger überziehen das System mit einer Vielzahl von Auflagen und Kontrollen – die Pflegedokumentation ist inzwischen zu einem reinen Leistungsnachweis verkommen und dient weniger der innerberuflichen Verständigung zur Kontinuität der Pflege. Durch überbordende Bürokratie soll „das Schlimmste“ reguliert werden, die „Qualitätssicherung“ beschränkt sich oberflächlich auf definierte Prozesse, die Qualität sinkt.

Pflegefachpersonal – in wenigen Jahren am meisten gesucht.

Im Rahmen des allgemeinen Fachkräftemangels gehören nun auch die Pflegeberufe zu den gesuchten Sparten, allorten fehlt Pflegefachpersonal. In vielen Bereichen müssen offene Stellen durch weniger oder Un-„Qualifizierte“, z.B. durch Servicekräfte in Kliniken oder diverse Angelernte in der Altenpflege, besetzt werden: eine weitere Vorenthaltung einer fachlichen Pflege. Gutachten zeigen, dass Deutschland auf einen Pflegenotstand zusteuert (PricewaterhouseCoopers, 2010), schon 2020 fehlen 140.000 Pflegefachpersonen, künftig können fast die Hälfte der offenen Stellen nicht mehr besetzt werden. Dies führt zu gravierenden wirtschaftlichen Einbußen, einer schlechteren Gesundheitsversorgung und einer extremen Belastung der im Beruf Verbleibenden. Als (vorsich-

tige) Lösungsversuche werden im Gutachten vorgeschlagen: höhere Bezahlung und bessere Arbeitsbedingungen (Entlastung, Familienfreundlichkeit) und eine gut gesteuerte Zuwanderung von Fachkräften aus dem Ausland.

Seit Jahren reagiert die Politik auf den drohenden Pflegenotstand eher mit falschen Signalen, u.a. mit einem „Downsizing“ der Berufszulassung: bildungsferne Schichten, Hauptschüler und Langzeitarbeitslose sollen in die Pflege rekrutiert werden – dadurch sinkt das Qualifikationsniveau und andere Interessierte werden abgestoßen. Offenbar herrscht Unklarheit über die hohen Anforderungen in der Pflege. Hintergrund ist auch ein verzerrtes Bild von Pflegearbeit („Pflegen kann jeder“), immer wieder wird Pflege auf die minütlichen körperlichen Aktionen reduziert, der umfassende Anspruch durch Pflegebedürftigkeit wird negiert. Aufgaben werden immer mehr zersplittert durch Einzug von verschiedenen Helfer-niveaus.

Weniger Fachpersonal als vermutet.

Simon (2012) zeigte auf, dass deutlich weniger Pflegepersonal als bisher vermutet zur Verfügung steht, Ursache sind lückenhafte Statistiken: zum Teil werden Zahlen gehandelt, die 50 Prozent über der Realität liegen. Überaus deutlich haben in der Pflege Teilzeitbeschäftigungen zugenommen, dieses fällt besonders in Altenheimen und in der ambulanten Pflege auf (hier fast 70%). Simon gibt an, dass auf Arbeitgeberseite dadurch Flexibilisierung und Kostensenkung erreicht werden sollen – auf der Seite der Beschäftigten ist wegen der Belastungen überhaupt nur eine Teilzeitarbeit erträglich, zum Teil werden mehrere Jobs addiert, ein Grossteil der Frauen sind zusätzlich in Familienarbeit eingebunden (alleinerziehend, Eltern pflegend usw.) Dadurch sehen sich Patienten/Bewohner und Angehörige häufig wechselnden und höchst unterschiedlich qualifizierten Personen gegenüber.

Gute Pflege führt zu guten Ergebnissen.

Um Pflegequalität zu leisten, brauchen Pflegende entsprechende Bedingungen. Schon vor zehn Jahren wurden in ersten Studien der Zusammenhang zwischen Patientensicherheit und Personalausstattung festgestellt (Needleman, 2003).

Immer wieder zeigen Studien, dass es einen Zusammenhang zwischen pflegerischer Besetzung, Qualifikationsniveau und Patientenergebnissen gibt (Aiken u.a., 2001 & 2012). Erst jüngst zeigte ein Survey in zwölf europäischen Ländern wieder den Zusammenhang zwischen Patientensicherheit, -zufriedenheit und Pflegequalität auf (Sermeus u.a., 2011). Die „RN4cast“-Untersuchung ergab, dass Deutschland das Schlusslicht in der Personalausstattung in Krankenhäusern bildet, die Berufspflegenden berichten über unerledigte Arbeiten, Unzufriedenheit und Burn-Out, über ein Drittel der Befragten klagten über Erschöpfung.

Pflegende arbeiten in allen Settings, besonders in der Langzeitpflege, „am Limit“, werden „Prioritäter“, müssen stets in schwierigen Situationen individuell entscheiden, wollen die KollegInnen unterstützen. Pflegende werden selbst krank, junge Leute sind enttäuscht über die Möglichkeiten, es fehlt an Zeit für die Patienten, Bewohner und Angehörigen. Diese entschuldigen den Mangel, sie sind abhängig, aus Scham wird der Notstand von allen Beteiligten zugedeckt.

Eine Grundlage, auch für Pflegeleistungen, könnte die Aussage „Die Würde des Menschen ist unantastbar“ sein – dieser Grundsatz wird überall beschädigt. Es gibt kein fundiertes und gerechtes Normengerüst für Pflege – ein Empfehlungskorridor, Ziele usw. wären aber dringend erforderlich. Pflege ist ein schwieriges Gut, es kann grenzenlos nachgefragt werden, ist aber gleichzeitig endlich. Die Gesellschaft müsste sich über die Verantwortung des Einzelnen und seiner Zugehörigen und über öffentliche Aufgaben verständigen. Die Folgen schlechter Pflege müssen offen gelegt werden – nicht nur als individuelles Versagen, sondern auch systembedingt.

Gesundheitsbranche als Wachstumsfaktor.

Der Gesundheits- und Pflegemarkt wird als „Wachstumsbranche“ gesehen, Pflegebedürftigkeit nimmt zu – umso erstaunlicher ist es, dass es hier an menschlichen, qualitätsvollen *und* rationalen Konzepten fehlt. Viele Unklarheiten im Gesundheitswesen werden implizit geregelt, etwa eine Altersgrenze bei Transplantationen oder Rehabilitationsverordnungen bei Alten. Es wird reguliert, nachgebessert, gedeckelt und mehr Bürokratie durch Disease Management und andere Anreiz- und Strafsysteme verordnet.

WIR BRAUCHEN EINE OFFENE, ÖFFENTLICHE UND EHRLICHE DEBATTE!

Die Sicherung der Gesundheit/Handlungsfähigkeit der Bürger ist eine staatliche Aufgabe, alle Politikebenen haben sich dem zu widmen. Letztlich muss in den Kommunen/Kreisen die gesundheitliche Versorgung sichergestellt werden, mit zunehmender Pflegebedürftigkeit wird dies zu einer sozialen Frage.

Rationierung als bewusste Zuteilung bzw. Vorenthaltung existiert in der deutschen Gesundheitsversorgung nicht, eine implizite Verknappung ist aber Alltag. Diese geschieht zufällig. Die Verantwortung bleibt örtlichen Akteuren überlassen.

2. RATIONIERUNG – DER RICHTIGE BEGRIFF? DEFINITIONEN UND MEINUNGEN

„Rationierung von Pflege“ – unter diesem Arbeitsbegriff wurden die Teilnehmer zur Tagung eingeladen. Es ergab sich zu Beginn eine Diskussion, ob dieser Begriff die Realität passend beschreibt. Unter Rationierung wird primär eine bewusste Zuteilung verstanden. Eingebürgert hat sich der Begriff der „impliziten Rationierung“. Pflege ist komplex, entsprechend vielfältig sind die Möglichkeiten, Pflege vorzu-enthalten – etwa durch Nicht-Erkennen der Bedarfslage. Die geschieht zumeist durch den Einsatz von „Nicht-qualifiziertem“ Personal, durch Hetze und Zeitmangel. Durch „Nicht-Wissen“ oder „Nicht-Reagieren“ werden Potentiale verschüttet und Komplikationen eingeleitet – ganz abgesehen von der Wahrnehmung der Möglichkeiten, die Patienten/Familien durch professionelle Unterstützung zur Selbsthilfe anzuleiten.

An dieser Stelle soll die Realität nicht durch umfängliche Begriffs-Diskussionen belastet werden. Der Abbau von Pflegeleistungen ist Fakt aus vielfältigen Perspektiven, im freien Spiel der Kräfte „verliert“ die Pflege. Daher ist im Folgenden von Abbau/Rückgang oder Verknappung der Pflege die Rede.

3. AUSSAGEN ZU EINZELNEN ASPEKTEN

3.1. REGELWERKE: KONSTITUTION VON PFLEGE IM SGB XI

Der eingeschränkte Pflegebedürftigkeitsbegriff im SGB XI wurde von vielen TeilnehmerInnen als eine wichtige Ursache von reduzierter Pflege gesehen (u.a. Poreda, Weidner, Bienstein). Viele maßgebliche Aspekte bleiben dort unberücksichtigt, etwa die psychische/edukative Begleitung der Pflegebedürftigen, präventive und rehabilitative Maßnahmen. Schwerkranke Menschen und ihre Familien brauchen Zeit und Fürsorge („Caring“) – dies ist nicht vorgesehen und nicht leistbar (Beckers, Galgan).

Bei kognitiven Einschränkungen ist in Reformen seit 1995 stückhaft einiges nachgebessert worden, insgesamt bleibt die Unterstützung pflegender Angehöriger mangelhaft. Angebote müssten mehr flexibilisiert und passgenauer angebracht werden – den Anbietern scheinen Kreativität und Marktkenntnisse zu fehlen: zu sehr hat sich die Verrichtungsorientierung der Pflegeversicherung in die Köpfe gegraben. Allerorten wird Pflege nur als Kostenfaktor, Pflegestufe oder handwerkliche Einzeltätigkeit wahrgenommen.



Richtig ist, dass die Gesellschaft keine Rundum-Pflege für alle pflegebedürftigen Menschen finanzieren kann und will. Richtig ist aber auch, dass zunächst die Pflegebedürftigkeit rational und gerecht festgestellt werden, danach der Bedarf formuliert, die Leistung

zugeteilt und das Pflegearrangement individuell ausgehandelt werden muss. Prioritäten müssen die Entwicklung von Selbstpflege, die Einbeziehung familialer Möglichkeiten und der Aufbau unterstützender Netzwerke – wenn erforderlich ergänzt durch professionelle Pflege – haben; dabei müssen die Leistungen und Grenzen aller Sektoren deutlich gemacht werden. Klar ist, dass der Grundsatz „ambulant vor stationär“ sich nicht einfach von selbst umsetzt, sondern zahlreiches Engagement von Professionellen erfordert.

Einig waren sich alle TagungsteilnehmerInnen darin, dass der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff und die Umsetzung des bereits vorliegenden Neuen Begutachtungsassessments (NBA) ein Schritt in die richtige Richtung sind.

3.2. BEDARFE UND ERWARTUNGEN DER NUTZER

Von mehreren Seiten wurde darauf hingewiesen, dass in den letzten Jahrzehnten deutlicher ein anderes Klientel in Pflegeabhängigkeit kommt: hochaltrige und multimorbide Menschen – Menschen, die sehr viel mehr Pflegezeit und Know-how konsumieren als in früheren Zeiten (Beckers, Maier). Dies kann kaum geleistet werden unter Bedingungen des Mangels an qualifiziertem Pflegepersonal, Abnahme familiärer Pflegearrangements, einer zeitlichen Durchrationalisierung und einer steten Erhöhung an fachlichen Inputs und zunehmenden Auflagen an Kontrolle/Bürokratie.

Pflegende stoßen schon lange an ihre Belastungsgrenzen, täglich muss entschieden werden, ob hier eine intensivere Betreuung bei einem Sterbenden nötig ist, dort ein Kranker in der Nahrungsaufnahme unterstützt werden sollte, Angehörige beruhigt und besser informiert werden müssen oder ein Patient beim Umgang mit Schmerzen oder Wunden angeleitet werden muss. Pflegende befinden sich zunehmend in einem ethischen und fachlichen Dilemma.

Gleichzeitig nimmt die (wünschenswerte) Orientierung an fachlichen Standards zu, und die Anforderungen an umfassende Pflegedokumentationen steigen – dies geschieht aber kaum unter Maßgabe einer beruflichen Verständigung bzw. als Ausdruck der Qualitätssicherung, sondern eher als Leistungskontrolle der Kostenträger – und dadurch wird die direkte Pflegezeit weiter reduziert.

Patienten und Familien wissen nicht, was sie erwarten können (Grüber), Aussagen wie die „Charta der Rechte von hilfs- und pflegebedürftigen Personen“ können dabei eine Orientierung geben.

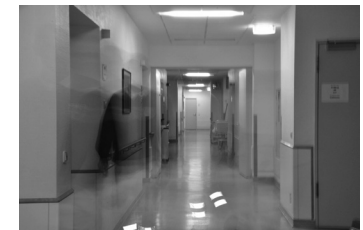
Andererseits existieren durchaus Qualitätsanforderungen auf Seiten der Nutzer, diese eher weichen Faktoren wie Beziehung, Kontinuität u.ä. sind genau die Elemente, die durch Rationierung wegfallen (Geraedts).

Es gibt keinen Normenkorridor für (gute) Pflege, dadurch sind die Maßstäbe beliebig veränderbar (Juchems).

3.3. INNERBERUFLICHE WEITERENTWICKLUNG

Die innerberufliche Weiterentwicklung kommt nur schleppend voran, der Etat für Forschung in der Pflege ist unpassend gering.

Neues Wissen wird kaum umgesetzt, Pflegende können durch Arbeitsverdichtung kaum an Fortbildungen teilnehmen, positive Veränderungen können nicht begleitet werden. Das Bildungsniveau sinkt. Auf Mangelsituation reagiert die Politik mit Rekrutierung „bildungsferner Schichten“, Übernahme von Langzeitarbeitslosen und Absenkung der Zugangsvoraussetzungen.



Jüngstes Beispiel sind die Bemühungen Deutschlands gegen den Vorschlag der EU-Kommission, den Zugang zur Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung auf zwölf Schuljahre anzuheben. Hier haben sich Politik, Arbeitgeber, Gewerkschaft, Kassen und Bundesärztekammer (!) zu einer Allianz gefunden, die diesen vergleichsweise kleinen Fortschritt verhindern will. Deutschland will sich weiterhin von der internationalen Entwicklung abkoppeln und preist dabei sein Bildungssystem.



Dabei sind in der Mehrzahl der Bundesländer bis heute die Schulen, an denen Gesundheits- und KrankenpflegerInnen ausgebildet werden, noch Ausbildungsstätten an Krankenhäusern – also explizit keine Schulen, und sie befinden sich außerhalb des Bildungssystems.

Es ist ein weiteres Beispiel, dass – wenn es um den Pflegeberuf geht – die Sorge um Kosten und Machtverlust höher bewertet werden, als die Verbesserung der pflegerischen Versorgungsqualität der Bevölkerung.

Die zögerliche Akademisierung von Teilen der Pflege ist kaum in der direkten Praxis angekommen – 1990 forderte die Robert-Bosch-Stiftung, dass etwa 10 Prozent der Angehörigen der Berufsgruppe an Hochschulen ausgebildet werden sollte, damit Pflegebedürftige und ihre Angehörigen von wissenschaftlichen Erkenntnissen profitieren können. Diese Marge wird in Deutschland in Jahrzehnten nicht erreicht.

Nur schleppend kommt eine Modernisierung der Ausbildung durch eine generalistische Form, also eine Zusammenlegung der verschiedenen Pflegeberufe voran. In Modellversuchen sind die Wege/Vorteile bereits aufgezeigt worden. Ebenso existieren zahlreiche neue Vorschläge zur Ausgestaltung erweiterter Rollen von professionellen Pflegenden; etwa im Sinne von primärer Zuständigkeit („Primary Nursing“) oder im Sinne von erweiterter und vertiefter Pflege („Advanced Practice Nursing“).

Im internationalen Vergleich stocken diese Erweiterungen der Pflege, studierte Pflegenden werden hierzulande kaum im direkten Klientenkontakt eingesetzt – obwohl dieser Bedarf inzwischen deutlich formuliert wird (Miller, Maier).

Ganz im Gegenteil: durch (angeblichen) Ärztemangel sollen Pflegenden vermehrt als Arztassistenten eingesetzt werden – dadurch wird ein weiterer Abbau von Pflege begünstigt.

Die Lobby der Mediziner in Deutschland wünscht HelferInnen. „Einfache“ Tätigkeiten sollen an sie delegiert werden, etwa im Sinne von Physician Assistants oder in ambulanten Bereichen durch den Einsatz von weiterqualifizierten Medizinischen Fachangestellten. Eine Verantwortungsübernahme, Verordnungskompetenz auf Seiten der Pflege im Sinne von

Substitution wird blockiert, sinnvolle und qualitativ bessere Unterstützung der pflegebedürftigen Menschen wird vorenthalten.

Pflegende sind zur geringgradig organisiert, sind politisch zuwenig aktiv und bewusst, sie partizipieren nicht an gesundheitspolitischen Entscheidungen, bilden keine Lobby (Gemkow, Weidner, Wagner, Gille).

3.4. QUALITÄT, SICHERHEIT UND STELLENBESETZUNG

Studien, die den komplexen Zusammenhang zwischen Personalbesetzung und Patienten-Outcomes herstellen sind aufwendig und schwierig durchzuführen – zudem sind Cross Sectional-Untersuchungen in der Übertragbarkeit auf die jeweiligen nationalen Verhältnisse zu diskutieren. Einige der wenigen Studien wurden auf den vorigen Seiten genannt.

Auf der Tagung wurde von einer Forscherin der RICH Nursing Studie berichtet, dass in acht Schweizer Spitälern eine höhere Rationierung von Pflege mit höheren Komplikationsraten wie Sturz, Medikationsfehler, Dekubitus bei Patienten verbunden war. (Schubert, 2008, Grossmann, 2005). Die schon erwähnte „3 Q-Studie“ (Schmidt) zeigte, dass der Führung in der Pflege eine besondere Rolle zukommt.

Mehrere Diskutanten beklagten, dass es in der Pflege keine wissenschaftlich haltbaren Instrumente zur Personalbemessung gibt. In den letzten Jahren sind in Kliniken über 44.000 Pflegestellen abgebaut worden – in der gleichen Zeit nahmen Patientendurchlauf und Morbidität enorm zu (Weidner, Simon). Die Ausgaben für Pflege sind konstant geblieben, in den Kliniken hat sich ein Verteilungskampf entwickelt, dieser wird aufgrund der Machtverhältnisse stets zu Ungunsten der Pflege beschieden. Von verschiedener Seite wird darauf hingewiesen, welche Verantwortung der pflegerischen Führung dabei zukommt.

In allen Pflegesettings werden Anzahl und Qualifikation der Fachpersonen beliebig den Verhältnissen angepasst – es fehlt an rationalen Konzepten der Zuordnung.

3.5. WERTEDISKUSSION UND MITTELVERTEILUNG

Die Gelder im Gesundheits- und Pflegewesen sind ungleich verteilt, im Gesamtvolumen kann sich eine menschenwürdige Pflege durchaus finanzieren lassen (Geraedts). Höhere Sozialabgaben sind durchaus vertretbar (Reiners), es ist falsch, dass dadurch die Wettbewerbsfähigkeit der Wirtschaft sinkt. Unzulässigerweise wird die Diskussion stets auf hohe Lohnnebenkosten reduziert – dabei ist das Gesundheits- und Sozialwesen selbst ein großer Wachstumsmarkt. Die Gelder lassen sich nicht ansparen, sie werden stets vom „aktiven“ Teil der Gesellschaft bezahlt (insoweit ist der Begriff der Generationengerechtigkeit schwierig). Ein steuerfinanziertes System ist keine Lösung (Reiners).

Aus Sicht der Kostenträger ergeben sich viele Lücken im System, die von Anbietern auch betrügerisch zur Querfinanzierung genutzt würden, künftig müssten andere Leistungen entwickelt werden.

Die Sicherstellung von Pflege ist eine gesellschaftliche und politische Aufgabe – durch den demografischen Wandel nimmt die Zahl älterer Menschen bei uns zu. Dabei muss der Anspruch auf eine humane und fachliche Pflege gesichert werden. Die Fragen zur notwendigen, wünschenswerten und machbaren Pflege sind unklar. Wir brauchen eine offene und breite Diskussion in der Gesellschaft.

3.6. KOMMUNALE ASPEKTE

Die Pflegeversorgung geschieht im Lebensumfeld der Pflegebedürftigen, somit in Kommunen und Kreisen, dabei ist Pflegebedürftigkeit sehr rasch auch mit vielerlei sozialen Fragen gekoppelt. Hier sind, angesichts des demografischen Wandels, kreative Konzepte nötig, um das Wohl der Bürger in guter Weise und gleichzeitig finanzierbar sicherzustellen.

Die Kommunen sind aufgerufen, steuernde und fördernde Impulse zu geben – seit Einführung der Pflegeversicherung scheint dagegen manches eher zurückgefahren zu sein. Die Zuständigkeiten sind unklar, die Akteure zersplittert, vielfach fehlt ein kommunalpolitisches Gesamtkonzept für Pflege (Pohlmann).

In manchen Städten wird allerdings (zögerlich) der Pflegemarkt als Wirtschaftsfaktor entdeckt. Das Spektrum an Inhalten ist weit, es geht um Einrichtungen, Wohnmöglichkeiten, niederschwellige Angebote, zentrale Telefonnummern, Aufbau von freiwilligem Engagement, Möglichkeiten der Information und Beratung, Kooperation untereinander, besonders um Unterstützung häuslicher Pflege u.v.a.m. (Anacker, Jakobs, Kleinstück, Ludorff), hier sind die Kommunen gefragt.

So sind etwa die (bundes)politisch gewollten Pflegestützpunkte als wichtige Anlaufstellen sehr unterschiedlich etabliert, überhaupt existieren große Unterschiede des Zugangs in den einzelnen Kommunen/Kreisen (z.B. ländlicher Raum). Erfahrungen zeigen, dass Angebote quartiersnah (Kleinstück, Vorwerk-Rosendahl) und zum Teil auch zugehend sein sollten – ein Einbezug von Ehrenamt ist gut möglich, wenn die Abgrenzungen stimmen und die Entwicklung moderiert wird. Es macht Sinn spezielle Zielgruppen wie Familien mit behinderten Kindern, pflegende Angehörige, Migranten u.a. zu fokussieren.

4. KERNBOTSCHAFTEN DER REFERENTEN

4.1. AUSSAGEN ZUM GESUNDHEITSSYSTEM

- Das Gesundheitssystem liegt in staatlicher Verantwortung. Die Aufteilung der Gesundheitsgüter muss verfassungsrechtlichen Grundsätzen folgen (Menschenwürde, Gleichbehandlung, Schutz von Leben und Gesundheit und Sozialstaatsprinzip). Hierzu muss auch die Pflege ihren Beitrag leisten.

Prof. Dr. Gerhard Igl

- Die öffentliche Finanzierung des Gesundheitswesens ist unvermeidlich. Die Gesundheitspolitik wird von fachfremden Ideologien überlagert (u.a. zu hohe Lohnnebenkosten). Wir haben einen steigenden Bedarf an medizinischer Versorgung bei rückläufigen Zahlen der Hausärzte. Das kann u.a. durch den Einsatz von Pflegekräften kompensiert werden. Die finanziellen Probleme der GKV/Pflegeversicherung können nicht durch ein Ansparsystem gelöst werden. Sozialleistungen müssen immer von der jeweils wirtschaftlich aktiven Bevölkerung finanziert werden, egal ob privat oder öffentlich.

Hartmut Reiners

- Die Zeit für Pflege/ Fürsorge ist für die Bevölkerung ein wichtiges Qualitätsmerkmal. Die Zeit muss bei der Berechnung der Kosten mit einbezogen werden.

Prof. Dr. Max Geraedts

- Die pflegerische Versorgung muss um die wohnortnahe Seniorenhilfe ergänzt werden. Die Kommunen sollten aus eigenem Interesse (wieder) mehr Verantwortung für die ganzheitliche Versorgung älterer Menschen tragen.

Reinhard Pohlmann

- Gebraucht wird eine flächendeckende, einheitliche Beratungsstruktur in kleinräumigen Einheiten (Quartiere), gebraucht wird mehr Unterstützung für pflegende Angehörige.

Prävention und Rehabilitation zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit sind nachhaltig zu stärken (Pflegearmut vermeiden).

Manuela Anacker

- Pflege muss als gesamtgesellschaftliche Aufgabe gesehen und akzeptiert werden.

Differenzierung ist gefragt: Pflege sollte durch den MDK geprüft werden, Wohn- und Teilhabe durch die Heimaufsicht. Das entzerrt die Dokumentation.

Die betriebswirtschaftliche Sicht auf Pflege behindert die Konzeptentwicklung. Entwicklung darf und soll in Freiheit geschehen im Hinblick auf einen späteren Rahmen.

Die Auswirkung von Rationierung kann ein Impuls zu neuem Denken und Handeln sein, dies sollte aber gesamtgesellschaftlich diskutiert werden.

Cäcilia Haverkamp

- Es müssen Grundlagen für eine Priorisierung entwickelt und implementiert werden. Dabei braucht es eine regelmäßige Datenerhebung und -auswertung im Gesundheitswesen im Sinne eines Monitoring. Die Verknüpfung von Personalkapazität und Versorgungsqualität muss systematisch betrieben werden.

Prof. Dr. Frank Weidner

4.2. AUSSAGEN ZUR BERUFLICHEN PFLEGE

- Die Anforderungen an die Pflege sind deutlicher zu formulieren, ebenso die Schlussfolgerungen, was passiert, wenn sie nicht geleistet wird. Dies muss auch ökonomisch gezeigt werden. Hinweise könnte die Charta der Rechte der hilfs- und pflegebedürftigen Personen aufzeigen, ebenso auch Publikationen des Deutschen Instituts für Menschenrechte (Menschenwürdige Pflege als Menschenrecht). Auf jeden Fall sind individuelle Dilemmata zu vermeiden.

Dr. Katrin Grüber

- Pflegende müssen andauernd (ethische) Entscheidungen treffen, dafür benötigen wir qualitativ gut ausgebildetes Personal. „Rationierung“ geschieht auch, wenn Klienten von schlecht ausgebildeten Pflegefachpersonen versorgt werden. Es bedarf einer operationalisierten Definition von Rationierung (oder Priorisierung?).

Manuela Galgan

- Der Pflegedienst muss gerade in diesen Zeiten das richtige „Pflegeorganisationssystem“ umsetzen, dafür ist es wichtig, das mittlere Management kontinuierlich weiterzuqualifizieren für Leitungsaufgaben. Für diejenigen, die keine/wenig Chancen haben zu studieren, müssen Perspektiven geschaffen werden, sich ebenfalls weiterzubilden.

Peter Miller

- Wir brauchen Qualitätsindikatoren zur Messung von Ergebnisqualität und einen Rahmen, wie viel Pflege Patienten/Bewohner benötigen, außerdem fehlen Konzepte für eine Personalzuteilung.

Sascha Schmidt

- Implizite Rationierung von Pflege ist ein wichtiger Faktor, der direkt mit den Behandlungsergebnissen der Patienten verbunden ist. Knappe Ressourcen in der Pflege sind eine Realität. Mehr Wissen ist erforderlich, wie die Pflegefachpersonen implizit rationieren und wie sie die entsprechenden Entscheidungen treffen.

Dr. Maria Schubert

- Ungedeckte Versorgungsbedarfe (statt Rationierung) müssen herausgestellt werden. Die Perspektiven einer ganzheitlichen Pflege sind darzustellen. Koordination von Pflegeleistungen und Pflegeberatung ergeben sich als Zukunftsaufgaben.

Ohne Pflegeversicherung sind die Zukunftsprobleme nicht zu lösen.

Dr. Peter Pick

- Die Definitionen der Leistungen in der ambulanten Pflege sind nicht geeignet, um den Pflegebedarf zu decken. Eine Neukonzeption ist nötig. Die Ausgaben sind gedeckelt bei Steigerung aller anderen Kosten. Notwendige Alltagshilfen und pflegerische Interventionen werden in den Schwarzarbeitsmarkt gedrängt (politisch gewollt?). Die fachliche Überprüfung liegt beim Pflegedienst, der potenzielle Neukunden nicht „verärgern“ darf.

Der ambulante Pflegemitarbeiter unterliegt engen Zeitkorridoren, belastenden Straßenverhältnissen, erschwerenden Baulichkeiten, er leistet kontinuierlich Angehörigenstützung und investiert häufig private Zeit. Belastende Familienstrukturen bilden ein häufiges Umfeld und müssen begleitet werden.

Gebraucht werden Anreize für gute Pflege.

Sybille Poreda

- Ein Abgrenzen professioneller und familialer Pflege ist eine dringende Aufgabe. Um Pflege sicherzustellen, ist ein Zusammenschluss der Verbände und Initiativen nötig.

Stefan Kleinstück

- Durch die Erfüllung der Pflege-Transparenzkriterien entsteht ein exorbitant hoher Dokumentationsaufwand, dies reduziert die Zeit in der direkten Pflege unverhältnismäßig. Nicht der abgezeichnete Leistungsnachweis ist der Garant für Qualität. Wichtig ist die Anerkennung der Pflegefachlichkeit in der Öffentlichkeit.

Die Freistellung für Fortbildung scheitert häufig an personeller Minimalbesetzung.

Annette Beckers

- Die Fort- und Weiterbildung von Pflegenden in klinischem Kontext muss refinanziert werden. Die Krankenhausorganisation muss in neuen Organisationsmodellen alle Qualifikationen einbinden, neue Qualifikationen müssen dann auch im Tarif Eingang finden.

Irene Maier

5. FORDERUNGEN UND WÜNSCHE DER TEILNEHMER/VERANSTALTER

Die Grundvoraussetzung für eine positive Veränderung ist eine gesamt-gesellschaftliche Wertediskussion, die dringend einzuleiten ist. Es geht darum, Pflege sichtbar zu machen, positive Aufmerksamkeit zu erzielen und zu zeigen, was eine qualifizierte Pflege unter menschenwürdigen Bedingungen leisten kann. Eine solche Vision könnte politische Kraft entfalten und die Betroffenen selbst zu Akteuren machen.

Es braucht eine Lobby für die Pflege im Sinne der Klienten (pflegebedürftige, behinderte, kranke Menschen aller Altersstufen). Eine Lobby, die sich für eine angemessene Versorgung in dafür geeigneten Strukturen und in geeignetem Finanzrahmen einsetzt – geregelt werden müssen auch Aufgabenverteilung und Vernetzung. Die Umsetzung des „neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes“ ist ein Schritt in die richtige Richtung, erstmals wurde damit ein auf pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen basierender Ansatz leistungsgerecht umgesetzt.

Die professionell Pflegenden selbst sind aufgefordert, sich politisch zu engagieren. Das heißt, sowohl als Bürger für ein gerechtes und qualitätsgeleitetes System der Versorgung einzutreten als auch, als Angehörige einer Profession für die eigenen Belange zum Nutzen der Klienten zu kämpfen. Der Schlüssel für einen solchen Wandel der professionellen Haltung liegt in der Bildung und in der Sozialisation am

Arbeitsplatz. Hierzu bedarf es Vorbildern und einer pflegerischen Führungskultur.

Die Pflegefachpersonen sind Träger und Botschafter der eigenen Professionalität. Sie müssen lernen, diese nach außen erkennbar und verstehbar zu machen. Durch die Anerkennung des Beitrags der Pflegefachpersonen zur Versorgung durch die Stakeholder im System wird ein gesellschaftlicher Perspektivwechsel erreicht und damit Wertschätzung befördert.

Die Anerkennung des Beitrags der Pflegefachpersonen würde auch eine Veränderung der wirtschaftlichen Grundkonstanten bewirken. Die Ressource Pflegekompetenz würde nicht mehr als beliebig und reduzierbar bzw. abqualifizierbar erscheinen. Es würden sich Stellenausstattung und Qualifizierung verbessern, Leistungen würden professionell definiert und entsprechend vergütet.

Professionalität beinhaltet auch Autonomie und Verantwortung. Diese Professionalität muss auch in der gesellschaftlichen Wahrnehmung, Anerkennung und Überprüfung der Leistung und ihrer Qualität deutlich werden. Statt kleinteiliger Kontrolle von Arbeitsschritten und bürokratischen Auswüchsen sind die Ergebnisqualität und die Zufriedenheit der Klienten maßgeblich.

Trotz aller Veränderungen durch eine bessere und gerechtere Verteilung der aufgewendeten Ressourcen und selbst bei der anhaltenden Ausgabensteigerung sind die bereit gestellten Ressourcen endlich. Ein effektiver und effizienter Einsatz ist eine Selbstverständlichkeit. Um eine gerechte und nachvollziehbare Entscheidung der Ressourcenallokation zu erreichen, muss es auf der Mikroebene pragmatische Entscheidungshilfen/Prioritätensatzkonzepte für Situationen von Knappheit geben. Die müssen sowohl fachlichen als auch ethischen Anforderungen genügen. Letztendlich führt die Verweigerung einer Leistung – egal, ob durch Entscheidung auf Makro-, Meta- oder Mikroebene – für die handelnden Akteure im direkten Klientenkontakt immer zu einem ethischen Dilemma. Dies muss über etablierte transparente Verfahren aufgefangen werden.

6. AUSBLICK

Ziel der Veranstaltung war es, eine öffentliche Diskussion um die Rationierung und die damit verbundenen Qualitätsverluste der Pflege anzustoßen – dazu wurde diese Diskussionschrift aufgelegt. Aus den Einsichten erwachsen Aufgaben für uns Alle: als Bürger, als Politiker und Kostenträger, überhaupt im Gesundheitswesen Verantwortliche, Aufgaben für die Berufsgruppe selbst, insbesondere auch im Management der Pflege.

Wir wünschen eine breite Diskussion. Es ist beabsichtigt, in nächster Zeit in einem kleineren Kreis weitere Schritte im Sinne eines Aktionsplanes anzugehen.

ÜBERSICHT: 16 KERNAUSSAGEN

1. Pflegende arbeiten als größte Berufsgruppe fast überall im Gesundheitswesen.
2. Primäre Aufgabe der Pflege: Kranken helfen, ihre täglichen Aktivitäten selbstständig auszuführen.
3. Pflege erfordert qualifizierte Haltung, Fachkenntnisse und Fertigkeiten.
4. Pflegewissen ist international vorhanden, Spezialisierungen sind nötig.
5. Der Hochleistungsmedizin in Deutschland fehlt eine adäquate Pflege. Bürger brauchen eine professionelle Begleitung, um in ihren Alltag zurückzukehren und um ihre Krankheit zu bewältigen.
6. Pflegende haben den dichtesten Kontakt zu Patienten und Familien.
7. Pflegende können Patienten und Familien schützen.
8. Gute Pflege könnte Kosten sparen: weniger Rückfälle/Komplikationen.
9. Pflegerische Versorgung wird weggekürzt.
10. Pflege wird zu eng wahrgenommen.
11. Pflegende melden sich ab, leiden unter „Burn-Out“.
12. Pflege stellt sich nicht ausreichend dar.
13. Weniger Fachpersonal als vermutet vorhanden.
14. Pflegefachpersonal – in wenigen Jahren am meisten gesucht.
15. Gute Pflege führt zu guten Ergebnissen.
16. Gesundheitsbranche als Wachstumsfaktor.

LITERATURVERZEICHNIS

- Aiken, L. H., u.a. (2001): *Nurses Reports On Hospitals Care in Five Countries, Health Affairs, 5/6- 2001, S. 43-53*, <http://content.healthaffairs.org/content/20/3/43.full>
- Aiken, L. H. u.a. (2012): *Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States.*, *BMJ.*, 20. März 2012.
- Bartholomeyczik, Sabine (2007): *Reparaturbetrieb Krankenhaus. DRGs und ihre Auswirkungen aus Sicht der Pflege.* In: *Dr. med. Mabuse, 166, S. 57-60.*
- Geraedts, M., Brechtel, T., Zöll, R., Hermeling, P. (2012): *Beurteilungskriterien für die Auswahl einer Pflegeeinrichtung.* In: Böcken, J., Braun, B., Repschläger, U. *Gesundheitsmonitor 2011. Bürgerorientierung im Gesundheitswesen. Kooperationsprojekt der Bertelsmann Stiftung und der BARMER GEK, S. 155-172*, Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh.
- GEK (2008): *GEK-Pflegereport- Schwerpunktthema: Medizinische Versorgung in Pflegeheimen*, <http://www.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Infothek/Studien-und-Reports/GEK-Schriftenreihe-Gesundheitsanalyse/Pflege/PDF-Pflegereport-2008,property=Data.pdf>
- Grossmann, F. (2005): *Rationierung von Pflege bedingt höhere Patientensterblichkeit.* *Die Schwester/Der Pfleger (44) 11: S. 886-888.*
- Hasselhorn, H. M., Mueller, B. A., Tackenberg, P. (2005): *NEXT-Scientific Report, Universität Wuppertal*
- Institut für Demoskopie Allensbach (2009): *Pflege in Deutschland: Ansichten der Bevölkerung über Pflege*, http://www.paritaet-alsopfleg.de/index.php?option=com_content&view=article&id=253%3Ainstitut-fuer-demoskopie-allensbach-pflege-in-deutschland-ansichten-der-bevoelkerung-ueber-pflege&catid=1%3Aarbeitshilfen&Itemid=2&lang=de
- Isfort, M., Weidner, F. (2009): *Pflege-Thermometer – eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus*, http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/dip_Pflege-Thermometer_2009.pdf
- Needleman, J. (2003): *Nurse staffing and Patient safety*, *Int. J. Qual. Health Care.* (15) 4, S. 275-277.
- Pricewaterhousecoopers (2010): *Fachkräftemangel – Stationärer und ambulanter Bereich bis zum Jahr 2030*, <http://www.pwc.de/de/gesundheitswesen-und-pharma/fachkraeftemangel-stationaerer-und-ambulanter-bereich-bis-zum-jahr-2030.jhtml>
- Reiners, H. (2011) : *Mythen der Gesundheitspolitik, 2. Auflage*, Verlag Hans Huber, Bern.
- Ostwald, D. A. (2011): *Die Pflege – Jobmotor der Gegenwart und Wachstumsbranche der Zukunft*, *PWC-Gutachten.*
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007): *Gutachten 2007, Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung*, <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/16/063/1606339.pdf>
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009): *Sondergutachten 2009, Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens*, <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/16/137/1613770.pdf>
- Schubert, M. u.a. (2008): *Rationing of nursing care and its relationship to patient outcomes: the Swiss extension of the International Hospital Outcomes Study.* *Int J Qual Health Care, 20(4): S. 227-237.*
- Sermeus, W. u.a. (2011): *R.C. Rn4cast, Nurse Forecasting in Europe (RN4CAST): Rationale, design and methodology.* *BMC Nurs, 10(1): S. 6 f.*
- Schmidt, S. u.a. (2009): *Bessere Arbeitsbedingungen – höhere Qualität*, <http://www.3q.uni-wuppertal.de/index.php?Zeitschriftenartikel>

- *Simon, M. (2009): Stellenabbau im Pflegedienst, Verlag Hans Huber, Bern.*
- *Simon, M. (2012): Beschäftigte und Beschäftigungsstrukturen in Pflegeberufen, Deutscher Pflegerat (DPR), [http://www.deutscher-pflegerat.de/dpr.nsf/E81BDA151130EDFEC125796C003DEB66/\\$File/DPR_Prof.%20Simon_Besch%C3%A4ftigte%20und%20Besch%C3%A4ftigungsstrukturen%20in%20Pflegeberufen_Eine%20Analyse%20der%20Jahre%201999%20-%202009_120118.pdf](http://www.deutscher-pflegerat.de/dpr.nsf/E81BDA151130EDFEC125796C003DEB66/$File/DPR_Prof.%20Simon_Besch%C3%A4ftigte%20und%20Besch%C3%A4ftigungsstrukturen%20in%20Pflegeberufen_Eine%20Analyse%20der%20Jahre%201999%20-%202009_120118.pdf)*

LISTE DER REFERENTEN SOWIE DER IM TEXT ZITIERTEN
TAGUNGS-TEILNEHMER

Anacker, Manuela
Referentin der Abt. Sozialpolitik, Sozialverband VdK,
Landesverband NRW e.V., Düsseldorf

Bartholomeycik, Prof. Dr. Sabine
Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE), Witten

Beckers, Annette
Heimleitung, St. Lambertus Pflegeeinrichtungen, Castrop-Rauxel

Bienstein, Prof. Christel
Leiterin Department für Pflegewissenschaft, Universität Witten/Herdecke

Galgan, Manuela
Berufsgenossenschaftliches Universitätsklinikum Bergmannsheil GmbH,
Bochum

Gemkow, Angelika
Bielefeld

Geraedts, Prof. Dr. Max
Department für Medizin, Universität Witten/Herdecke

Gille, Gudrun
Berlin

Grüber, Dr. Katrin
Leiterin IMEW – Institut Mensch, Ethik und Wissenschaft, Berlin

Haverkamp, Cäcilia
Geschäftsleitung, CBT-Wohnhaus St. Franziskus, Langenfeld

Igl, Prof. Dr. Gerhard
Institut für Sozialrecht, Rechtswissenschaftliche Fakultät,
Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

Jakobs, Reiner
Siegen

Juchems, Stefan
Düsseldorf

Kleinstück, Stefan
Demenz-Servicezentrum Region Köln und das südliche Rheinland, Köln

Ludorff, Otto B.
Geschäftsführer, Sozial-Betriebe-Köln gGmbH

Maier, Irene
Pflegedirektorin, Universitätsklinikum Essen

Miller, Peter
Therapiezentrum Burgau

Pannen, Ulrich
AOK Rheinland / Hamburg, Düsseldorf

Pick, Dr. Peter
Geschäftsführer, Med. Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V., Essen

Pohlmann, Reinhard
Bereichsleiter für Seniorenarbeit, Sozialamt der Stadt Dortmund

Poreda, Sybille
Pflegedienstleiterin, Seniorenwohnpark Burgholz, Dortmund

Reiners, Hartmut
Berlin

Schmidt, Sascha
Bergische Universität Wuppertal

Schubert, Dr. Maria
Institut für Pflegewissenschaft, Universität Basel / Schweiz

Segmüller, Tanja
Wuppertal

Seibert, Ulrike
Dezernat 34 (Sozialpolitische Förderprogramme), Bezirksregierung
Düsseldorf

Vorwerk-Rosendahl, Petra
Stadtverwaltung Arnsberg

Wagner, Franz
Bundesgeschäftsführer, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V.,
Berlin

Weidner, Prof. Dr. Frank
Direktor, Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V., Köln

Zegelin, Prof. Dr. Angelika
Department für Pflegewissenschaft, Universität Witten/Herdecke

DIE AUTOREN

Prof. Christel Bienstein
Leiterin, Department für Pflegewissenschaft, Universität Witten/Herdecke

Tanja Segmüller (MScN)
Department für Pflegewissenschaft, Universität Witten/Herdecke

Franz Wagner (MSc)
Bundesgeschäftsführer, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK)

Prof. Dr. Angelika Zegelin
Department für Pflegewissenschaft, Universität Witten/Herdecke

ANSPRECHPARTNERIN IN DER KONRAD-ADENAUER-STIFTUNG

Dr. Mechthild Scholl
KommunalAkademie
Politische Bildung der Konrad-Adenauer-Stiftung e.V.
Bildungszentrum Schloss Eichholz
Urfelder Str. 221
50389 Wesseling
Telefon: +49(0)-22 36-707-4427
E-Mail: mechthild.scholl@kas.de

PUBLIKATIONSREIHE

„HANDREICHUNGEN ZUR POLITISCHEN BILDUNG“

In der Publikationsreihe „Handreichungen zur Politischen Bildung“ sind bisher erschienen:

■ **Band 1:**

Die Christlich-Demokratische Union. Grundüberzeugungen, Geschichte, Organisation
Erstellt von J. Christian Koecke und Michael Sieben
2., überarbeitete und erweiterte Auflage
Wesseling, März 2010
ISBN 978-3-941904-42-2

■ **Band 2:**

Katrin Grüber: Zusammen leben ohne Barrieren. Die Umsetzung der UN-Konvention für die Rechte von Menschen mit Behinderungen in Kommunen
Wesseling, April 2010
ISBN 978-3-941904-18-7

■ **Band 3:**

Klaus-Jürgen Engelen: Die energiepolitische Zukunft der Europäischen Union.
Zwei Planspiele zur Arbeitsweise der EU (Ringbuchordner)
Wesseling, April 2010

■ **Band 4:**

Ondrej Kalina: erfolgreich.politisch.bilden.
Faktensammlung zum Stand der Politischen Bildung in Deutschland
Wesseling, Juli 2010
ISBN 978-3-941904-54-5

■ **Band 5:**

Melanie Piepenschneider, Klaus Jochen Arnold (Hrsg.):
Was bedeutet uns der 20. Juli 1944?
Wesseling / Hannover, März 2011
ISBN 978-3-941904-96-5

▪ Band 6:

Melanie Piepenschneider, Klaus Jochen Arnold (Hrsg.):
DDR: Mythos und Wirklichkeit. Wie die SED-Diktatur den Alltag der DDR-Bürger bestimmte.
Didaktische Begleitung zur gleichnamigen Ausstellung
(Überarbeitete 2. Auflage)
Wesseling / Potsdam, November 2012
ISBN 978-3-942775-23-1

▪ Band 7:

Melanie Piepenschneider, Klaus Jochen Arnold (Hrsg.):
Was war die Mauer? Die Errichtung der innerdeutschen Grenzanlagen durch das SED-Regime und ihre Folgen
(Überarbeitete 2. Auflage)
Wesseling / Potsdam, Januar 2013
ISBN 978-3-944015-28-6

▪ Band 8:

Klaus-Jürgen Engelen:
„Cicero“ – Entscheidungs- und Konferenzplanspiele zur Staatsschuldenkrise in der EU
Wesseling, April 2012
ISBN 978-3-942775-81-6

▪ Band 9:

Annette Wilbert:
Update Politische Bildung. Leitfaden für die Seminarpraxis
Wesseling, Januar 2013
ISBN 978-3-944015-30-9