
Zur Situation der Pflege in Deutschland

Rolf Höfert

Grundsätzliches

Die Situation der Pflege in Deutschland ist angespannter denn je. Nach partikularen Verbesserungen, die durch die Protestkundgebungen der Pflege in den Jahren 1989 und 1992 bewirkt worden waren, sind in allen Leistungsbereichen keine zielführenden Veränderungen mit merklichen Auswirkungen auf den Pflegealltag mehr zu erkennen.

Die Brisanz des Handlungsdrucks wird weiterhin – auch nach dem von dem damaligen Gesundheitsminister Philipp Rösler für 2011 ausgerufenen „Jahr der Pflege“ – politisch ausgeblendet, und das vor dem Hintergrund des demografischen Wandels, der eine rasant steigende Pflegebedürftigkeit der Bevölkerung mit sich bringt (u. a. durch die steigende Zahl von Demenzkranken und die zunehmende Tendenz sowohl bei den Fallzahlen wie bei der Fallschwere in den Krankenhäusern) sowie angesichts der Perspektive des Fachkräftemangels. So wurden in den letzten zehn Jahren mehr als 50.000 Pflegeplanstellen (14,2 %) in den Krankenhäusern abgebaut. Daneben sind auch die Verkürzung der Verweildauer in den Kliniken, die Notwendigkeit der Qualitätsverbesserung des Risikomanagements und überhaupt die Anforderungen der Qualitätssicherung und der Kundenorientierung Faktoren, die den aktuellen Pflegealltag prägen.

Das Förderprogramm „Pflegekompensation“, noch von Gesundheitsministerin Ulla Schmidt für die Jahre 2009–2011 mit avisierten 17.000 zusätzlichen Pflegekräften in den Krankenhäusern eingeführt, ist zum Jahresende 2011

ausgelaufen. Und die ständigen Schlagzeilen, bei denen es um Pflegemängel in den Einrichtungen geht, erleichtern natürlich die Akquise von Fachkräften in Konkurrenz zu anderen Ausbildungsberufen auch nicht.

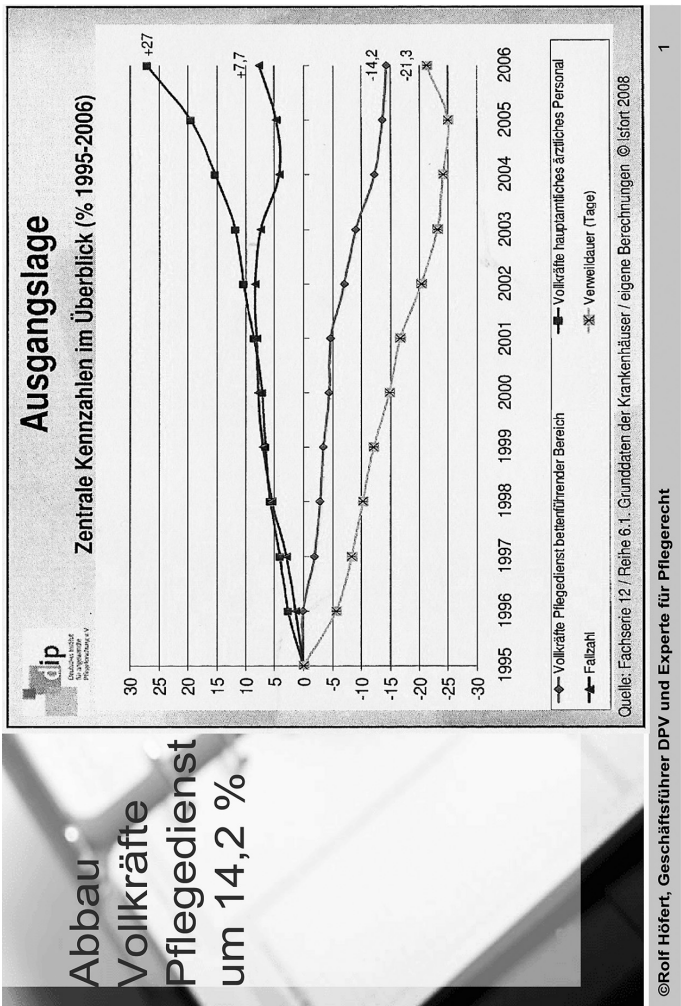


Abb. 1: Entwicklung des Personalbestandes in der Pflege

Die Prognose, dass es bis 2030 3,4 Mio. Pflegebedürftige im Bereich der Pflegeversicherung geben wird und dass die Fallzahlen in den Krankenhäuser auf 18 Mio. jährlich steigen werden, verstärkt die Brisanz des aktuellen und absehbaren Fachkräftemangels in der Pflege. Internationale Studien belegen, dass günstige Personalausstattungsquoten im Pflegebereich durchgängig bessere Ergebnisse im Hinblick auf die Versorgungsqualität bringen. Patienten in den Krankenhäusern mit den höchsten Patientenquoten je Pflegekraft hatten eine um 26 % höhere Sterbewahrscheinlichkeit, und die Wahrscheinlichkeit, dass die Pflegekräfte mit ihrer Arbeit unzufrieden sind, war doppelt so hoch.¹

In Deutschland wird immer wieder der Dekubitus (Druckgeschwür) als exemplarisches Symptom genannt, das auf mangelhafte Pflege hinweist. Hier wird dann dem Pflegepersonal mangelnde Vorbeugung vorgeworfen. Andererseits ist es immer noch nicht gelungen, die Möglichkeit zu schaffen, dass die Dekubitus-Prophylaxe durch die Hausärzte verordnet wird; vielmehr werden oft erst nach der Entstehung einer Wunde Maßnahmen zur Wundversorgung angeordnet.

Kooperation

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat bereits in seinem Gutachten von 2007 unter dem Motto „Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung“ umfassende und aufeinander abgestimmte Konzepte für eine zielorientierte Gesundheitsversorgung im Sinne der Kooperation und Verantwortung aller Akteure im Gesundheitswesen vorgelegt.²

Unter anderem stellte der Rat fest, dass „die Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe nicht den Veränderungen im Morbiditätsspektrum oder den neuen strukturellen Anforderungen einer sektorenübergreifenden Versorgung“ ent-

spreche. Kennzeichnend seien „Rechtsunsicherheit, mangelnde interprofessionelle Standardisierung, nicht immer effiziente Arztzentriertheit und Ausbildungsmängel“. Der Sachverständigenrat appellierte daher an das Umdenken aller Heilberufe.³

Exemplarisch für das Bemühen der Pflegeberufe, modernen Maßstäben im Hinblick auf Qualität und Professionalität gerecht zu werden, sind die – interdisziplinär erarbeiteten – nationalen Expertenstandards des Deutschen Netzwerkes Qualitätsentwicklung in der Pflege zu den Feldern Dekubitusprophylaxe (2004/10), Entlassungsmanagement (2009/11), Schmerzmanagement (2005), Sturzprophylaxe (2006), Kontinenzförderung (2007), chronische Wunden (2009) und Ernährung (2010).

Ein Grundproblem der pflegerischen Versorgung im ambulanten und stationären Bereich ist die Tatsache, dass der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff immer noch nicht gesetzlich implementiert ist. Der Begriff der Pflegebedürftigkeit wird seit Einführung der Pflegeversicherung im Jahre 1995 kritisch diskutiert, vor allem deswegen, weil er in seiner klassischen Gestalt verrichtungsbezogen und einseitig somatisch definiert ist. Gesichtspunkte wie Kommunikation und soziale Teilhabe sowie die allgemeine Betreuung, Beaufsichtigung und Anleitung bei Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz sind nicht berücksichtigt. Phänomene wie Weglaufendenzen, Selbst- und Fremdgefährdung, Angst, Wahnvorstellung und Aggression sind ausgeblendet.

Der Bericht des Beirates zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs vom 29.1.2009 enthielt konkrete Vorschläge zur Änderung der einschlägigen §§ 14 und 15 SGB XI. Mit einem neuen Begutachtungsassessment gemäß den Kriterien

- (1) Mobilität,
- (2) kognitive und kommunikative Fähigkeiten,
- (3) Verhaltensweisen und psychische Problemlagen,
- (4) Selbstversorgung,

- (5) Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen,
- (6) Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte,
- (7) außerhäusliche Aktivitäten und
- (8) Haushaltsführung

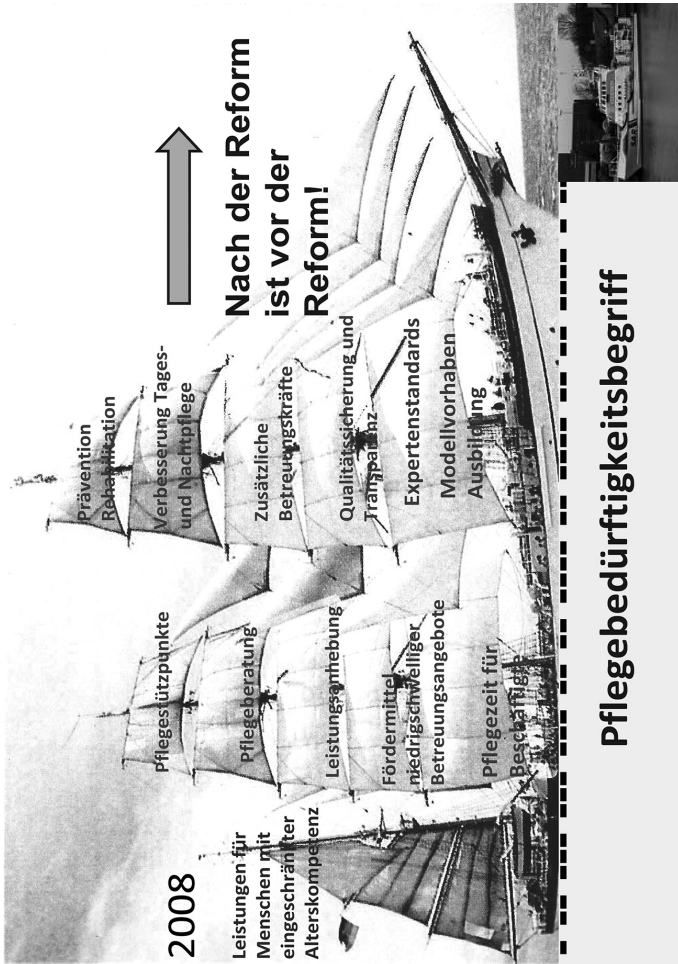


Abb. 2: Reformanliegen für die Pflege

würde ein Verständnis der Pflege im Hinblick auf die Aktivitäten und existenziellen Bedürfnisse des täglichen Lebens etabliert werden.

Der Vorschlag des Beirates zur Eingruppierung in fünf Bedarfsgrade – von geringer Beeinträchtigung der Selbständigkeit bis zu schwersten Beeinträchtigungen, die mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung einhergehen – wäre eine personenorientierte Einschätzung gegeben und würde eine angemessene Versorgungsplanung ermöglicht. Nach dem zweiten Auftrag vonseiten der damaligen Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt an den Beirat, den Pflegebedürftigkeitsbegriff zu überprüfen, und zwar im Hinblick auf eine konkrete Umsetzung der Vorschläge, wurden am 25.5.2009 die Ergebnisse vorgelegt. Dabei wurden auch die finanziellen Auswirkungen einer Realisierung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs aufgezeigt, aufgefächert in vier mögliche Umsetzungsszenarien. Diese vier Modelle bewegen sich zwischen Kostenneutralität und zusätzlichen Kosten von bis zu 3,6 Mrd. Euro jährlich.

Im Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP vom Oktober 2009 wurde für die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung vereinbart: „Jeder Mensch hat das Recht, in Würde gepflegt zu werden. [...] Die Pflege muss sich noch mehr an den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen orientieren.“⁴ Darüber hinaus heißt es zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung: „Wir wollen eine neue, differenzierte Definition der Pflegebedürftigkeit. Damit schaffen wir mehr Leistungsgerechtigkeit in der Pflegeversicherung.“⁵

Es liegen bereits gute Ansätze vor, die Pflegebedürftigkeit neu zu fassen, sodass nicht nur körperliche Beeinträchtigung, sondern auch anderweitiger Betreuungsbedarf z. B. aufgrund von Demenz berücksichtigt werden kann. Was die Auswirkungen dieser Ansätze auf die Gestaltung der Pflegeversicherung und im Hinblick auf die Zusammenführung mit anderen Leistungssystemen betrifft, besteht jedoch noch Überprüfungsbedarf.

Berufsgesetz und Kammer für Pflegeberufe

Seit Jahren gibt es emotional geführte Diskussionen über die Verteilung von Kompetenzen, insbesondere zwischen Ärzten und Pflegepersonal. Die perspektivischen Herausforderungen, die durch den demografischen Wandel und den Fachkräftemangel in allen Versorgungsstrukturen des Gesundheits- und Pflegewesens bedingt sind, erfordern dringend eine politische Neujustierung für die Gesundheitsberufe, und zwar im Sinne einer partnerschaftlichen Verhältnisbestimmung. Auch das bereits erwähnte Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen aus dem Jahre 2007 stützt diese Aussage.

In diesen Zusammenhang gehören die Empfehlungen:

- eine Modellklausel zur stärkeren Einbeziehung nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe,
- die Übertragung von Tätigkeiten, die das Versorgungssystem bisher unzureichend abdeckt, auf nichtärztliche Gesundheitsberufe – z. B. im Bereich der Prävention,
- eine größere Handlungsautonomie der nichtärztlichen Berufe, z. B. die Möglichkeit einer Verordnung von Pflegebedarfsartikeln durch die Pflege,
- Poolkompetenzen für Tätigkeiten, die von mehreren Berufsgruppen ausgeführt werden können.

Zur Pflegeprofession heißt es in dem Gutachten: „Eine Tätigkeitsübertragung von Aufgaben insbesondere auf die Pflege und eine größere Handlungsautonomie derselben ist nicht zu umgehen, wenn die Versorgung aufrechterhalten und verbessert werden soll. [...] In Zukunft sollte die Pflege eigenständig erstens den pflegerischen Bedarf einschätzen, zweitens Verantwortung für die Durchführung der Pflege tragen und drittens die Überprüfung der Resultate der pflegerischen Versorgung übernehmen.“⁶

Der Sachverständigenrat weist ferner auf die ineffiziente Aufgabenverteilung und die Arztzentriertheit des Systems sowie auf das verbreitete berufsständische Denken hin.

Die Pflege- und Berufsverbände haben dieses Gutachten als Bestätigung ihrer langjährigen Forderung nach einem klaren Berufsgesetz für die Krankenpflege, Kinderkrankenpflege und Altenpflege gewertet – über die bestehenden Ausbildungsgesetze hinaus. Im bestehenden Krankenpflegegesetz sowie im Altenpflegegesetz sind zwar jeweils in § 3 die Ausbildungsziele, aber nicht die Kompetenzen und Verantwortungsstrukturen geregelt.

Die Pflegeprofession ist mit ihrem Ansatz ganzheitlicher, am Patienten bzw. Bewohner orientierter Konzepte und wissenschaftlicher Expertisen sicherlich kein Konkurrent, insbesondere nicht für die Ärzteschaft, sondern als „anderer Heilberuf“ im Sinne von Art. 74, Abs. 1 Nr. 19 GG Partner in den Versorgungsstrukturen. Hieraus leitet sich ab, dass die Pflegeprofession eine Verordnungskompetenz für pflegerische Interventionen im Bereich der Prophylaxe und Prävention sowie im Case-Management haben sollte.

Bereits im Jahre 2002 war das Bundesverfassungsgericht in seinem Urteil vom 24.10.2002 zum Altenpflegegesetz bzw. zur Frage nach der Gesetzgebungskompetenz des Bundes für die Altenpflegeausbildung der Einschätzung eines Expertengutachtens gefolgt, dass „eine klare Unterscheidung zwischen Einsatzbereichen von Fachkräften und ausgebildeten Helfern in der Pflege erforderlich“ und „gesetzliche Regelungen zur Abgrenzung der Tätigkeitsbereiche in der Pflege“ empfehlenswert seien.⁷ Die Tatsache, dass (auf Empfehlung des Sachverständigenrates) durch das Pflegeweiterentwicklungsgesetz vom 28.5.2008⁸ in Gestalt des novellierten § 63 SGB V die Möglichkeit geschaffen wurde, in Pilotprojekten („Modellvorhaben“) den „anderen Heilberufen“ zusätzliche Kompetenzen zu übertragen, ist zu begrüßen. § 63 Abs. 3b SGB V betrifft die „Verordnung von

Verbandsmitteln und Pflegehilfsmitteln“ sowie die „inhaltliche Ausgestaltung der häuslichen Pflege einschließlich deren Dauer“ durch Angehörige der Pflegeberufe, „soweit diese aufgrund ihrer Ausbildung qualifiziert sind und es sich bei der Tätigkeit nicht um selbständige Ausübung von Heilkunde handelt“ und § 63 Abs. 3c SGB V darüber hinaus eine „Übertragung der ärztlichen Tätigkeiten, bei denen es sich um selbständige Ausübung von Heilkunde handelt“.

Die Realisierung dieser gesetzlichen Möglichkeiten, insbesondere derjenigen nach § 63 Abs. 3c SGB V, lässt weiter auf sich warten. Der nach dem Gesetz zuständige Gemeinsame Bundesausschuss hat im Oktober 2011 Richtlinien verabschiedet, bei welchen „Tätigkeiten, bei denen es sich um selbständige Ausübung von Heilkunde handelt“, eine Übertragung auf Angehörige der genannten Berufe im Rahmen von Modellvorhaben erfolgen kann. Die Richtlinien sind mit der Veröffentlichung im Bundesanzeiger am 22. März 2012 in Kraft getreten.⁹

Der Deutsche Pflegerat und seine Mitgliedsverbände fordern jedoch, wie bereits erwähnt, darüber hinaus ein umfassendes Berufsgesetz – gleichsam eine Straßenverkehrsordnung für die Pflege in Deutschland. Dieses Gesetz sollte vor allem – über die Regelungen in den bestehenden Ausbildungsgesetzen hinaus – eine Definition der Aufgaben und Kompetenzen der Pflegenden enthalten, und zwar nicht zuletzt auch im Verhältnis zu den übrigen Akteuren im Gesundheits- und Sozialwesen. Die von der Bundesregierung bereits für März 2011 in Aussicht gestellten Eckpunkte zu diesem Berufsgesetz wurden am 1. März 2012 von einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe vorgelegt. Beispielhaft könnte das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) für die Republik Österreich von 1997 sein. Dort sind neben den Berufspflichten auch das Berufsbild und die Tätigkeitsbereiche der einschlägigen Berufe klar definiert. Zurzeit wird in Deutschland retrospektiv durch Richterrecht festgestellt, was die Pflege hätte tun bzw. nicht tun dürfen.

So bleibt die Kardinalfrage zwischen Ärzten und Pflegenden weiterhin die nach der Aufgabenkompetenz für die Pflegeberufe im Sinne von Allokation, Substitution oder Delegation.

Vor dem Hintergrund der Zunahme chronischer Leiden und der Multimorbidität sowie der notwendigen Veränderungen in den Versorgungsstrukturen kann die Pflege einen zukunftsorientierten Beitrag zur Qualitätssicherung leisten. In den europäischen Nachbarländern sind Nurse-Practitioner bereits eine Selbstverständlichkeit im System der Gesundheitsversorgung.

Ein weiterer Baustein zur Stärkung der Pflege wäre – neben einem Berufsgesetz – die bereits seit mehr als 20 Jahren von den Pflegenden in Deutschland geforderte Selbstverwaltung der Pflegeberufe im Sinne einer Pflegekammer. Die Gesundheit- und Sozialgesetzgebung setzt generell auf die Selbstverwaltungsorgane. Die Pflegeprofession wird hierbei jedoch bisher nur partikular beteiligt und ist nicht in einer selbstverständlichen Weise mit eigenen Organen in die einschlägigen Prozesse eingebunden. In einzelnen Bundesländern (wie in Bremen, in Hamburg und dem Saarland) existieren zwar auf landesrechtlicher Ebene Berufsordnungen. Es bedarf aber einer rechtlich abgesicherten Institution, die deren Umsetzung garantiert und der die Verantwortung für die Einhaltung der professionellen Standards zukommt.

Seit 1993 gab es in vielen Bundesländern Initiativen zur Verabschiedung eines Gesetzes zur Schaffung einer Pflegekammer. Diese Initiativen wurden aber jeweils von der Opposition eingebracht und erhielten keine Mehrheit.

So wurde der Vorstoß des damaligen bayerischen Gesundheitsministers Markus Söder Ende Januar 2011 mit dem Ziel, für Bayern eine Pflegekammer zu schaffen, von den Berufsverbänden einhellig begrüßt. Bereits am 9.2.2011 gründete der Minister ein „Bündnis für Pflegekammer“ in Bayern, an dem neun Pflege- und Berufsverbände beteiligt sind.

Mit dem Gesetzentwurf vom März 2011 zur Änderung des Heilberufekammergesetzes für Bayern mit dem Ziel einer Implementierung der Pflegekammer hat Minister Söder den schon länger bestehenden Handlungsdruck aufgenommen. Leider ist die Verabschiedung des Gesetzes in Bayern bisher noch nicht realisiert, weil der Koalitionspartner FDP bremst.

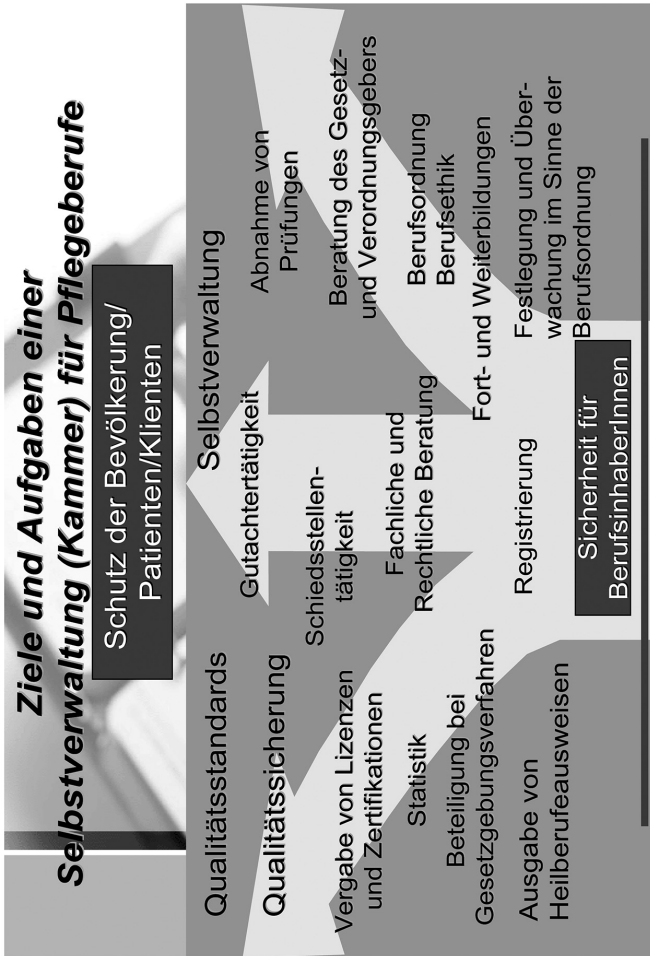


Abb. 3: Aufgaben einer (zu schaffenden) Pflegekammer

Die Behauptung, dass die Pflegeverbände in Bezug auf diese Forderung uneinig seien, ist im Übrigen widerlegt durch die Positionierung des Deutschen Pflegerates mit seinen damals 14 Mitgliedsverbänden (heute sind es 16) im Jahre 2009: Damals hat er umgehende Gesetzesinitiativen in allen Bundesländern gefordert mit dem Ziel, dort Pflegekammern als Körperschaften des öffentlichen Rechts einzurichten.

Im Sinne der Qualität der künftigen Versorgung und somit zum Schutze der Patienten in Krankenhäusern und der Kunden von ambulanten Pflegediensten sowie der Bewohner von Pflegeeinrichtungen sind sowohl ein Berufsgesetz für die Pflege als auch eine Kammer für Pflegeberufe in jedem Bundesland unabdingbar.

Für die Partnerberufe im Gesundheitswesen muss die pflegerische Kompetenz und Verantwortung transparent sein. Das künftige Motto für die Zusammenarbeit muss nämlich lauten: *Kooperation statt Konfrontation*. Glücklicherweise funktioniert die Kollegialität auf Augenhöhe und die vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegenden vor Ort – mit belegter Effizienz und Zufriedenheit – schon besser, als es auf der politischen Ebene den Anschein hat. Berufsgesetz und Pflegekammer wären jedoch außerdem – im Kontext der Diskussion über den Fachkräftemangel – auch Module zur Verbesserung der Attraktivität des Pflegeberufs für potenzielle Bewerberinnen und Bewerber.

Anmerkungen

¹ Rafferty, A. M. / Clarke, S. / Coles, J. / Ball, J. / James, P. / McKee, M. / Aiken, L.: Outcomes of variations in hospital nurse staffing: cross sectional analysis of survey data and discharge records. In: International Journal of Nursing Studies 44 (2007), 175–182. – Die Studie stützt sich auf Untersuchungen in chirurgischen Abteilungen von 30 englischen Akutkrankenhäusern.

² Pressemitteilung anlässlich der Übergabe des Gutachtens am 3. Juli 2007 (www.svr-gesundheit.de/Informationen/Pressemitteilung_SVR0407-2007.pdf), 1.

³ Vgl. ebd., 2.

⁴ Koalitionsvertrag 2009, 92 und 93 (Nr. 9.2) (www.cdu.de/doc/pdfc/091026-koalitionsvertrag-cducsu-fdp.pdf).

⁵ Ebd., 93.

⁶ Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten 2007 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Bundestags-Drucksache 16/6339), 99.

⁷ Vgl. 2 BvF 1/01 vom 24.10.2002, Rn. 390.

⁸ BGBl I 2008, 874ff.

⁹ Bundesanzeiger Nr. 46 vom 21. März 2012, 1128.

Stärkung der ärztlichen und pflegerischen Versorgung: Möglichkeiten der Gesundheitspolitik

Rolf Koschorrek

Obwohl die demografische Entwicklung seit den 1970er Jahren absehbar ist, wurde sie lange ignoriert. Mittlerweile sind die Auswirkungen der demografischen Veränderungen deutlich sichtbar, vor allem in den abgelegenen ländlichen Regionen unseres Landes, sodass wir als Gesetzgeber vor einem mittlerweile unverkennbar gewordenen Handlungsbedarf stehen. Die aktuelle Herausforderung an die Gesundheitspolitik ist es, dass wir unser international anerkanntes Gesundheitssystem über den Tag hinaus unter Erhaltung des gewohnt hohen Niveaus für die älter werdende Gesellschaft „fit“ machen.

Dabei ist es nach meiner Überzeugung wichtig, dass wir die Anforderungen, die die demografische Entwicklung mit sich bringt, ganz wesentlich auch als Chance verstehen, um die Dinge positiv voranzubringen. Im Zuge dessen wird sich die heute leider noch weit verbreitete Skepsis gegenüber Innovationen und Veränderungen verlieren müssen.

Wer Veränderungen will und realisiert, kann sich naturgemäß damit nicht nur Freunde machen, sondern stößt so gut wie zwangsläufig hier oder dort auf Ablehnung und Widerstand. Unser Ansatz ist es, dass wir alle Veränderungen im System so weit als möglich zusammen mit den beteiligten Leistungserbringern erreichen wollen, indem wir sie in die notwendigen Neuregelungen und Umstrukturierungen einbinden, statt sie nur zu reglementieren.