

„Pflege – eine politische Betrachtung“

Rede von Prof. Dr. Rita Süßmuth
anlässlich der 5. Internationalen Konferenz
„Pflege und Pflegewissenschaft“
am 12. September 2005 in Nürnberg/Fürth

Meine sehr geehrten Damen und Herren,

1) Einleitung

Das Thema Pflege ist in diesen Tagen aktueller denn je und der Stein des Anstoßes hat mich persönlich tief erschüttert. Sicherlich wird ein Großteil unter Ihnen bereits von dem kürzlich veröffentlichten Buch „Abgezockt und totgepflegt“ gehört haben. Für seine Recherchen hat der Autor Matthias Breitscheidel hierzu in fünf verschiedenen Altenheimen als Pflegekraft gearbeitet und das dort Erlebte festgehalten. Matthias Breitscheidel berichtet über entsetzliche Zustände in vier dieser Heime: Über Patienten, die ein menschenunwürdiges Dasein fristeten: Über Menschen, die medikamentös zwangsberuhigt werden, über eine 88-Jährige, die unter entsetzlichen Schmerzen in ihrem Bett förmlich verwest, über eine andere Frau, die gewickelt wird, weil der Toilettengang zu viel Zeit kostet, über eine Patientin, der die Beine abgemommen werden sollen, weil man auf diese Weise keine Probleme mehr mit der Behandlung ihrer offenen Wunden hat. Matthias Breitscheidel berichtet auch von heillos überforderten, ausgebrannten Pflegekräften, die nicht helfen können, weil sie keine Zeit haben.

Nur in einem Pflegeheim hat der Autor angenehme Lebensverhältnisse für die Bewohner und gute Arbeitsbedingungen für das Personal vorgefunden. Sicherlich handelt es sich bei dem Buch „abgezockt und totgepflegt“ um keine repräsentative Studie. Daher warne ich in aller Deutlichkeit vor einfachen Pauschalisierungen. Natürlich gibt es in Deutschland auch gut geführte Pflegeheime. Dennoch zeigt dieser schockierende Bericht, dass im Deutschen Pflegewesen – gerade in der Altenpflege - etwas gewaltig falsch läuft.

Schon vor Jahren klagte ein Großteil des Pflegepersonals unter vorgehaltener Hand, dass sich die Versorgung von Patienten aus Zeitgründen immer mehr auf die Formel „satt und sauber“ reduziere. Wenn man den Bericht von Matthias Breitscheidel liest, müssen alte Menschen heute offenbar schon froh sein, wenn die Grundversorgung überhaupt eingehalten werden kann.

Wie gestaltet sich die Situation in der Zukunft? Fakt ist, dass wir immer älter werden. Angesichts der **demographischen Entwicklung** wird auch der **Bedarf an Pflege steigen** – und zwar in einem beträchtlichen Ausmaß. So rechnet das Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherheit mit einem Anstieg von derzeit über 1,9 Millionen Pflegebedürftigen auf 2,13 Millionen im Jahr 2010. **Doch ist der Pflegebereich überhaupt fitt für die Herausforderungen der Zukunft?**

Hier muss ich ganz klar sagen:

- **Allen Unkenrufen zum Trotz haben die Pflegeberufe eine Zukunft. Davon bin ich fest überzeugt.**

- **Dazu brauchen wir eine Professionalität des Pflegepersonals auf hohem Niveau, was eine fundierte Ausbildung und regelmäßige Weiterbildungsmaßnahmen voraussetzt.**
- **Die Pflege wird sich weiter professionalisieren und die Ausbildung zunehmend an Hochschulen stattfinden.**
- **Wenn sich die Rahmenbedingungen nicht ändern, dann sind die Voraussetzungen für eine gute Arbeit denkbar schlecht. Die Pflegekräfte können nicht mehr das leisten, was eigentlich möglich wäre und werden der individuellen Situation der Betroffenen nicht mehr gerecht.**

Schon heute bietet die Situation im Pflegewesen ernsthaft **Anlass zur Sorge**. Ganz gleich, ob wir hier nun von der stationären oder ambulanten Altenpflege oder der Krankenpflege sprechen.

Neben dem zunehmenden **ökonomischen Druck** klagen die Pflegedienstleister insbesondere über die **Überbürokratisierung und Finanzierungslücken** im Pflegewesen. So lasten zwar hunderte von Regelungen wie ein bleierner Mantel über dem Sektor, doch wenn es darum geht, wer denn die Kosten für die große Wäsche bei Frau Mayer oder das Füttern von Herrn Schmidt übernimmt, herrscht mitunter Ratlosigkeit. Dies führt soweit, dass sich inzwischen **86 Prozent der Pflegedienstleister mittelfristig in ihrer Existenz gefährdet** sehen.

Die **Mitarbeiter** selbst sehen sich einem immer **höheren Zeitdruck** und immer mehr **Dokumentationsarbeit** ausgesetzt. Nägel schneiden, Haare kämmen, Betten machen – alles muss heute im Minutentakt erfolgen und penibel vom Personal aufgeschrieben werden. Denn wer nicht dokumentiert, der bekommt auch kein Geld aus der Pflegeversicherung für die erbrachten Leistungen.

Wenn wir auch in Zukunft eine qualitativ hochwertige und effiziente Pflege gewährleisten wollen, werden wir um **Änderungen** nicht umherkommen. Hier müssen wir an drei Stell-schrauben drehen. Einerseits gilt es künftig, den Zusammenhang zwischen einer guten Ausbildung des Pflegepersonals und einer qualitativ hochwertigen Pflege zu erkennen und diesem verstärkt Rechnung zu tragen. Das heißt: Wir benötigen hoch qualifizierte Pflegelehrer, die gleichzeitig praktische Berufserfahrung vorweisen können, um den Auszubildenden eine gute Brücke zwischen Theorie und Praxis vermitteln zu können. Die Pflegekräfte selbst müssen während ihrer Laufzeit für die neuen Herausforderungen im Pflegewesen vorbereitet werden. So reicht ein rein somatisch ausgerichtetes Pflegeverständnis heute nicht mehr aus.

Auf der anderen Seite müssen wir die **Rahmenbedingungen** auf ihre Tauglichkeit hin zu überprüfen. Wir müssen uns etwa fragen, ob ein Nebeneinander von gesetzlichen Krankenkassen und Pflegekasse, die mitunter dieselben Risiken absichern, weiterhin sinnvoll ist.

Zu guter Letzt müssen wir damit aufhören, die Verantwortung allein auf den Gesetzgeber abzuwälzen. Auch unterhalb der legislativen Ebene sehe ich Möglichkeiten zur Verbesserung der Situation im Pflegewesen, etwa durch eine **stärkere Kooperation zwischen professionellen Pflegern und Ehrenamtlichen**. Sowohl in Altenheimen als auch Krankenhäusern nehmen sie schon heute eine **wichtige soziale Funktion** ein, indem sie einen abwechslungsreichen Zeitvertreib ermöglichen oder Besorgungen für die Betroffenen erledigen. Dieses Engagement ist durchaus noch ausbaufähig, kann aber nur funk-

tionieren, wenn die Ehrenamtlichen entsprechend angeleitet werden, Ansprechpartner aus der professionellen Pflege haben und die Kompetenzen klar verteilt sind.

2) Gesetzliche Rahmenbedingungen der Pflege

Bevor ich auf die Problemstellen im deutschen Pflegewesen und den mitunter harten Pflegealltag eingehe, möchte ich eine Kernfrage in den Raum stellen:

Wie können wir die Qualität in der Pflege verbessern?

Natürlich ist es hier möglich, an verschiedenen Hebeln anzusetzen. Doch jeder weiß: ohne eine fundierte Ausbildung des Personals können wir an den Rahmenbedingungen noch so sehr feilen, wir werden keine hohen Qualitätsstandards auf lange Sicht halten können. Das theoretische Rüstzeug ist das A und O für den qualitativ hochwertigen Dienst am Nächsten. Was es die Ausbildung betrifft, sehe ich in Deutschland durchaus Verbesserungsmöglichkeiten. Ein Blick in die anderen europäischen Länder verdeutlicht, dass wir zur Vermittlung des benötigten Know-hows hierzulande noch stärker auf gut ausgebildete Pflegelehrer setzen müssen. In fast allen EU-Staaten kann heute nur noch Pflegelehrer werden, wer zuvor eine Pflegeerausbildung absolviert hat.

In mehreren EU-Ländern wird zusätzlich ein Nachweis über die berufliche Praxis verlangt. Der Grund dafür ist einfach. Nur wer praktische Erfahrungen vorweisen kann, wird eine direkte Verbindung zwischen Lehren und Handeln ziehen und damit die Kluft zwischen Theorie und Praxis verringern können. Lassen sie mich ein beliebiges Beispiel nennen: Es ist durchaus ein Unterschied, wenn die Pflegekräfte in der Theorie detailliert lernen, wie eine „große Wäsche“ funktioniert und für die Anwendung ihres Wissens in der Praxis gerade einmal 20 Minuten Zeit haben. Mit einer fundierten Ausbildung ist es aber allein nicht getan. In Deutschland müssen wir uns fragen, welchen Stellenwert die Ausbildung der Pflegelehrer einnimmt, welche Mindestqualifikationen dafür erforderlich sind, welche Abschlüsse erworben werden können und wie diese Regelungen mit den Standards in anderen europäischen Ländern harmonisiert werden können. Die unterschiedlichen Zugänge, wie wir sie derzeit in Deutschland vorfinden, sind für die Steigerung der Qualität im Pflegewesen nicht gerade hilfreich.

Nicht nur bei der Ausbildung der Pflegelehrer, sondern auch bei den Pflegekräften ist das theoretische Gerüst essentiell für den beruflichen Werdegang. Dazu hat der Deutsche Bundestag am 10. April 2003 die Novellierung der Krankenpflegeausbildung beschlossen, welche am 1. Januar vergangenen Jahres in Kraft getreten ist. Das modifizierte Krankenpflegegesetz soll die qualitativ hochwertige pflegerische Versorgung unter den veränderten Rahmenbedingungen auch in Zukunft sicherstellen. So bleibt es zwar bei den beiden Berufsbildern für die Kranken- und Kinderkrankenpflege, doch die Ausbildungsziele wurden den neuen Anforderungen angepaßt. Dabei wurde der eigenständige Aufgabenbereich der Pflege hervorgehoben. Er wurde klargestellt, dass die Pflege nicht auf den kurativen Aspekt beschränkt ist. Krankenpflege beinhaltet fortan auch präventive, rehabilitative und palliative Maßnahmen. Auf diese Weise unterliegt Krankenpflege einem umfassenden Ansatz. Es handelt sich dabei um eine qualitativ hochwertige, anspruchsvolle Ausbildung, die in aller Regel von sehr engagierten Menschen gewählt wird. Dem wird durch die Ausbildungsneuordnung mehr Raum gegeben. Die praktische Ausbildung findet nicht mehr nur in Krankenhäusern, sondern auch in geeigneten ambulanten oder stationären Pflege- oder Rehaeinrichtungen statt. Es bleibt zu hoffen, dass das Gesetz auch dazu dient, den Pflegeberuf für junge Frauen und Männer wieder attraktiver zu machen.

Doch allein eine gute Ausbildung reicht heute nicht mehr aus. **Lebenslanges Lernen** gilt auf für den Pflegebereich. Eine adäquate Versorgung der Menschen verlangt eine kontinuierliche berufsqualifizierende Fort- und Weiterbildung der Pflegekräfte. Und – frei nach dem Motto: Vertrauen ist gut, Kontrolle ist besser – sollten dringen **Regelungen zur Überprüfung des aktuellen Fachwissens** aufgestellt werden. Dies ist kein Gängelndes des Pflegepersonals, sondern sollte in dessen eigenem Interesse erfolgen. Dadurch könnte vermieden werden, dass immer mehr gering- oder nicht-qualifizierte Hilfskräfte zum Einsatz kommen. **Denn mit einer Dumpingpflege zu Dumpingpreisen ist niemandem geholfen.**

Ferner sollten Expertenstandards zu bestimmten Schlüsselbereichen in der Pflege weiterentwickelt und die Transparenz über die Qualität der Pflege vorangetrieben werden. Dazu hat das Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung als eine übergreifende Qualitätsoffensive den „**runden Tisch Pflege**“ einberufen, der als Forum und Ideenbörse für eine gute Pflegepraxis und damit der Verbesserung der Pflege dienen soll.

3) **Gesetzliche Rahmenbedingungen der Pflege**

Um auf die Probleme im Folgenden eingehen zu können, möchte ich zuallererst einige Worte über die gesetzlichen Rahmenbedingungen in der Pflege verlieren. Als 5. Säule im System der Sozialversicherung ist die Pflege als 11. Buch des Sozialgesetzbuches verankert. Hier werden Kosten und Leistungen genau definiert. Nach § 43 SGB XI bekommen die Pflegedienstleister bei der stationären Versorgung eines Patienten monatlich zwischen 1023 Euro in der geringsten Pflegestufe und 1688 Euro für so genannte Härtefälle. Auf der anderen Seite werden nach § 65 Abs. 4 SGB XI die zu erbringenden Leistungen genau definiert: Die unterteilen sich in die vier Bereiche Körperpflege, Ernährung, Mobilität und hauswirtschaftliche Versorgung. Nach den Pflegebedürftigkeits-Richtlinien staffelt sich der tägliche Versorgungsaufwand gemäß der Pflegestufen von mindestens 90 Minuten über mindestens 3 Stunden bis hin zu über 5 Stunden.

So weit so gut. Doch während Leistungen und Zeitaufwand im SGB XI genau definiert sind, bleiben Fragen bezüglich des Personalaufwandes offen. So gibt es keinen bundesweiten Pflegeschlüssel, der das Verhältnis zwischen professionellen Pflegekräften und Patienten festlegt. Die Schlüsselfestlegung ist freiwillig, fällt unter die Pflege selbstverwaltung und ist prinzipiell Ländersache. Exemplarisch nenne ich das Beispiel Bayern. Hier wurde ein Schlüssel mit einem Verhältnis von 1 Pflegekraft auf 2,4 Patienten zwischen Pflege selbstverwaltung und dem Freistaat vereinbart. Bedauerlicherweise haben aber bisher nur 75 Prozent der Pflegeheime dieses Angebot angenommen.

4) **Bedarf an Pflege und Bedeutung des Berufs nehmen zu**

Bereits heute gelten nach den Kriterien des Pflegeversicherungsgesetzes über **1,9 Millionen Menschen** in Deutschland als **pflegebedürftig**. Davor wurden Anfang des Jahres rund 625 000 Personen stationär (rund 244 000 Personen in Pflegestufe I, 258 000 in Pflegestufe II, 123 000 in Pflegestufe III) und 1.294 000 Personen zu Hause betreut (rund 742 000 Personen der Pflegestufe I, rund 428 000 Personen der Pflegestufe II und rund 124 000 Personen der Pflegestufe III) zu geordnet.

Ohne ihre Hilfe, meine Damen und Herren, wäre es für etwa 440 000 Menschen daher unmöglich, den Lebensabend in den eigenen vier Wänden zu verbringen. Doch nicht

immer können die Familien die Pflegeaufgaben übernehmen. Und was es für alte Menschen bedeutet, in ein Heim zu gehen, das muss ich ihnen nicht weiter erklären. Ihr nimmermüder Einsatz ist sowohl für pflegebedürftige Menschen als auch für deren Angehörige von immenser Bedeutung. Und ihre Arbeit wird in Zukunft aus mehreren Gründen noch wichtiger werden.

Zum einen beklagen wird seit Jahrzehnten die zunehmende **Erosion der alten Familienstrukturen**. Die klassische Familie mit mehreren Generationen unter einem Dach gibt es heute fast nicht mehr. Angesichts dessen finde ich es bemerkenswert, dass immer noch 70 Prozent der Menschen ausschließlich durch Angehörige versorgt werden können.

Die **demographische Entwicklung** ist ein weiterer Grund. Nie zuvor in der Geschichte der Menschheit ist die **Lebenserwartung** der Menschen so **hoch** gewesen wie heute. Die meisten älteren Menschen erwartet ein Lebensabend in relativ guter Gesundheit mit den Chancen, aktiv und selbst bestimmt zu leben. Allerdings steigt auch mit dem Alter das Risiko für eine Anzahl körperlicher und psychischer Erkrankung, die eine selbstständige Lebensführung einschränken oder unmöglich machen. Entsprechend der Zunahme der über 65-Jährigen in unserer Bevölkerung ist in den kommenden Jahren und Jahrzehnten etwa mit einem **starken Anstieg an Demenzerkrankungen** zu rechnen.

Es ist eine der großen Errungenschaften der Medizin, dass viele Krankheiten, die früher tödlich endeten, heute einen chronischen Verlauf nehmen. Allerdings ist dann ein Gutteil der Betroffenen auf Pflege und Betreuung angewiesen.

Nicht zuletzt steht die ambulante Pflege vor neuen Herausforderungen, die aller Voraussicht nach aus den **Strukturveränderungen im Krankenhaussektor** resultieren. Allem voran wird sich die **Absenkung der Aufenthaltsdauer von Patienten in Krankenhäusern** auswirken. Gerade ältere Menschen, die nach einem Unfall oder nach einer Krankheit nur kurz im Krankenhaus verweilen, sind in der ersten Zeit zu Hause auf intensive Pflegemaßnahmen angewiesen.

5) Wachsende Kluft zwischen gesetzlichen Vorgaben und Pflegerealität

Schon heute ist absehbar, dass die derzeit vorhandene **Vorsorgungslandschaft** in Deutschland künftig **nicht mehr ausreichen** wird, um dem **steigenden Pflegebedarf** Stand halten zu können. Eigentlich läge die Annahme nahe, der Pflegebereich sei eine boomende Branche mit einer starken Wachstumsentwicklung. Weit gefehlt. Die aktuellen Zahlen weisen einen **Negativtrend** auf. Zum einen ist die **Zahl der ambulanten Dienste** in den letzten Jahren kontinuierlich **zurückgegangen**, zum anderen nehmen die offenen Stellen im Bereich der Kranken- und Altenpflege ab. Während bei der Krankenpflege beinahe noch Vollbeschäftigung herrscht, ist die **Arbeitslosenquote in der Altenpflege** auf inzwischen knapp **12 Prozent** geklettert. Nach einem rasanten Wachstumsboom in den 90er Jahren sehen sich die Pflegedienste heute einem immer **härteren Wettbewerb** ausgesetzt und beklagen die zunehmend einschnürenden Rahmenbedingungen.

Dabei wurden in den vergangenen Jahren im deutschen Pflegewesen beträchtliche **Fortschritte** gemacht. Dazu zählt der quantitative Ausbau ambulanter pflegerischer Angebote. Ein Schritt in die richtige Richtung war hier sicherlich die Einführung des **Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes** im Jahr 2002 oder die Erarbeitung nationaler **Expertenstandards** für zentrale Pflegeleistungen. Auch die Neufassung des Altenpflegegesetzes

vom 1.8.2003, das die Ziele der Altenpflegeausbildung festlegt, führte zum Abbau von Qualifizierungsdefiziten und steigerte die Attraktivität des Berufsbildes. Demnach beträgt die Ausbildungsdauer drei Jahre und gliedert sich in einen theoretischen und einen praktischen Part. Im Theorieteil, der mindestens 2100 Stunden dauert, lernen die Auszubildenden die verschiedenen Konzepte der Altenpflege sowie rechtliche und institutionelle Rahmenbedingungen altenpflegerischer Arbeit kennen. Ferner geht es darum, wie man alter Menschen bei ihrer Lebensplanung unterstützen kann. Die praktische Ausbildung dauert mindestens 2500 Stunden, wovon 2000 Stunden in Heimen, stationären Pflegeeinrichtungen oder dem ambulanten Dienst zu verrichten sind. Die übrige Zeit sammelt der Lernende in psychiatrischen Kliniken, geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen, der offenen Altenhilfe oder in Allgemeinkrankenhäusern mit einer geriatrischen Fachabteilung Berufserfahrung.

Trotz der verbesserten Ausbildung und Weiterbildungsmaßnahmen droht die Kluft zwischen den gesetzlich eingeforderten Leistungen und der Pflegerealität zu wachsen. So spricht der **Sachverständigenrat** zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem aktuellen Gutachten „Koordination und Qualitätssicherung“ vom Mai dieses Jahres von „**ausgeprägten Defiziten**“. Ich möchte eine kurze Passage aus dem Gutachten zitieren: „Diese (Defizite) umfassen inakzeptable Mängel in elementaren Bereichen wie der Grundpflege, Ernährung und Mobilität als auch Versorgungslücken etwa bei der Betreuung Demenzkranker, psychisch Kranker, Sterbender oder Schwerstkranker mit Bedarf an Medizintechnik. Hinzu kommen Probleme in den Bereichen, in denen sich medizinische und pflegerische Versorgung überschneiden. Von einer Umsetzung wirklich innovativer Konzepte in die Pflegepraxis kann heute ebenso wenig gesprochen werden wie von einer flächendeckenden, flexiblen und an Nutzerbedürfnissen orientierten Pflegeversorgung.“

Auch der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) sieht in seinem aktuellen Bericht in nicht unerheblichem Maße **Optimierungsbedarf, aber auch –potenzial** im Pflegewesen. So wurde bei **neun Prozent** der untersuchten ambulant versorgten und **17 Prozent** der stationär versorgten Personen ein **unzureichender Pflegezustand** festgestellt.

Ich wehre mich aber in aller Deutlichkeit dagegen, den Pflegekräften an dieser Stelle den Schwarzen Peter in die Schuhe zu schieben. Sie sind am Ende der Kette die Leittragenden, die heute einen **immer größeren Spagat zwischen den gesetzlichen Anforderungen und ökonomischen Zwängen auf der einen Seite und der Pflegerealität** auf der anderen Seite vollbringen müssen. Und der Patient droht dabei auf der Strecke zu bleiben.

6) Berufsalltag des Pflegepersonals

Der Berufsalltag des Pflegepersonals ist heute durch einen immer größeren **Zeitdruck** und ein hohes Maß an **Flexibilität** gekennzeichnet. So leisteten die Beschäftigten in ambulanten Pflegediensten im Jahr **2003 über 8 Millionen Überstunden**, wie das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung in seiner aktuellen Studie, dem „Pflege-Thermometer 2004“, ermittelt hat. Das entspricht **umgerechnet 4500 Vollzeitstellen**, die durch Überstunden aufgefangen wurden.

Und dennoch liegen die Pflegekräfte in Deutschland bei der durchschnittlichen Anzahl der **Wochenarbeitsstunden von 31,5 Stunden** noch im Mittelfeld. In den Niederlanden

kommen Pflegekräfte auf knapp 25 Stunden, während sie in Polen 38,5 Stunden pro Woche arbeiten müssen. Dies hat die aktuelle Next-Studie der Universität Wuppertal ergeben, die die Situation von Ärzten und Pflegekräften in zehn Europäischen Ländern jährlich untersucht.

7) Überlastetes Personal, hohe Burn-Out-Quote

Verbunden mit dem zunehmenden Zeitdruck verwundert es nicht, wenn Studien belegen, dass neben der körperlichen auch die **psychische Arbeitsbelastung für Pflegepersonal** in Deutschland seit Jahren kontinuierlich **zunimmt**. So hat eine Umfrage des wirtschaftssoziologischen Instituts der Universität Bonn ergeben, dass sich **90 Prozent aller Altenpfleger** schlichtweg **überlastet** fühlen. Nicht umsonst ist das Interesse an den Pflegeberufen bei jungen Erwachsenen in den letzten Jahren spürbar zurückgegangen. Vor allem in den alten Bundesländern hat nicht nur die Zahl, sondern auch das Qualifikationsniveau der Bewerberinnen und Bewerber abgenommen.

Bemerkenswert hoch ist auch das **Burnout-Syndrom** bei Pflegekräften in Deutschland. Wie die Next-Studie ermittelt hat, **erwägen 18,5 Prozent** des befragten Pflegepersonals in Deutschland ernsthaft **den Ausstieg**. Nur in England mit 36 Prozent und Italien mit 20 Prozent lag die Burn-Out-Quote im europäischen Vergleich höher als in Deutschland. Die Gründe sind hierfür sind individueller Natur und entsprechend vielfältig: Es gibt zu viel zu tun, die Arbeitszeiten und die Bezahlung sind schlecht, die emotionalen Anforderungen zu hoch, das Image unbefriedigend.

Dementsprechend sind in Deutschland nur **46 Prozent aller Pflegekräfte** mit ihrer Arbeit **zufrieden**, während Norwegen und die Niederlande auf Spitzenwerte von 85 beziehungsweise 80 Prozent kommen. Ein weiterer Grund dafür mag der Gesundheitszustand der deutschen Pflegekräfte sein. Mit knapp **40 Prozent** aller Befragten wurden in keinem anderen Land mehr **Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates** festgestellt. Und die **durchschnittliche Verweildauer** in einer Einrichtung ist mit rund **6 Jahren** bei uns eine der kürzesten in Europa. In Polen, der Slowakei und Belgien bleibt das Personal durchschnittlich über 10 Jahre in derselben Einrichtung.

Große Unzufriedenheit herrscht auch über das Ansehen der Pflegeberufe. Über die Hälfte des deutschen Pflegepersonals hält das **Image** der Pflegeberufe für **schlecht oder sehr schlecht**, und 63 Prozent rechnen damit, dass sich die Attraktivität der Pflegeberufe künftig ein wenig oder gar sehr verschlechtern wird. Alles in allem lässt sich festhalten, dass die Arbeitsbedingungen im internationalen Vergleich ungünstig beurteilt werden. Der Wunsch, den Beruf zu verlassen, scheint bereits zu Beginn der Berufstätigkeit ausgeprägt zu sein. Allerdings ist er am stärksten zwischen dem zweiten und vierten Berufsjahr, danach nimmt er stetig ab.

8) Zeitkorridore für die Arbeit

Das mag verschiedene Gründe haben. Doch einer ist sicherlich, dass sich der Pflegeberuf in der Praxis oftmals anders gestaltet, als es sich die jungen Leute vorgestellt haben. So propagieren die Verordnungen heute einen Umgang mit den zu pflegenden Menschen, den ich für höchst problematisch halte. Wie ich schon erwähnte führt das SGB XI vier Bereiche des Hilfsbedarfs mit insgesamt 21 Verrichtungen. Dafür wurden im Jahr

1997 erstmals Orientierungswerte zur Pflegezeitbemessung, so genannte Zeitkorridore, festgelegt. Ich nenne einige Beispiele:

- Ganzkörperwäsche: 20-25 Minuten
- Zahnpflege 5 Minuten
- Wasserlassen 2-3 Minuten
- Mundgerechte Zubereitung der Nahrung 2-3 Minuten
- Ankleiden gesamt 8-10 Minuten
- Für die Einheiten Gehen, Stehen, Treppensteigen, Verlassen der Wohnung wurden keine Zeitspannen erhoben, weil sie individuell geschätzt werden sollen.

Meine Damen und Herren, diese Zeitrechnung kann nur dann aufgehen, wenn der Patient wie vorgesehen funktioniert. Doch der Mensch ist keine Maschine, und schon bei kleinen Problemen wird der vorgegebene Zeitrahmen gesprengt. Dann dauert die Ganzkörperwäsche eben 10 Minuten mehr, die an einer anderen Stelle wieder eingespart werden müssen. Diese Zeitkorridore führen mitunter dazu, dass der eigentliche Ansatz einer „aktivierenden Pflege“ in das genaue Gegenteil mit unhaltbaren Zuständen pervertiert wird. So werden Patienten Windeln angelegt, weil deren Wechsel weniger Zeit raubt, als der Gang auf die Toilette. So werden alte Menschen mit einer Magensonde ernährt, obwohl sie mit geringfügiger Hilfe des Pflegepersonals selbst essen könnten. Diese krassen Fälle pflegerischen Fehlverhaltens sind nicht die Regel, das möchte an dieser Stelle ganz klar sagen. Doch sie kommen vor, und deshalb dürfen wir hier die Augen nicht verschließen.

9) Der Wert eines Patienten

Der Wert, den ein Pflegebedürftiger heute für einen Pflegedienst hat, lässt sich mit Hilfe **detaillierter Punktetabellen** genau taxieren. Jeder kleine Handgriff kann und muss heute fein säuberlich abgerechnet werden. Nehmen wir an dieser Stelle stellvertretend für andere Vereinbarungen die des Freistaates Bayern mit Verbänden der Wohlfahrtspflege und berechnen einmal den **Wert des Patienten xy**:

Für das Lagern wird eine Pauschale von 50 Punkten erhoben. Einmal Rasieren macht 50 Punkte, Kämmen 20 Punkte, Hilfe beim Trinken 30 Punkte, Fingernägel schneiden 40 Punkte und die Ganzkörperwäsche 250 Punkte. Das macht Summa Summarum: 440 Punkte. Bei einem Punktwert von 0,043 Euro kommen beim Patienten 18,92 Euro zusammen, exklusive den Stundensätzen einer Pflegekraft.

Meine Damen und Herren, sie als diejenigen, die sich mit derartigen Rechnungen täglich befassen, werden mir sicherlich zustimmen, wenn ich sage: Dieses **Verfahren** halte ich für **höchst bedenklich**. Zum einen steckt der **Teufel** wie so oft **im Detail**. Wie viele Punkte gibt es eigentlich für einen eingerissenen Fingernagel, wenn die anderen neun nicht geschnitten werden müssen? Wenn man nur die Arme und die Beine wäscht – sprechen wir dann von einer 90 Punkte betragenden Teilkörperwäsche oder reicht das schon für eine Ganzkörperwäsche mit 250 Punkten.

Einen anderen Punkt halte ich aber für noch viel gravierender: Wenn wir unter der Pflege des Menschen allein die Befriedigung physischer Bedürfnisse verstehen, dann verkürzen wir sie erneut auf die unsägliche **Formel „satt und sauber“**. Doch ich sage es nochmals: wir es in der Pflege mit Menschen und nicht mit Maschinen zu tun, wo man täglich nur etwas Benzin in den Tank schüttet und alles wird gut. Zur **Pflege** gehört für mich auch **ein sozialer Aspekt**. Wie wichtig ist für alte, kranke und einsame Menschen das

Gespräch, das Zuhören, die Anteilnahme. Doch für ein „Wie-geht-es-dir“ gibt es keine Punkte.

10) Überdokumentation in der Pflege

Auf der einen Seite ist es gut und auch richtig, wenn die Pflegeversicherungen konkrete Leistungsnachweise von den Pflegediensten einfordern. **Wo Milliardenbeträge im Spiel sind, da brauchen wir auch Kontrollen.** Doch wenn die Pflegekräfte heute bis zu **drei-ßig Prozent ihrer Arbeitszeit für die Dokumentation** ihrer Leistung benötigen, dann muss uns doch schon der gesunde Menschenverstand sagen, dass wir uns auf einem **Irrweg der Überbürokratisierung** befinden.

Nahezu alle Pflegedienste leiden daher seit Jahren unter einem zunehmenden administrativen Aufwand. Aus zwei Gründen wird heute schlicht und ergreifend „**überdokumentiert**“.

Zum einen versuchen die Pflegedienste, sich durch Abzeichnen jeder vorgenommenen Leistung **haftungsrechtlich abzusichern**, wenn prüfungsberechtigte Instanzen Mängel bei der Pflege festgestellt haben. Doch damit wird die Dokumentation nicht als Arbeits- oder Hilfsinstrument genutzt, um darauf etwa den Pflegebedarf und die daraus resultierende Behandlung zu ermitteln.

Zum anderen steht dieser zunehmende Verwaltungsaufwand im Kontext mit einer **komplizierten Versorgungs- und Genehmigungspraxis**. Für den Betrieb einer Pflegeeinrichtung sind **hunderte Vorschriften** relevant. Hinzu kommt ein ganz erheblicher Aufwand durch Doppel- und Mehrfachprüfungen, sowie **widersprüchliche Regelungen im Heimgesetz und Pflegeversicherungsgesetz**.

Nun könnte man denken, wenn genau dokumentiert wird, gibt es keine Probleme mit der Abrechnung der Leistungen. Weit gefehlt. Die ambulanten Pflegedienste stehen vor einem **Kernproblem**. Sie sind auf **ärztliche Verordnungen angewiesen**, um tätig werden zu können. Doch ich möchte die Pflegekraft sehen, die ihrem Patienten unmissverständlich sagt: „Ich kann dich noch nicht versorgen, weil die ärztliche Verordnung erst in drei Tagen da ist.“ So erbrachten **47 Prozent** der Befragten der Studie „Pflegethermometer“ **Leistungen**, für die sie **keine Gegenfinanzierung** bekamen, weil ärztliche Verordnungen nicht rechtzeitig ausgestellt werden konnte. Und selbst diese vorhanden ist, wird sie von den Krankenkassen nicht automatisch anerkannt, wie 64 Prozent der Befragten zu berichten wussten.

Weitere Versorgungslücken tun sich durch die Einführung der diagnosebezogenen Fallpauschalen in den Krankenhäusern auf. Sie führen zu einer Verkürzung der durchschnittlichen Verweildauer, was sich gerade bei älteren Menschen als problematisch herausstellt. Ein Beispiel: Wenn ältere Menschen etwa nach einem Oberschenkelhalsbruch frühzeitig nach Hause entlassen werden, benötigen sie verstärkt Pflege. Doch die Finanzierung ist nicht immer geregelt.

11) Drei-Säulen-Modell zur Finanzierung der Pflegedienste

Damit wären wir bei der Finanzierung der Leistungen von Pflegediensten, die sich aus drei Säulen zusammensetzt. Über die **Hälfte** wird im Bereich der **Pflegeversicherungsleistungen gemäß SGB IX** erbracht. Dazu gehören etwa die Hilfe bei der Grundpflege,

die Zubereitung und Verabreichung von Nahrungsmitteln, Hilfen bei menschlichen Bedürfnissen, und Unterstützung in der hauswirtschaftlichen Arbeit. Rund **ein Drittel** der Gelder wird von den **Krankenkassen gemäß SGB V** finanziert, worunter unter anderem Medikamenteneinnahme, Blutzuckerkontrollen und Verbandswechsel fallen. Nur **10 Prozent** der Gelder stammen aus **Privatmitteln** von den Patienten oder Angehörigen.

Wenn man bedenkt, dass

- die Mittel aus der Krankenversicherung oftmals nur nach **langwierigen Genehmigungsverfahren** fließen
- und die **Pflegesätze** seit Einführung der Pflegeversicherung **konstant** geblieben,
- die **Kosten** für die Erbringung der Leistungen aber **angestiegen** sind,

dann ist es nicht verwunderlich, dass sich inzwischen sage und schreibe **86 Prozent der Pflegedienste in absehbarer Zeit von ihrer unternehmerischen Existenz gefährdet sehen**. Dies hat das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung in seiner aktuellen Studie, dem „Pflege-Thermometer 2004“ ermittelt.

Die Dokumentation der Pflegeleistungen krankt an einem weiteren **grundlegenden Denkfehler**. Es wird zwar detailliert festgehalten, was am Patienten geleistet wird, allerdings werden die Ergebnisse kaum beschrieben geschweige denn überprüft. An dieser Stelle sei klar gesagt: Es ist doch das Pferd von hinten aufgesattelt, wenn wir uns nur fragen: Was machen wir, anstatt zu beleuchten: **was bringt es dem Patienten?** Dadurch nimmt auch die Qualität der Pflege am Bedürftigen ab.

Eine weitere Qualitätsbremse besteht in der **Überreglementierung des Personaleinsatzes** durch die so genannte „Fachkraftquote“ (nach § 5 Abs. 1 HeimPersV). Durch diese starre Quote wird ein vernünftiger Personaleinsatz, angelehnt an den individuellen Pflegebedarf, nicht ermöglicht und ein effizientes unternehmerisches Handeln einer Einrichtung erschwert.

12) Reform der Pflegeversicherung

Nicht umsonst setzen sich die Pflegedienste vehement für eine Reform der Pflegeversicherung ein. Schon angesichts leerer Kassen werden wir nicht um Änderungen umhinkommen. Die demographische Entwicklung und der damit verbundene Mehraufwand an Pflege wird entweder **höhere Beitragssätze** nach sich ziehen oder eine **Absenkung des Leistungsniveaus**. Im schlimmsten Fall wird **beides** kommen.

Manche Reformüberlegungen reichen noch weiter. So empfiehlt der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen langfristig **die Integration der gesetzlichen Krankenkassen in die Pflegeversicherung**. Da beide Versicherungen vergleichbare Lebensrisiken versichern, sei das **Nebeneinander von Kranken – und Pflegeversicherung nicht effektiv**. Bei älteren Versicherten kommt es daher oft zu Überschneidungen den Ansprüche aus beiden Versicherungszweigen. Dies führt häufig zu **ungeklärten Zuständigkeiten** für einzelne Versorgungsleistungen und ruft beim Patienten das Gefühl hervor, zwischen den Systemen hin- und hergeschoben zu werden.

Wenn wir schon bei Reformen sind, dann müssen sollten wir uns auch grundlegende Gedanken über unser **Verständnis zur Pflege** machen und diese weiter ausdifferenzieren. Das **allein somatisch ausgelegte Pflegeverständnis des SGB XI greift heute zu kurz**. Es baut auf der **Pflegetheorie von Krohwinkel** auf und geht davon aus, daß der Bewohner selbständig und aktiv ist, das sich kontinuierlich zwischen einer Abhängigkeit

und einer Unabhängigkeit verschiedener Lebensaktivitäten bewegt. Dort wo jemand also nicht mehr in der Lage ist, die Grundbedürfnisse zu erfüllen, erhält er die benötigte Hilfe von außen. **Doch Menschen, deren Hilfebedarf nicht primär somatischer Art ist, kommen bei der Begutachtung zu kurz.** Dazu zählen etwa geistig oder psychisch Behinderte, die ein hohes Maß an Pflege benötigen und mehr und mehr Menschen mit **Demenzerkrankungen**. Die Versorgung dieser Menschen wird eine der großen Herausforderungen sein, denen sich die Pflegedienste in Zukunft stellen müssen. Nicht umsonst fordert der Dritte Bericht zur Entwicklung der Pflegeversicherung spezielle Aus-, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen, um auf den Anstieg demenziell Erkrankter vorbereitet zu sein. Ein erster kleiner Schritt in die richtige Richtung war hier die Verabschiedung des **Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes**. Gemäß §45b SGB XI erhalten Demenzerkrankte einen zusätzlichen Betreuungsbetrag von 460 Euro pro Kalenderjahr. Doch dieser Betrag ist nicht hoch genug angesetzt, um die benötigte Betreuung zu finanzieren.

13) Förderung von Prävention und Prophylaxe

Da aufgrund der demographischen Entwicklung künftig ein erhöhtes Risiko besteht, pflegebedürftig zu werden, müssen wir **Präventionsmaßnahmen** stärker in den Mittelpunkt unserer Aufmerksamkeit richten. Ein wichtiger Bestandteil pflegerischer Versorgung wird außerdem die Durchführung von **prophylaktischen Maßnahmen** sein, um den Gesundheitszustand des Patienten nicht weiter zu verschlechtern und eine verstärkte geriatrische Rehabilitation. Diese kann dazu führen, dass der Patient wieder den Grad an Selbstständigkeit erlangt, dass die Pflegebedürftigkeit oder gar die Heimunterbringung vermieden werden kann.

So sinnvoll und wichtig diese Maßnahmen auch sind, so kompliziert gestaltet sich derzeit ihre Finanzierung, weil sie zu großen Teilen davon ausgeschlossen sind. Allein schon aus Kostengründen wäre es richtig und wichtig, noch mehr **Prophylaxemaßnahmen in die finanzierten Leistungen aufzunehmen**. Denn wenn Erkrankungen erst einmal auftreten, dann ist deren Behandlung um ein vielfaches teurer als entsprechende Vorsorgemaßnahmen.

14) Kooperation zwischen professioneller Pflege und Ehrenamt

Ganz gleich, wie sich die Gesetzeslage in den nächsten Jahren gestaltet, werden wir um ein **verstärktes Engagement ehrenamtlicher Helfer** im Pflegewesen nicht umhin kommen. Schon seit geraumer Zeit sind ehrenamtliche Tätige aus Krankenhäusern und Altenheimen nicht mehr hinwegzudenken. Sie übernehmen eine ganz grundlegende **soziale Funktion**, indem sie Abwechslung in den Alltag der Patienten bringen, verschiedenste Aktionen organisieren, Besorgungen übernehmen und sich einfach einmal an das Bett der Pflegeperson setzen, um zuzuhören, wo denn der Schuh drückt. Zeit nehmen, zuhören, ernst nehmen und verstehen – ich denke, sie alle wissen, dass die gerade für ältere, einsame Menschen einen hohen Stellenwert einnimmt.

Doch eine ausgeprägte Ehrenamtskultur kann nur unter bestimmten Voraussetzungen florieren. Freiwillige Helfer sollen **das professionelle Pflegepersonal nicht ersetzen**, sondern können das **Angebot** für eine Pflegeperson nur **ergänzen**. Die eigentlichen Pflegeaufgaben sollen auch weiterhin die Profis erledigen. Denn nur wenn die **Kompetenzen ganz klar abgesteckt** sind, wird aus einem kräftezehrenden Gegeneinander ein fruchtbares Miteinander von Ehrenamt und professioneller Pflege.

Obleich die Helfer freiwillig arbeiten und daher keinesfalls in den Alltagsbetrieb einer Einrichtung verpflichtend integriert werden dürfen, brauchen sie dennoch eine **professionelle Anleitung** für ihr Tun und **kompetente Ansprechpartner**. Kurze Einführungskurse und Schulungen liefern ein Basiswissen und nehmen den Helfern die Furcht vor Fehlern und das Gefühl des Alleingelassenwerdens. Vor allem in kleinen Einrichtungen mit einer dünnen Personaldecke ist die Anleitung und Begleitung von Ehrenamtlichen durchaus **verbesserungswürdig**.

Trotz guter Ansätze wünsche ich mir noch eine **stärkere Aktivierung des Ehrenamtes im Pflegebereich**. Denn für die Betroffenen sind sie wie das Salz in der Suppe in einem ansonsten mitunter tristen Alltag.

15) Fazit

Meine sehr geehrten Damen und Herren, lassen sie mich abschließend festhalten. Um die **Pflege** in Deutschland **steht es derzeit nicht gut**. Angesichts des zunehmenden Zeit- und Kostendrucks, der Überbürokratisierung der lückenhaften Erstattung der Leistungen wird die vom Gesetzgeber eingeforderte Qualität auf Dauer nicht zu erbringen sein. Ein Gutteil des Pflegepersonals bewegt sich heute schon am **Rande der Leistungsfähigkeit**. Wenn wir noch mehr Aufgaben auf dessen Schultern packen, dann öffnen wir der **Satt-und-sauber-Pflege** Tor und Tür. Damit ist niemandem geholfen, am allerwenigsten verständlicherweise den Patienten. Und den ehrenamtlich Tätigen Pflegeaufgaben aufzubürden, wäre zwar eine billige, aber keine nachhaltige Lösung der Pflegemisere in Deutschland.

Wenn wir die Stellschrauben im Pflegewesen wie bereits erfolgt weiter nachjustieren, dann können wir punktuell Verbesserungen erreichen. Es wäre schon sehr geholfen, wenn die mit der Überbürokratisierung einhergehende **Überdokumentation** jedes Handgriffs auf ein gesundes Maß **zurückgeschraubt** würde. Dadurch könnten sich die Pflegekräfte wieder verstärkt um ihre eigentliche Aufgabe kümmern, anstatt sich in **bürokratischem Kleinklein zu verzetteln**.

Und dennoch werden wir kaum um **tiefer greifende Reformen** umhinkönnen. Wenn wir die Finanzierung der Leistungen erleichtern und sichern wollen, dann sollten wir mittel- bis langfristig die **Zusammenlegung von gesetzlicher Krankenversicherung und Pflegeversicherung** nicht von vorn herein ausschließen.

Ihnen, meine Damen und Herren, möchte ich gerade in der jetzigen schwierigen Situation Mut zusprechen. **Auf lange Sicht ist mir um den Pflegeberuf nicht bange**. Denn - so paradox es auch klingen mag – je größer der medizinische Fortschritt und je älter die Menschen werden, desto größer wird der Bedarf an ihrer Arbeit. Daher müssen wir, daher wollen wir und daher werden wie alles daran setzen, den Pflegebereich für die Zukunft fit zu machen. Dazu sind eine fundierte Ausbildung und regelmäßige Weiterbildungsmaßnahmen von Pflegelehrern und Pflegekräften unerlässlich.

Wenn sich die Verbände, Pflegedienstleister, die Politik und nicht zuletzt der einzelne konstruktiv an den Veränderungen einbringen, dann wird der Pflegebereich den anstehenden Herausforderungen gewachsen sein.

Meine Damen und Herren, ich bedanke mich für ihre Aufmerksamkeit.