



*CDU-Landtagfraktion
Nordrhein-Westfalen*

4. Fachgespräch

**der
CDU-Landtagsfraktion NRW
am 12. Januar 2004
zum Thema „Pflege“**

**„Pflege - ein Beruf fürs
Leben?“**

Platz des Landtags 1
Postfach 10 11 43
40002 Düsseldorf

Telefon 0211/884-2517
Telefax 0211/884-3391
e-mail: helmut.watzlawik@landtag.nrw.de

4. Fachgespräch der

**CDU-Landtagsfraktion NRW
zum Thema „Pfleger“
am 12. Januar 2004**

„Pfleger - ein Beruf fürs Leben?“

Sehr geehrte Damen und Herren,

allein in der stationären Altenpflege fehlen bundesweit 20.000 Fachkräfte. Pflegekräfte klagen über einen unerträglichen Zeitdruck und mehr als 9 Millionen Überstunden. Pflegebedürftige werden „im Minutentakt verwaltet“. Das alles trägt dazu bei, dass Pfleger immer kürzer in ihrem Beruf verbleiben.

Das Pflegethermometer 2003 des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung in Köln hat den dramatischen Personalmangel in der Pflege erneut bestätigt. Erste Ergebnisse der europäischen NEXT-Studie haben ergeben, dass jeder Fünfte ernsthaft daran denkt, den Pflegeberuf zu verlassen.

Vor diesem Hintergrund hat die CDU-Landtagsfraktion mit Experten aus der Wissenschaft und mit Pflegekräften und Experten aus der Praxis über Personalmangel in der Pflege und vorzeitigen Berufsausstieg diskutiert, um Informationen über das Ausmaß der geschilderten Probleme zu gewinnen und Lösungen aufzuzeigen.

Die Ergebnisse des Fachgesprächs „Pfleger – ein Beruf fürs Leben?“ vom 12. Januar 2004 möchten wir Ihnen mit dieser Dokumentation vorlegen.

Mit freundlichen Grüßen



Rudolf Henke MdL
**Sozialpolitischer Sprecher der
CDU-Landtagsfraktion NRW**

Rede

von

Ursula Monheim MdL

Behindertenbeauftragte der CDU-Landtagsfraktion NRW

**Mitglied der Enquête-Kommission
„Situation und Zukunft der Pflege in NRW“**

am 12. Januar 2004

anlässlich des Fachgesprächs

„Pflege – ein Beruf fürs Leben?“

im

Landtag NRW

Anrede

im Namen der CDU – Landtagsfraktion möchte ich Sie sehr herzlich im Plenarsaal des Landtags von NRW begrüßen. Wir freuen uns, dass Sie in so großer Zahl unserer Einladung gefolgt sind – zeigt es doch, dass wir mit unserem heutigen Fachgespräch **Pflege – ein Beruf fürs Leben?** ein Thema aufgreifen, das die Wissenschaft beschäftigt, das aber auch viele Menschen sehr persönlich betrifft.

Darum möchte ich mit einem Brief beginnen, in dem eine Altenpflegerin Erfahrungen aus ihrem beruflichen Alltag schildert:

„Ich bin seit 18 Jahren Krankenschwester und arbeite in einem großen Altenheim.... Was ich im Alltag der Altenheime sehe, erfreut mich manchmal und erschüttert mich häufig. Ich stelle fest:

Viel Geld wird für technische Hilfsmittel, Ernährungspumpen und Sondenkost ausgegeben. In Prävention und Rehabilitation wird jedoch kaum investiert. Es fehlt den alten Menschen an ausreichend Bewegung und Anregung, die der Immobilität vorbeugen würden....

Das Gefühl für die Würde des Menschen ist manchmal nicht mehr vorhanden. So kommt es vor, dass Pflegebedürftige nackt im Bett liegen oder gewaschen werden, während die Tür zum Gang offen steht oder Reinigungspersonal ungehindert ins Zimmer kommt. Niemand sagt etwas!

Die Menschen, die am meisten Schutz und Betreuung benötigen, sind in Gefahr, vernachlässigt zu werden. Sie sitzen oder liegen den ganzen Tag an der gleichen Stelle. In der Nähe läuft ein Fernsehgerät und außer Maßnahmen, die der Sättigung oder der Sauberkeit dienen, haben sie nichts zu erwarten. Den Pflegebedürftigen wird nicht signalisiert, dass sie etwas wert sind.

Die Pflegenden werden alleine gelassen mit dem menschlichen Elend und Leid. Pflegenden betreuen überwiegend Menschen, die psychisch verändert und körperlich erkrankt sind. Sie bewegen sich in einem Bereich, für den unsere Gesellschaft keine Antworten hat. Die Pflegenden begegnen Menschen, die mit ihrem Schicksal des Alterns, mit dem Gefühl des Überflüssigseins, nicht zurecht kommen und mit Scham, Resignation und Rückzug reagieren oder auch mit Aggression. Dies alles gilt es auszuhalten.

Ich wünsche mir, mehr Zeit zu haben, um einem Menschen in Ruhe das Essen geben zu können; mehr Zeit, um nicht ständig auf die Uhr blicken zu müssen; mehr Zeit, um ihm nicht das Essen hineinzustopfen und ihm dabei in die Augen blicken zu müssen. Ich wünsche mir die Zeit, einem Sterbenden die Hand halten zu können.“

So weit – in Auszügen - die Schilderung der Pflegekraft. Wir sind uns bewusst: diese Schilderung trifft nicht auf jedes Heim zu. Es gibt hervorragende Einrichtungen, in denen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eine qualitativ hochwertige, menschliche und menschenwürdige Pflege leisten. Wahr ist aber auch, dass wir dort, wo Pflege notwendig ist, so viele unzulängliche Verhältnisse vorfinden, dass pflegebedürftige Menschen vernachlässigt werden, dass Pflegekräfte so schnell ausbrennen, weil die täglich erlebte Wirklichkeit den beruflichen Vorstellungen und dem eigenen Anspruch nicht entspricht.

Wir sind davon überzeugt, dass ein zentrales Problem in der Pflege der dramatische Fachkräftemangel ist. Wenn wir menschenwürdige Zustände in den Pflegeheimen erreichen und sichern wollen, brauchen wir genügend Menschen, die sich für den Pflegeberuf entscheiden und diese wichtige gesellschaftliche Aufgabe übernehmen.

Das Pflegethermometer 2003 des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung in Köln hat den dramatischen Personalmangel in der Pflege erneut bestätigt. Allein in der stationären Altenpflege fehlen bundesweit 20.000 Fachkräfte. Pflegekräfte klagen über einen unerträglichen Zeitdruck und mehr als 9 Millionen Überstunden. Pflegebedürftige werden „im Minutentakt verwaltet“. Das alles trägt dazu bei, dass Pflegenden immer kürzer in ihrem Beruf verbleiben. Erste Ergebnisse der europäischen NEXT-Studie haben ergeben, dass jeder Fünfte ernsthaft daran denkt, den Pflegeberuf zu verlassen.

Verschieden Faktoren sind dafür verantwortlich:

Belastende Arbeitsbedingungen, zunehmende Bürokratie, hoher Zeitdruck, die Zuständigkeit für zu viele Bewohnerinnen und Bewohner, zu wenig Zeit für die psychosoziale Betreuung der Pflegebedürftigen und mangelnde gesellschaftliche Anerkennung der beruflichen Tätigkeit, die den hohen Anforderungen in keiner Weise gerecht wird.

Nicht selten hat die starke Beanspruchung der Pflegekräfte gesundheitliche Folgen. Neben körperlichen Beschwerden klagen Altenpflegerinnen und Altenpfleger überdurchschnittlich häufig über stressbedingte psychosomatische Beschwerden.

Ist die Pflege also ein Beruf fürs Leben?

Vor dem Hintergrund der geschilderten Probleme möchten wir heute mit Experten aus der Wissenschaft und mit Ihnen, den Pflegekräften und Experten aus der Praxis, über Personalmangel in der Pflege und vorzeitigen Berufsausstieg diskutieren, Informationen über die Gründe und das Ausmaß der geschilderten Probleme gewinnen und nach Lösungen suchen.

Zunächst wird Herr Isfort vom Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung das **Pflegethermometer 2003** vorstellen. Herr Dr. Hasselhorn, von der Bergischen

Universität Wuppertal, wird eine Auswertung der **NEXT-Studie** präsentieren. Mit beiden Wissenschaftler können wir über die Ergebnisse diskutieren.

Doch nicht nur die Wissenschaft soll heute zu Wort kommen. Uns liegt sehr daran, auch aus der Praxis zu erfahren, was Pflegekräften „auf den Nägeln brennt“ und mit welchen Problemen Heimleitungen im Alltag zu „kämpfen“ haben.

Deshalb freuen wir uns, dass Frau Heeck als ausgebildete Altenpflegerin und Herr Schröder, Geschäftsführer des Katholischen Altenzentrums St. Josefshaus Herbede in Witten, aus ihren Erfahrungen berichten und das Bild vervollständigen.

Ich möchte den Referenten herzlich danken, dass Sie uns heute zur Verfügung stehen. Es ist das vierte Fachgespräch, das die CDU-Landtagsfraktion im Zusammenhang mit der Enquete-Kommission zur **Situation und Zukunft der Pflege in NRW** hier im Landtag durchführt.

Erlauben Sie mir einen kurzen Rückblick:

Im Januar 2002 hat die CDU-Landtagsfraktion den Antrag gestellt, diese Enquetekommission einzurichten. Der Landtag hat unseren Antrag einstimmig angenommen und die Enquetekommission eingerichtet. Auftrag ist, die Situation der Pflege in Nordrhein-Westfalen zu untersuchen, Missstände aufzuzeigen und zu prüfen, welche Rahmenbedingungen das Land schaffen und welche Impulse es geben kann und geben muss, um die Qualität der Pflege zu gewährleisten und auszubauen. Unser Ziel ist die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen, menschlichen und menschenwürdigen Pflege in NRW. Finanzierungs- und Vergütungsfragen spielen bei unserer Arbeit in der Enquetekommission ebenso eine Rolle wie Aspekte der Qualitätssicherung, die Arbeitsbedingungen im Bereich der Pflege und die Pflegeausbildung. Die Enquetekommission soll ihren Abschlußbericht Anfang des Jahres 2005 vorlegen.

Bisher hat kein anderes Landesparlament in Deutschland eine Enquetekommission zur „Pflege“ eingerichtet. Wie Sie sicher wissen, ist ein Antrag auf Einrichtung einer „Enquete der Heime“ im Bundestag gescheitert. So hat der Landtag NRW mit der Enquetekommission „Situation und Zukunft der Pflege“ eine Vorreiterrolle in Deutschland übernommen.

Seit Januar 2002 haben wir, die CDU - Mitglieder der Enquete – Kommission, mit vielen Pflegekräften, mit Heimleitungen, Verbänden aber auch mit Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen gesprochen. Wir haben einige Fachgespräche hier im Landtag, u.a. zu den Themen **Altenpflegeausbildung** und **Pflegemängel**, durchgeführt. Wir haben Pflegeeinrichtungen besucht und viele vorbildliche Einrichtungen mit engagiertem Personal gesehen. Einige Mitglieder unseres Arbeitskreises haben eigene Pflegeerfahrung, entweder weil sie selbst Angehörige gepflegt oder weil sie ein Praktikum in einer Pflegeeinrichtung absolviert haben.

Im Dezember 2003 hat die CDU-Landtagsfraktion einen Zwischenbericht über ihre Arbeit und ihren Erkenntnisstand zur Situation der Pflege in NRW abgegeben – kurz zusammengefaßt:

Es besteht dringender Handlungsbedarf in der Pflege! Zu wenig Geld für die Pflege, zu wenig Personal, fehlende Ausbildungsplätze, zu viel Bürokratie, zu wenig Zeit für die Pflegebedürftigen und Berichte über Pflegemängel in den Pflegeeinrichtungen – so lässt sich die gegenwärtige Situation der Pflege in NRW skizzieren. Altenheime alter Prägung wurden zunehmend durch „reine Pflegeheime“ abgelöst. Das Eintrittsalter der Bewohner liegt deutlich über 80 Jahre. Durch die Zunahme der Bewohner mit Multimorbidität (Mehrfacherkrankungen), den starken Anstieg der Schwer- und Schwerstpflegebedürftigen und die Zunahme der Demenz-Erkrankungen sind die Anforderungen an das Personal erheblich gestiegen. Diese Einflussfaktoren haben „die Pflege“ zum drängendsten sozialpolitischen Thema werden lassen.

Nach den Daten des Bundesamtes für Statistik gab es 2001 in der Bundesrepublik über zwei Millionen Pflegebedürftige. Mit fortschreitender Alterung der Bevölkerung wird sich diese Zahl bis 2050 auf über vier Millionen voraussichtlich verdoppeln. In NRW leben rund 460.000 Pflegebedürftige.

Diese Zahlen bestätigen den hohen und steigenden Bedarf an qualifizierten Pflegekräften. Besonderer Handlungsbedarf besteht deshalb auch im Bereich der **Altenpflegeausbildung**.

Die CDU-Landtagsfraktion hat die rot-grüne Landesregierung wiederholt aufgefordert, für mehr Ausbildungsplätze in der Altenpflege zu sorgen, denn das Land steht in der Pflicht, ausreichend Schulplätze zur Verfügung zu stellen, um dem drohenden Fachkräftemangel entgegen zu wirken. Auch angesichts des allgemeinen Lehrstellenmangels ist es skandalös, wenn ausbildungsbereite Pflegeeinrichtungen Auszubildende für die Pflege anstellen, diesen aber wieder kündigen müssen, weil zu wenig Plätze an den Fachseminaren für Altenpflegeausbildung gefördert werden. Erst im Juli 2003 hat das ARD Magazin „Monitor“ über solche Fälle in NRW berichtet.

Die Ankündigung der Landesregierung, in den nächsten zwei Jahren 1200 zusätzliche Ausbildungsplätze zu finanzieren, ist ein richtiger Schritt. Endlich wird auf den öffentlichen Druck, die Faktenlage und die Argumente der CDU reagiert! Ob diese 1.200 zusätzlichen Ausbildungsplätze Wirklichkeit werden und ob sie ausreichen, werden wir sehr genau beobachten.

Handlungsbedarf besteht allerdings nicht nur bei der Zahl der Ausbildungsplätze. Auch **inhaltlich** muss die Altenpflegeausbildung weiterentwickelt werden. Aus-, Fort- und Weiterbildung für den Pflegeberuf müssen an die sich stetig verändernden und steigenden Anforderungen in den Einrichtungen angepasst werden, um hinrei-

chend auf die Praxis vorzubereiten. Die Ausbildung muss persönliche, fachliche und soziale Kompetenz vermitteln.

Das Bundesverfassungsgericht hat mit Urteil vom 24. Oktober 2002 klargestellt, dass der Bund die Zulassung zum Altenpflegeberuf durch das Altenpflegegesetz bundeseinheitlich regeln darf. Das Gesetz trat am 1.8.2003 in Kraft. Den Bundesländern bleiben große Spielräume bei der Durchführung der schulischen und der praktischen Ausbildung.

Vor diesem Hintergrund hat das Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) in Verbindung mit dem Saarland ein Curriculum für die Altenpflegeausbildung entwickelt. Dieses Curriculum behebt die Mängel des Altenpflegegesetzes und leistet einen wichtigen Beitrag dazu, die Ausbildung in der Altenpflege attraktiver zu machen. Das saarländische Curriculum gilt mittlerweile als „Leitmodell“ für die Altenpflegeausbildung in Deutschland und kann dazu beitragen, das Image des Berufes zu verbessern. Das Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) hat dafür im Oktober 2003 einen der Hauptpreise des Wettbewerbs „**Pflege neu denken – zukunftsfähige Ausbildungskonzepte**“ der Robert-Bosch-Stiftung gewonnen. Die CDU-Landtagsfraktion hat die Landesregierung aufgefordert, das Curriculum des BIBB für die Altenpflegeausbildung in Nordrhein-Westfalen einzuführen. Am kommenden Mittwoch wird im Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landtags NRW eine Expertenanhörung zu diesem Curriculum stattfinden.

Auch dies ist ein Baustein auf dem Weg, dass Pflege für möglichst viele Menschen nicht nur ein attraktiver Beruf wird, sondern auch ein „**Beruf fürs Leben**“ ist. Niemand kann die Dringlichkeit des heutigen Themas bestreiten. Wer menschenwürdige Pflege auch in Zukunft sichern will, muß jetzt die Weichen stellen. Wir hoffen, dass die heutige Veranstaltung und die Diskussion mit den Referenten und mit Ihnen, den Experten aus der Pflegepraxis, Wege aufzeigen, diesem Ziel näher zu kommen.

In diesem Sinne wünsche ich ein erfolgreiches Fachgespräch!

Rede

von

Michael Isfort

Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (dip), Köln

am 12. Januar 2004

anlässlich des Fachgesprächs

„Pflege ein Beruf fürs Leben?“

im

Landtag NRW

dip
Deutsches Institut
für angewandte
Pflegeforschung e.V.

metrik

Pflege-Thermometer 2003

Frühjahrsbefragung zur Lage und Entwicklung des Pflegepersonalwesens in der stationären Altenhilfe in NRW

Dipl. Pflegewissenschaftler M. Isfort
Dt. Institut für angewandte Pflegeforschung e.V.

Fachgespräch der CDU Landtagsfraktion, Düsseldorf, 12.01.2004

<http:// www.dip-home.de> <http:// www.metrik.org>

Im Jahr 2002 wurde erstmalig durch das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip) in Köln eine Studie über die Personalsituation in Einrichtungen des Gesundheitswesens durchgeführt (Pflege-Thermometer 2002)

Vor allem vor dem Hintergrund der besonderen Problematik in der Altenpflege und aufgrund zunehmender Berichte in den Medien über die Situation in Altenpflegeheimen wurde das Pflege-Thermometer 2003 speziell in diesem Praxisfeld repräsentativ erhoben.

Das diesjährige Pflege-Thermometer beruht daher auf einer Frühjahrsbefragung von leitenden Mitarbeitern in der stationären Altenhilfe zur Personalsituation in der Altenpflege in Deutschland. Es bildet sowohl erhobene Daten ab, gibt Erfahrungswerte der Befragten wieder und erteilt Auskunft darüber, wie entscheidende Fragestellungen aus Sicht der „Experten vor Ort“ beurteilt werden.

Es werden zunächst nur deutschlandweite Auswertungen vorgestellt, regionale Besonderheiten können in der Kürze der Zeit nicht vorgestellt werden, sollen aber im Laufe des Jahres noch erfolgen.

Es werden nur die wesentlichen Ergebnisse vorgestellt und beleuchtet. Die vollständige Studie kann spätestens ab Montag auf der Homepage des dip kostenlos als PDF-Datei heruntergeladen werden

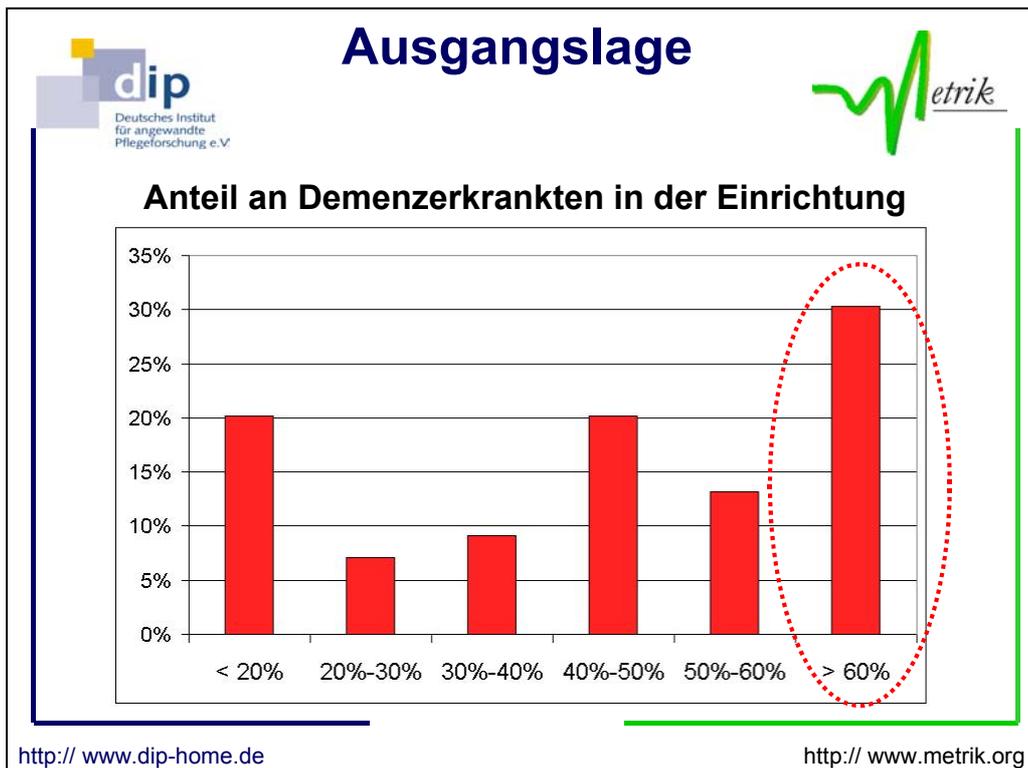
Ergebnispräsentation (NRW 114 Heime)

[http:// www.dip-home.de](http://www.dip-home.de)

[http:// www.metrik.org](http://www.metrik.org)

Im Folgenden werden in Kürze die wesentlichen Ergebnisse vorgestellt.

Die vollständige Studie auf den Internetseiten des dip kostenlos zum downloaden bereit gestellt werden.



Die Einführung des Fallpauschalengesetzes im Krankenhaus wird für die ambulante Pflege und die Versorgung in der stationären Altenhilfe eine erhebliche Veränderung der zu leistenden Aufgaben bedeuten.

In den Altenhilfeeinrichtungen werden medizinische Therapien weiter durchgeführt werden, die im Krankenhaus begonnen haben. Der Gesetzgeber hat dem bereits Rechnung getragen, indem er die Altenpflege den medizinischen Heil-Hilfsberufen zugeordnet hat.

Auch die Studienteilnehmer gehen von einer zukünftig erhöhten behandlungspflegerischen Versorgung aus.

Diese Art von Versorgung darf nur von fachqualifiziertem Personal ausgeführt werden, was eine Arbeitsverdichtung bedeutet.

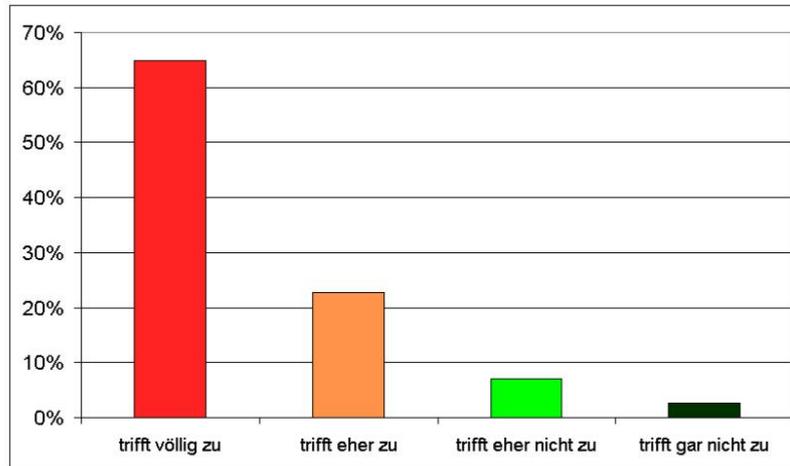
Von den Altenpflegefachseminaren wünscht sich ein großer Teil der Befragten eine hinreichende Qualifizierung auf das neue Arbeitsgebiet.

1.) Arbeitsverdichtung

Neben der problematischen Personalsituation ergibt sich ein weiteres als problematisch zu bezeichnendes Phänomen- das der Arbeitsverdichtung. Bereits im letzten Jahr konnte dieses Phänomen im Pflege-Thermometer 2002 für den Krankenhausbereich festgestellt werden.

In diesem Jahr wurden die Faktoren ermittelt, die seitens der Studienteilnehmer als Arbeitsverdichtung beschrieben wurden.

Der Anteil an gerontopsychiatrisch veränderten Bewohnern nimmt kontinuierlich zu



[http:// www.dip-home.de](http://www.dip-home.de)

[http:// www.metrik.org](http://www.metrik.org)

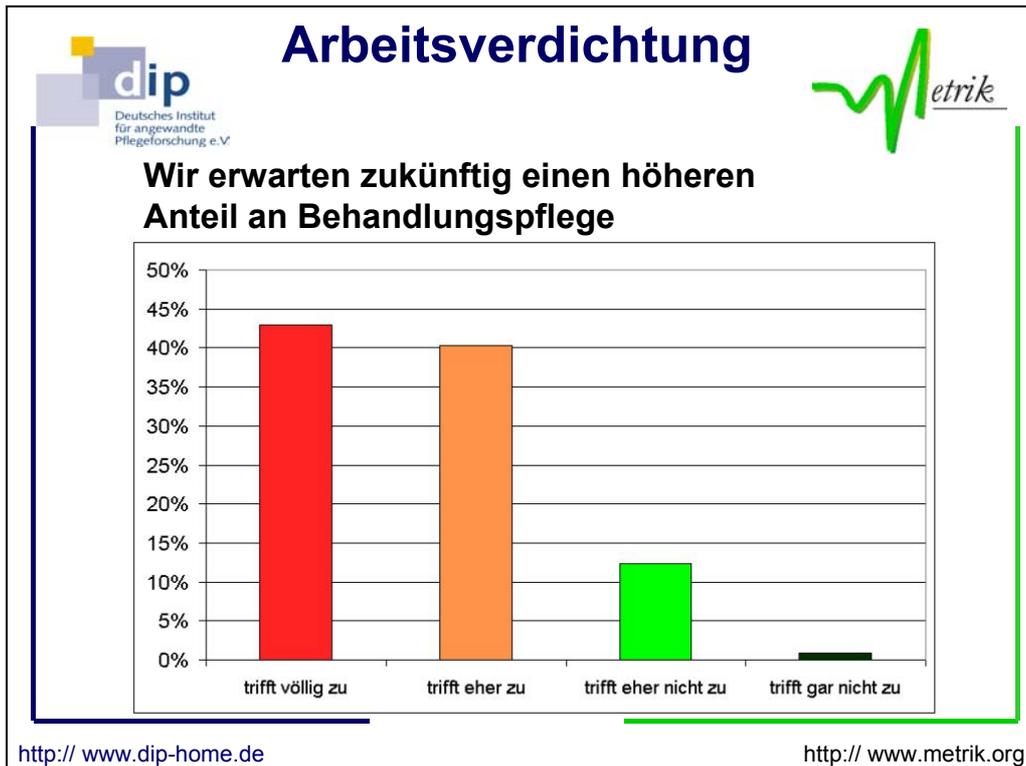
Die Einführung des Fallpauschalengesetzes im Krankenhaus wird für die ambulante Pflege und die Versorgung in der stationären Altenhilfe eine erhebliche Veränderung der zu leistenden Aufgaben bedeuten.

In den Altenhilfeeinrichtungen werden medizinische Therapien weiter durchgeführt werden, die im Krankenhaus begonnen haben. Der Gesetzgeber hat dem bereits Rechnung getragen, indem er die Altenpflege den medizinischen Heil-Hilfsberufen zugeordnet hat.

Auch die Studienteilnehmer gehen von einer zukünftig erhöhten behandlungspflegerischen Versorgung aus.

Diese Art von Versorgung darf nur von fachqualifiziertem Personal ausgeführt werden, was eine Arbeitsverdichtung bedeutet.

Von den Altenpflegefachseminaren wünscht sich ein großer Teil der Befragten eine hinreichende Qualifizierung auf das neue Arbeitsgebiet.



Die Einführung des Fallpauschalengesetzes im Krankenhaus wird für die ambulante Pflege und die Versorgung in der stationären Altenhilfe eine erhebliche Veränderung der zu leistenden Aufgaben bedeuten.

In den Altenhilfeeinrichtungen werden medizinische Therapien weiter durchgeführt werden, die im Krankenhaus begonnen haben. Der Gesetzgeber hat dem bereits Rechnung getragen, indem er die Altenpflege den medizinischen Heil-Hilfsberufen zugeordnet hat.

Auch die Studienteilnehmer gehen von einer zukünftig erhöhten behandlungspflegerischen Versorgung aus.

Diese Art von Versorgung darf nur von fachqualifiziertem Personal ausgeführt werden, was eine Arbeitsverdichtung bedeutet.

Von den Altenpflegefachseminaren wünscht sich ein großer Teil der Befragten eine hinreichende Qualifizierung auf das neue Arbeitsgebiet.

<i>Anzahl der absoluten Überstunden im Durchschnitt</i>	<i>Mittelwert NRW</i>
<i>im Jahr 2001</i>	1522
<i>im Jahr 2002</i>	1698
<i>bis April 2003</i>	1149

Bundesweit = 9.000.000 Überstunden = ca. 5000 Stellen
NRW = hochgerechnet ca. 1350 Stellen

Erhöhte Krankheitszahlen, die Zunahme der Dauer der Krankheitsausfälle, der erhöhte dokumentatorische Aufwand und weitere Faktoren sorgen für anfallende Überstunden des bestehenden Personals.

Die Zahl der durchschnittlichen Überstunden ist im Jahr 2002 gegenüber dem Jahr 2001 um 110 gestiegen. Bereits im ersten Quartal des laufenden Jahres ist eine enorme Anzahl an Überstunden produziert worden.

Ausgehend von dem Mittelwert von 992 Überstunden ergeben sich alleine für das erste Quartal insgesamt 9.000.000 Überstunden oder umgerechnet Überstunden von 5.000 Pflegekräften.

Es gibt kein entlastendes Indiz dafür, dass die Überstundenanzahl in den kommenden Monaten sinken wird. So kann davon ausgegangen werden, dass die absolute Zahl des letzten Jahres in diesem Jahr übertroffen werden wird.

2.) Druckkessel Altenheim

[http:// www.dip-home.de](http://www.dip-home.de)

[http:// www.metrik.org](http://www.metrik.org)

Ein Druckkesselgeschehen entsteht dann, wenn von Außen Energie in Form von Hitze zugeführt wird und der Behälter selber keine Möglichkeit hat den „Dampf“ abzulassen. Er ist hermetisch abgeschlossen und wird den Druck im inneren steigern.

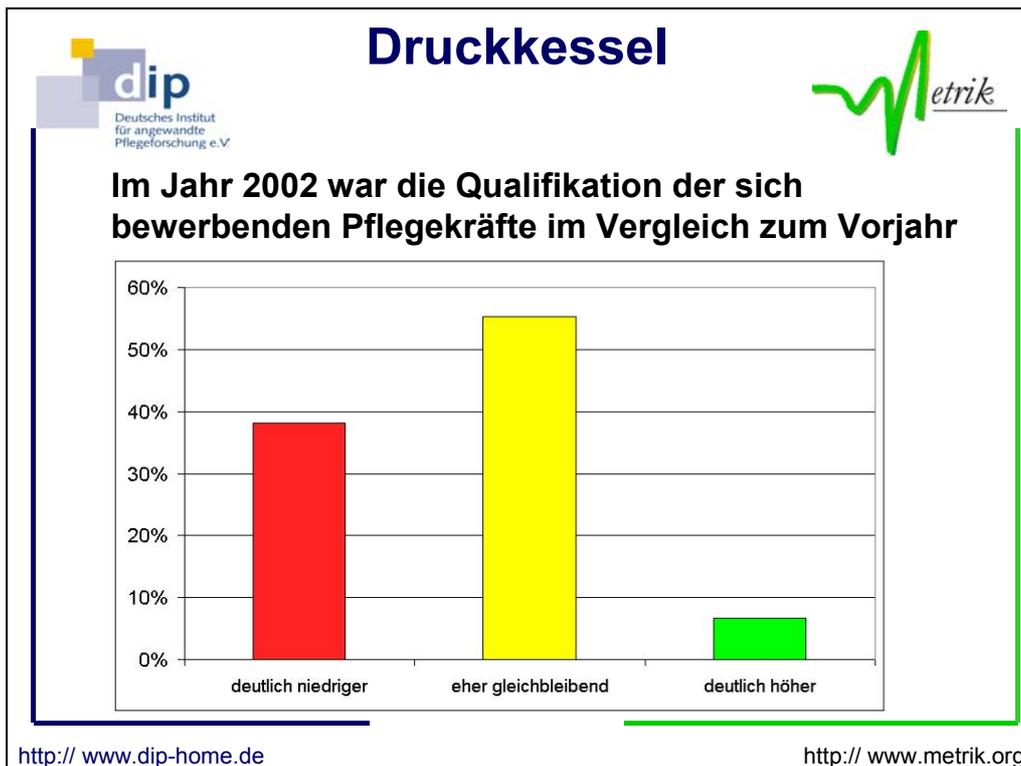
Dieses Bild übertragen auf die Altenpflege meint, dass unter anderem durch Gesetze zur Qualitätserhöhung und steigenden Ansprüche seitens der Bewohner und Angehörigen, einer bereits hohen Anzahl und noch weiteren Zunahme an demenzerkrankten Bewohner in dem Druckkessel Altenheim ein enormer Druck entsteht.

Das Ventil, mehr Pflegepersonal einzustellen, kann aufgrund der finanziellen Situation nicht genutzt werden.

So wird vor allem die Fachkraftquote genutzt, um intern zu steuern.

Nach wie vor geben 10% der Befragten an, die gesetzlich vorgeschriebene Fachquote nicht zu erreichen. Der überwiegende Teil liegt nur wenig über der vorgeschriebenen Quote. Geht qualifiziertes Personal aus der Einrichtung, so wird genau geschaut, ob die Tätigkeiten nicht durch weniger qualifiziertes und damit billigeres Personal übernommen werden können ohne den gesetzlichen Rahmen zu verlassen.

Eine Reihe von Faktoren spiegeln das Druckkesselgeschehen wieder.

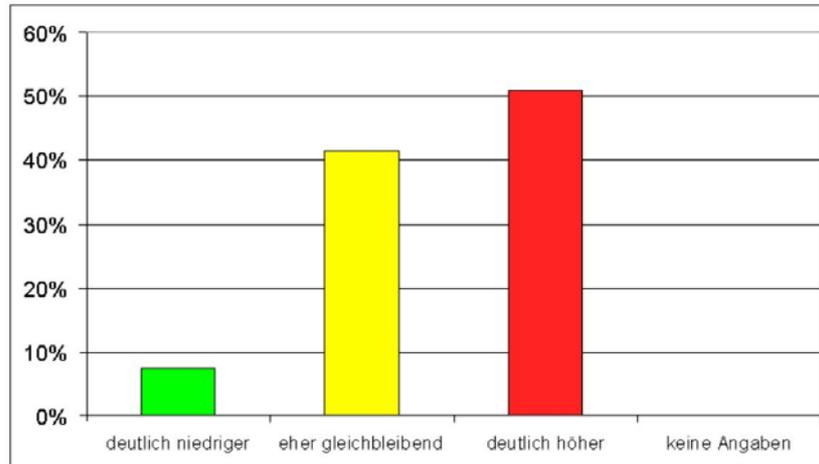


Neben dem quantitativen Rückgang verzeichnen die Studienteilnehmer vor allem auch einen qualitativen Rückgang der Bewerber.

Altenpflegeeinrichtungen sind vor allem kleine Einrichtungen mit **durchschnittlich 20 Pflegefachkräften**. Die Einstellung einer relativ teuren Pflegefachkraft wirkt sich unmittelbar aus. Eine Fehlbesetzung können sich die wenigsten Einrichtungen leisten. Seitens der Einrichtungen wird daher genau geschaut, ob die Bewerber auch den zunehmend höheren Ansprüchen an Behandlungspflege, Qualitätssicherung und Demenzversorgung gewachsen sind.

Weiter fallend ist auch das Zutrauen in die derzeitige Ausbildungsstruktur. 53% der Befragten bemerken bei den Auszubildenden zunehmend schlechtere Voraussetzungen.

Im Jahr 2002 war der Aufwand, geeignetes Personal zu finden im Vergleich zum Vorjahr



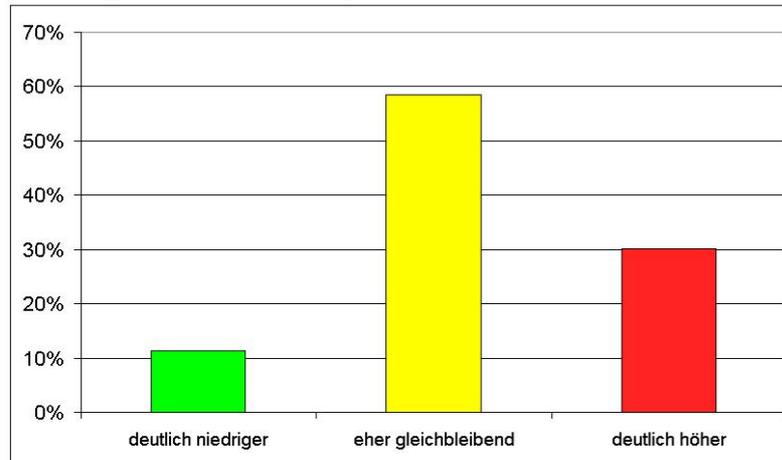
[http:// www.dip-home.de](http://www.dip-home.de)

[http:// www.metrik.org](http://www.metrik.org)

Daraus folgt, dass der Aufwand, geeignetes Personal zu finden weiterhin steigend ist. 47% der befragten Einrichtungen geben an, dass der Aufwand deutlich gestiegen ist.

Gesucht werden nicht **Arbeiter in der Altenhilfe**, sondern **MITARBEITER**, die sich aktiv an Qualitätssicherung beteiligen und die über hinreichende Kenntnisse über Behandlungspflege verfügen.

Im Jahr 2002 war die Häufigkeit der Krankheitsausfälle im Vergleich zum Vorjahr



[http:// www.dip-home.de](http://www.dip-home.de)

[http:// www.metrik.org](http://www.metrik.org)

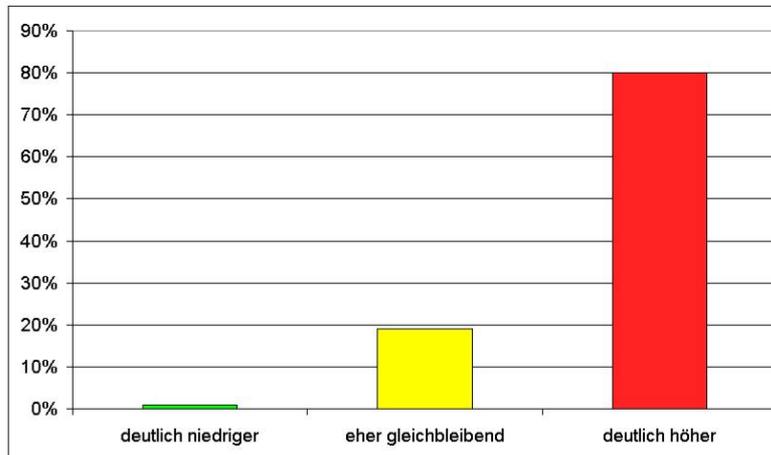
Die Zunahme der Belastung, die Erhöhung des Druckes und die fehlende Kompensationsmöglichkeit durch zusätzliches Pflegepersonal bleibt nicht ohne gesundheitliche Konsequenzen.

So verzeichnet ein Drittel der Einrichtungen im zweiten aufeinander folgenden Jahr eine Zunahme der Krankheitsausfälle.

Ebenfalls ein Drittel beschreibt neben der absoluten Zunahme auch eine Zunahme der Krankheitsdauer des Personals.

Dies ist ein deutliches Zeichen für eine Drucksituation, denn in wirtschaftlich angespannten Zeiten gehen normalerweise Krankheitstage und Krankheitsdauer zurück.

Im Jahr 2002 war der Pflegeaufwand für unsere Bewohner im Vergleich zum Vorjahr

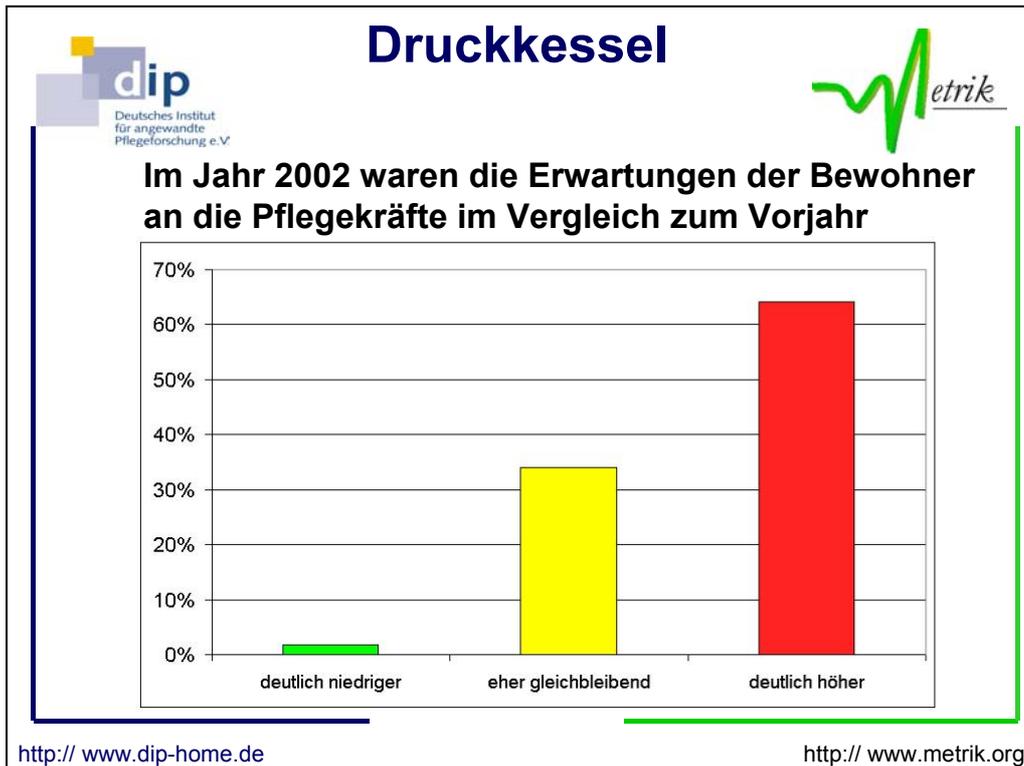


[http:// www.dip-home.de](http://www.dip-home.de)

[http:// www.metrik.org](http://www.metrik.org)

Bezüglich des Pflegeaufwandes pro Bewohner verzeichnen die Leitungskräfte ebenfalls eine deutliche Zunahme.

Daneben verzeichnen 88% der Befragten eine deutliche Erhöhung des administrativen Aufwandes für die Bewohner – Zeiten, die in der konkreten Versorgung benötigt werden.



Neben den sich verändernden Arbeitsinhalten sehen die Befragten sich einer weiteren Entwicklung gegenüber stehen.

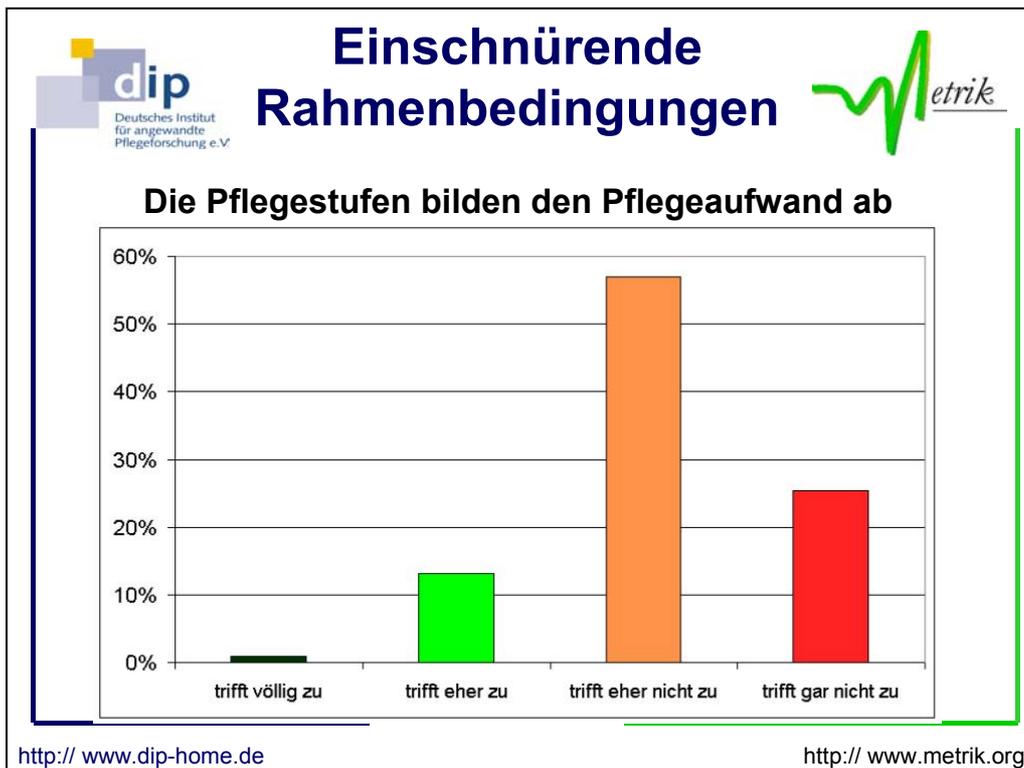
Die Betreuung in einer vollstationären Einrichtung sind für die Bewohner und deren Angehörigen ein kostspieliges Unterfangen. Entsprechend hoch sind die Erwartungen an die Versorgungs- und manchmal auch groß eine Enttäuschung über die realen Möglichkeiten der Versorgung und Betreuung.

Sowohl seitens der Bewohner als auch deren Angehörigen verzeichnen die Befragten eine Zunahme der Erwartungen an die Betreuungsleistung.

3.) § Rahmenbedingungen

Die Personalausstattung ist wesentlich abhängig von gesetzlichen Regelungen und auch von landesrechtlichen Reglementierungen.

Als ein weiteres Kennzeichen der derzeitigen Situation konnten die „**einschnürenden**“ Rahmenbedingungen ausgemacht werden.



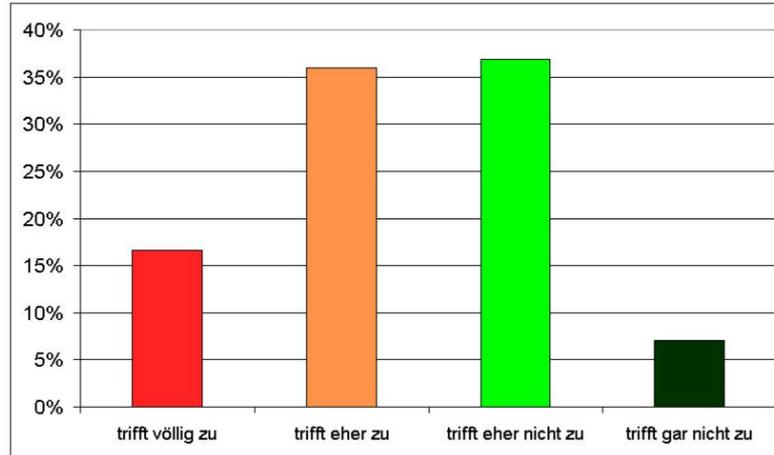
69% der Befragten geben an, dass das als sehr grob geltende Einstufungsmodell nicht den tatsächlichen Pflegeaufwand abbildet. Dabei geht es nicht nur um den verengten Pflegebegriff und die Finanzierung einzelner Verrichtungen.

In einer Pflegezeitmess-Studie des dip konnte aufgezeigt werden, dass die zwei Grundannahmen der Pflegeversicherung sich in der Realität nicht nachweisen lassen.

- 1.) Tätigkeitsbeschreibungen sind **kein** hinreichendes Kriterium zur Bestimmung eines Zeitwertes oder eines Zeitkorridors.
- 2.) Zwischen einer Verringerung der Selbstständigkeit und der aufgewendeten Pflegezeit besteht **kein linearer** Zusammenhang.

111 Befragte fordern in einer offenen Frage ein verändertes Einstufungsmodell, das anders als bisher und differenzierter die Pflegebedürftigkeit ermittelt.

Der Anteil der Übernahme der Wohn- und Betreuungskosten durch die Sozialhilfe steigt



[http:// www.dip-home.de](http://www.dip-home.de)

[http:// www.metrik.org](http://www.metrik.org)

Ein wesentliches Ziel der Pflegeversicherung war es, die Unterstützung durch den Sozialhilfeträger für die Bewohner zu verringern.

Eine Einschätzung der Befragten macht deutlich, dass dieses Ziel zunehmend nicht mehr erricht wird. 56% geben an, dass der Anteil an Bewohnern, die neben der Pflegeversicherung dennoch auf Sozialhilfe angewiesen sind, weiter steigt.

Schlussfolgerungen

- 1.) Es besteht erhöhter Bedarf an gut ausgebildeten Pflegekräften bei gleichzeitig abnehmender Bewerberlage und Bewerberqualifikation
- 2.) Die Mitarbeiter in der stationären Altenhilfe unterliegen einem zunehmenden Erwartungsdruck und einer Arbeitsverdichtung
- 3.) Der dringende Veränderungsbedarf der gesetzlichen Rahmenbedingungen (insbesondere des Pflegeversicherungsgesetzes) wird in der Studie bestätigt
- 4.) Alleine in diesem Jahr müssten bundesweit ca. 20.000 Pflegekräfte eingestellt werden (Überstundenabbau, neue Stellen, offene Stellen)
Überstundenanteil NRW ca. 1350 Stellen
- 5.) Es bedarf des Aufbaus eines empirisch gesicherten Personalbedarferfassungsinstrumentes (jenseits von PLAISIR und Anhaltzahlen), um Steuerungsmöglichkeiten zu präzisieren

Zusammenfassend kann aufgezeigt werden, dass qualifiziertes Personal nach wie vor „Mangelware“ ist. Hier sind die Altenpflegefachseminare und die Schulen des Gesundheitswesens aufgefordert, die Möglichkeiten, die mit der gesetzlichen Veränderung gegeben sind, zu nutzen. Durch ca. 160 Neugründungen pro Jahr, bestehendem Überstundenpotenzial und den zur Zeit ungefähr 3600 offenen Stellen, entsteht ein Bedarf von 20.000 Pflegekräften

Neben veränderten Einstufungs- und Finanzierungsverfahren werden vor allem auch veränderte und abgesicherte Verfahren zur Personalbedarfsbestimmung eingefordert. Qualitätsgesetze und Qualitätsprüfungen bedeuten zunächst vor allem eine Zunahme an dokumentatorischen Aufgaben.

Die Altenpflege befindet sich in einer Qualitätsoffensive, die jedoch erhebliche Unterstützung von außen erfahren muss. Vor allem die fehlende Möglichkeit des schnellen Umsetzens abgesicherter Konzepte legt die Problematik der inhaltlichen Qualität offen.

Die Altenpflege ist unter Druck geraten und es bedarf wesentlicher und gemeinschaftlicher Anstrengungen, um die Gefahr eines Druckgeschwüres zu verhindern.

Rede

von

Günter Schröder

Geschäftsführer Kath. Altenzentrum
St. Josefshaus Herbede gGmbH, Witten

am 12. Januar 2004

anlässlich des Fachgesprächs

„Pflege – ein Beruf fürs Leben?“

im

Landtag NRW

„Pflege – ein Beruf fürs Leben“ lautet der Titel dieser Veranstaltung.
Hierin steckt der Begriff "Berufung", aber vor Beruf und Berufung steht die Ausbildung.

Beruf und Ausbildung werden geprägt durch die Spielregeln unter denen diese Aktivitäten stattfinden.

D a z u g e h ö r t die Möglichkeit sich ausbilden zu lassen.

Was ist geschehen? Schilderung mit eigenen Auszubildenden, die vertraglich eingestellt wurden; denen aber gekündigt werden musste, da das Land dem Fachseminar in Bochum, Ostermannstr. als Berufsschule alle Mittel für diese Ausbildung entzogen hatte.

Damit war der theoretische Teil nicht mehr gegeben. Die Verträge mussten - bevor die Ausbildung am 01.09.03 beginnen konnte - gekündigt werden.

Gleichzeitig erhielten wir - wie viele Betriebe - einen Brief unterzeichnet von Frau Bulmahn, Herrn Gerster und Herr Clement, der darauf hinwies, wie wichtig Ausbildung in Deutschland ist, dass seitens der Politik alles getan wurde, damit Ausbildung möglich ist und "...Sie, Herr Schröder sollten die Chance ergreifen Auszubildende einzustellen, damit Sie die zukünftigen Fachkräfte für Ihren Betrieb sicherstellen können.....". Das war wie eine Ohrpfeife. Beschwerdebriefe an die Landesregierung und die Regierungspräsidentin in Arnshagen blieben erfolglos.

Erst durch die ARD-Sendung "Monitor" (24.Juli 03) gab es ein "Zurückrudern".
14 Tage nach der Sendung gab es die schriftliche Antwort, dass die Mittel für die Berufsschule sichergestellt sind und die Auszubildenden eingestellt werden können.

Das macht Auszubildenden und Ausbildungsbetrieben Mut!

D a z u g e h ö r t die Limitierung von Ausbildungsstellen durch den Staat:
Limitierung der Ausbildungsstellen, wo gibt es das sonst noch?
Nicht einmal in den Branchen, die k e i n e Zukunftschancen haben!
Eine klassische Demotivation für unsere junge Generation.

D a z u g e h ö r t eine moderne, zeitgemäße Ausbildung müsste her mit Benutzung und erhöhtem Einsatz der EDV. Diese Entwicklung ist unerlässlich für alle Betriebe, die sich mit Innovation beschäftigen und Pflegeeinrichtungen sind hier im Umbruch.

D a z u g e h ö r t ferner, dass die Dauer der Ausbildung im Vergleich zu anderen Ausbildungsberufen, die bei IHK und Handwerkskammern angesiedelt nicht mehr abweichend ist.

In anderen Ausbildungsberufen endet sie mit Bestehen am Tage der Prüfung. Nicht so im Ausbildungsberuf für Altenpfleger; diese soll komplette drei Vertragsjahre dauern.

Da fragt man sich, ob derjenige, der die Prüfung mit Erfolg bestanden hat, nicht auch den Anspruch hat, am Tag danach wie eine ausgebildete Fachkraft bezahlt zu werden.

Durch diese abweichende Regelung hat man neuen Zündstoff für juristische Prozesse gelegt.

D a z u g e h ö r t die einheitliche Vergütungen und Sozialleistungen für alle Auszubildenden.

Nach öffentlichen Tarifverträgen (KAVO, ARVR, BAT) erhalten Auszubildende in einer Pflegeeinrichtung unterschiedliche Ausbildungsvergütungen, was entbehrlich ist.

Auch die Bewertung der tariflichen-sozialen Komponente ist stark unterschiedlich; denn Auszubildende in der Pflege nehmen n i c h t an der Zusatzversorgung teil, während alle anderen Auszubildenden hierin eingeschlossen sind.

D a z u g e h ö r t die Abweichung von sonstigen Ausbildungssystemen, die von IHK und Handwerkskammer begleitet werden.

Geeignete Ausbilder, Anleiter, die hierfür Zeitkorridore benötigen, um Auszubildende anleiten, kontrollieren und führen zu können, da sonst die Einrichtungen „bestraft“ werden, die Auszubildende einstellen, indem Ausbildungszeiten den Pflegebedürftigen gestohlen werden.

In den Pflegesatzverhandlungen ist hierfür kein Platz.

D a z u g e h ö r t die Qualität, hier besonders die Beachtung des PQsG.

"Die Legislative weiß nicht was die Exekutive tut!"

Bei unseren Pflegesatzverhandlung für 2003 verweigerten die Verhandlungspartner von Landschaftsverband Westfalen-Lippe und Landes-BKK-NRW die Verhandlung bis heute der Qualitätsmanagementbeauftragten, obwohl sie im Gesetz besonders erwähnt ist.

Wir haben es schriftlich erhalten, dass man von oberster Stellen angewiesen worden ist

"..... und wenn Sie auf diese Position bestehen, stehen wir auf und gehen; dann ist die

Verhandlung beendet."

Qualität schließt Hygiene ein

Hygienebeauftragte in der Pflege und der Hauswirtschaft sind ebenfalls tabu in den Pflegesatzverhandlungen, die übrigens diesen Namen nicht verdienen, sondern eher Nötigungsveranstaltungen sind.

Die Forderung der Heimaufsichten, des MDK und der Pflegekassen zum Beispiel in Qualitätsprüfungen nach Qualität, Hygiene, usw. sind jedoch gleichbleibend hoch. „Das sind doch Bringschulden der Heime“ heißt die lapidare Aussage.

D a z u g e h ö r t , dass zahllose Gesetze und Verordnungen auf uns einprasseln, unter anderem das Das Medizinproduktegesetz. Wer hat hierin die Kompetenz und wie bezahlt er diese, wenn auch hierzu den Verhandlungspartnern in den Pflegesatzverhandlungen kein Spielraum gegeben wird?

D a z u g e h ö r t der Abbau von Zwängen.

Wenn wir ein Ausbildungsbetrieb wie andere in der freien Wirtschaft sein sollen und wie alle beteuern und wünschen im Wettbewerb steht, dann müssen Zwänge abgebaut werden!

Zwänge haben wir:

1.) Vorgeschriebene Kundenzahl (Heimplätze)

2.) Vorgeschriebene Mitarbeiterzahl:

Hier fehlt allerdings ein Personalschlüssel; insbesondere einer, der die Veränderungen des Klientel berücksichtigt.

Wenn man neuerdings plant, dass die Leistungen der Pflegeversicherung für die Stufe 1 und Stufe 2 in der stationären Pflege erheblich gesenkt werden, ist damit zu rechnen, dass sich die Bewohnerstruktur verändert, die Pflegearbeit sich kompensiert und die logische Folge eine Mehrzahl von Mitarbeitern erforderlich wird, die diese Arbeit bewältigen kann, damit keine defizitäre Versorgung eintritt.

3.) Vorgeschriebene Umsätze (Pflegesätze)

4.) Vorgeschriebene Sortimente (Versorgungsverträge)

5.) Vorgeschriebene Kooperationen (Apotheken)

6.) Mehrfache Aufsichten mit stets überschneidenden Funktionen

Das staatliche Amt für Arbeitsschutz verweist schriftlich darauf, dass sie als einzige Behörde für die Überwachung und Einhaltung von Arbeitszeitvorschriften zuständig sind. Was hat hier der MDK zu suchen?

7.) Restriktives Finanzmittelgebaren.

Zuviel gezahlte Umlagen für die Altenpflegeausbildung werden nicht erstattet.

Hierfür benötigt der LWL Jahre und vorenthält uns zustehende liquide Mittel.

So sind die Spitzabrechnungen sind erst für die Jahre 1998 / 1999 erfolgt

Und das sind alles Motivationsfaktoren für jemanden der den Pflegeberuf anstrebt.

Herzlichen Dank, dass sie zugehört haben.

Rede

von

Claudia Heeck

Ehem. Pflegekraft in leitender Position, Münster

am 12. Januar 2004

anlässlich des Fachgesprächs

„Pflege ein Beruf fürs Leben?“

im

Landtag NRW

Zu meiner Person:

- examinierte Altenpflegerin;
- seit 11 Jahren in verschiedenen Einrichtungen tätig
- bis Mitte letzten Jahres 3 Jahre als Wohnbereichsleitung in einer größeren Einrichtung;
- aus familiären Gründen, aber auch aufgrund des Eindrucks, die konkreten Zustände als Altenpflegerin und vor allem Wohnbereichsleitung nicht mehr verantworten zu können, die Stelle gewechselt;
- seit einem halben Jahr als Nachtwache tätig.

Hintergründe

Wo habe ich gearbeitet?

- Wohnbereich mit 29 Bewohnern;
- Integrierter Wohnbereich mit dem Schwerpunkt in den Pflegestufen 2 und 3 (sowohl orientierte Menschen, als auch mit Demenz oder Komapatienten);
- Die gesetzlichen Vorgaben hinsichtlich der Personalbesetzung waren erfüllt. Die Fachkräftequote lag knapp über 50 %, allerdings inklusive der Fachkräfte, die z.B. nur alle 14 Tage an den Wochenenden zum Dienst kamen oder teilzeit tätig waren.

Die Personalsituation

- Frühdienst in der Regel mit 5 Mitarbeitern (2 Fachkräfte, an den Wochenenden eine sowie 3 Hilfskräften, neben Studenten, Zivildienstleistende, Altenpflegeschüler, Praktikanten, die allesamt als volle Kraft gezählt wurden).
- Da zwei Hilfskräfte meist Teilzeit Dienst hatten, reduzierte sich die Besetzung zwischen 10 und 10.30 Uhr auf drei, ab etwa 13 Uhr auf zwei.
- Spätdienst in der Regel mit 3 Mitarbeitern, davon eine Fachkraft und zwei Hilfskräfte, von denen wiederum eine Kraft meist erst gegen 17.30 Uhr anfang.
- Die Wohnbereichsleitung arbeitete zu 100 % in der Pflege mit.

Tätigkeiten des Früh- und Spätdienstes

Es gibt direkte und indirekte Pflegeleistungen. Direkte Pflegeleistungen werden unmittelbar an und mit den Bewohnern erbracht, indirekte werden unterteilt in bewohner- und pflegebezogene Leistungen sowie mitarbeiter- und organisationsbezogene Leistungen. Die Leistungen sind überwiegend gesetzlich klar definiert. Hierzu eine Übersicht:

Direkte Pflegeleistungen	
Grundpflege	<p>Körperpflege:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ganzkörperwäsche, Teilwäschen, Duschen, Baden • Zahn- und Mundpflege, Zahnprothesenpflege • Nasen-, Ohren- und Nagelpflege • Toilettengänge, Hilfe bei der Blasen- und Darmentleerung • An- und Auskleiden, Auswahl der Kleidungsstücke, Anlegen von Schmuck
Hilfen bei der Ernährung	<ul style="list-style-type: none"> • Vorbereitung der Mahlzeiten • Tablett in die Zimmer bringen, eventuell abräumen, Tisch decken etc. • Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme, Essen reichen • Hygienemaßnahmen nach dem Essen <p>(Es gibt 5 Mahlzeiten am Tag!)</p>
Hilfen bei der Mobilität	<ul style="list-style-type: none"> • Aufstehen und Zubettgehen • Betten und Lagern (auch im Rollstuhl, Sessel oder Sofa) • Transfers • Gehen, Stehen, Treppensteigen
Soziale Betreuung	<ul style="list-style-type: none"> • Orientierung • Bewältigung von Lebenskrisen • Begleitung Schwerkranker und Sterbender • Gestaltung des persönlichen Alltags und ein Leben in Gemeinschaft • Unterstützung bei der Erledigung persönlicher Angelegenheiten (Post vorlesen und verarbeiten)
Behandlungspflege	<ul style="list-style-type: none"> • Richten und Verabreichen von Medikamenten (evtl. 3-5 mal täglich) • Injektionen, Wundversorgung • Blasenspülungen, Einläufe • Einreibungen • Stomaversorgung • Tracheostomaversorgung • Blutdruck- und Blutzuckerkontrollen

Indirekte Pflegeleistungen	
bewohner- und pflegebezogene	mitarbeiter- und organisationsbezogene
<ul style="list-style-type: none"> • Einzug eines Bewohners • Pflegeplanung und Pflegedokumentation • Pflegeübergabegespräche • Gespräche mit Ärzten oder Therapeuten • Verwaltungstätigkeiten des Wohnbereichs beim Sterbefall • Begutachtung durch MDK • Bestellung von Pflegehilfsmitteln und Medikamenten für den Bewohner 	<ul style="list-style-type: none"> • Dienstpläne erstellen und auswerten • Dienstbesprechung • Anleiten, Unterweisen und Beurteilen von Mitarbeitern • Fortbildung • Bestellen von Pflegeartikeln • Pflege und Instandhaltung von Pflegehilfsmitteln • Umsetzung und Überwachung von Vorschriften • Stationsbezogene Qualitätssicherung

- Alle Leistungen werden in der Früh- und der Spätschicht erbracht, teilweise auch nochmals vom Nachtdienst, weil es hierfür keine strikte Trennung der Tageszeiten gibt.
- Um eine angemessene direkte Pflege durchführen zu können und um den Pflegeprozeß adäquat zu steuern, ist eine wirksame, indirekte Pflege notwendig.
- Eine ausführliche Pflegeplanung und –dokumentation macht sich in einem erhöhten Zeitaufwand für indirekte Pflegeleistung bemerkbar, führt aber bei einer begrenzten Zeit zu einer Reduktion der direkten Pflegezeit.
- Die Arbeit mit Menschen ist nur in begrenztem Maße organisier- und planbar. Jeder Tag verlangt Flexibilität, um auf die spezifischen Pflegesituationen eingehen zu können, wenn Menschen z.B. einer intensiven Pflege bedürfen bei akuten Verwirrtheits- und Unsicherheitszuständen, nach Stürzen, Krankenhauseinweisungen, Unwohlsein etc..

Konflikte für die Pflegenden in der Praxis

1. Probleme bei der aktivierenden Pflege

Aktivierende Pflege bezeichnet eine Pflegepraxis, die die Selbständigkeit und Unabhängigkeit des Menschen im Rahmen des medizinisch und pflegerisch Notwendigen fördert. Dabei sind die spezifischen Ressourcen und Möglichkeiten der Bewohner zu berücksichtigen, damit er unter Aufsicht und Anleitung selbst aktiv sein kann. Doch ist die aktivierende Pflege aufgrund des Zeitkontingentes oft gar nicht möglich. Verrichtungen werden von den Pflegenden

häufig durch Teil- oder Vollübernahme ausgeführt, wenn die Anleitung zur Selbstausführung ein mehrfaches an Zeit erfordert.

In der Anfangsphase einiger Erkrankungen wie z.B. nach einem Apoplex, bei Wachkomapatienten können einige Aktivitäten gemeinsam trainiert werden (Zähneputzen, Gesichtswaschungen). Doch ist diese Form der aktivierenden Pflege regelmäßig oder gar mehrmals täglich nicht durchführbar und wird oft nur durch andere Berufsgruppen (Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Sozialarbeiter) an einigen Tagen in der Woche ausgeführt. Außerdem müssen die Pflegekräfte häufig mehrere Bewohner parallel versorgen, können somit kaum individuell auf den Einzelnen eingehen.

2. Wenig Mobilität

Leistung im Rahmen der Aufrechterhaltung und Förderung der Mobilität sind häufig nicht bewohnerorientiert und angemessen gestaltbar. Regelmäßig Bewegungsübungen, gerade vor der Körperpflege, zur Lockerung der Muskulatur nach dem Aufstehen können aufgrund des begrenzten Zeitkontingentes für die Pflege der einzelnen Bewohner nur selten erbracht werden.

Ebenso ist regelmäßiges Umlagern in Rollstühlen oder Sesseln und Umbetten bei Bettlägerigkeit nicht situationsgerecht und individuell, den Erkrankungen entsprechend zu gewährleisten. Maßnahmen zur Vorbeugung von Kontrakturen werden nur im Zusammenhang mit Lageveränderungen während der Morgen- und Abendpflege erbracht. Es ist keine Seltenheit, dass einige Menschen 3-4 Stunden in derselben Sitzposition in Rollstühlen oder Sesseln verharren müssen. Trotz vorhandener Hilfsmittel zur Dekubitusprophylaxe ist dies kein angenehmer Zustand. Eine Reizsituation, die sich nicht verändert, wird für den Betroffenen auf Dauer unerträglich. Veränderung und Bewegung ist eine Grundvoraussetzung für die Wahrnehmung und Information, das Fehlen eine erhebliche Beeinträchtigung für das Wohlbefinden.

3. Essen im Schnelldurchlauf

Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme durch das Pflegepersonal erfolgt häufig bei mehreren Bewohnern gleichzeitig. Nur selten kann man einem Menschen kontinuierlich behilflich sein. Hinzu kommt, dass manche Menschen gezielte Hilfestellung benötigen, anderen das Essen komplett ange-reicht werden muss, was erheblich Zeit in Anspruch nimmt. Menschen mit Demenz, Schluckstörungen oder anderen Erkrankungen benötigen zuweilen mehr als 30 Minuten für die Nahrungsaufnahme. Über den ganzen Tag kann sich das schnell auf 2 bis 3 Stunden bei einem Bewohner summieren. Bei lediglich 3 Pflegekräften über die Mittagszeit ist die individuelle Betreuung von 29 Bewohnern, von denen über die Hälfte Hilfe benötigt, unmöglich.

Hinzu kommt, dass die überwiegende Zahl von Menschen in Altenheimen nicht mehr in der Lage ist, für eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr, wie sich

im letzten Sommer vor allem in Frankreich gezeigt hat, zu sorgen. Pflegekräfte müssen hier über den gesamten Tag immer wieder Hilfestellung, Anleitung und Beaufsichtigung leisten. Die Hilfe beim Trinken erfordert dabei nicht selten viel Geduld, intensive Zuwendung und Zeit. Um etwa 150 ml Wasser oder eine Tasse Kaffee zu trinken, brauchen manche Menschen 10-15 Minuten. Da auch dies vom Personal häufig nicht in ausreichendem Maße sicher gestellt werden kann, wird der Flüssigkeitshaushalt bei vielen älteren Menschen durch subkutane Infusionen ausgeglichen.

4. Die vernachlässigte psychosoziale Betreuung

Leistungen im Rahmen der psychosozialen Betreuung, die zur professionellen Altenpflege zählt, können ebenfalls häufig nur im Rahmen der Körperpflege oder im Zusammenhang mit anderen pflegerischen Verrichtungen erbracht werden. Als gesonderte Leistungen zur Vorbeugung, Begleitung oder Verhinderung von Depressionen, Vereinsamung, Apathie und Immobilität haben diese Hilfestellungen selten genügend Raum. Sterbebegleitung, Begleitung der Angehörigen verstorbener Bewohner können ebenso nur unter alltäglichen, zeitbegrenzten Umständen stattfinden.

Diese soziale Betreuung mit all ihren Facetten findet zumeist nur aufgrund der Unterstützung durch andere Berufsgruppen, Schüler und Praktikanten sowie Ehrenamtliche und Angehörige statt.

Die erforderliche Beaufsichtigung, Anleitung und Betreuung bei gerontopsychiatrisch veränderten und psychisch kranken Bewohnern ist desgleichen nicht in angemessener Weise möglich. Eine fachgerechte, kontinuierliche Begleitung in akuten Krisensituationen wie Verwirrheitszuständen, die mit Erregung, Ängsten oder Schreien verbunden sind, ist selten zu gewährleisten. Zumeist scheitert dies schon daran, dass kein einzelner Mitarbeiter dafür „abgestellt“ werden kann.

5. Kostengünstigere Hilfskräfte

Der Einsatz von Hilfskräften im Pflegealltag nimmt deutlich zu. So pflegen vielfach nicht ausgebildete Kräfte Menschen in den Pflegestufen 2 und 3. Aufgrund der ohnehin begrenzten Zeit bleibt den Fachkräften nur wenig Raum für die ausreichende Anleitung, wie die fachliche Überprüfung der geleisteten Arbeit. Es führt aber zu deutlichen Defiziten bei der Qualität der Altenpflege, wenn in vielen Häusern eher zwei Hilfskräfte als eine Fachkraft beschäftigt werden, weil das die Betriebskosten senkt.

Dabei drängt sich der Eindruck auf, dass Pflegetätigkeiten immer noch dem häuslichen Bereich zugeordnet werden, die halt jeder ausführen kann. Fachlich kompetente Pflege erfordert aber wie jeder andere Beruf eine intensive Ausbildung. Es stellt ja auch niemand jemanden als Grundschullehrer ein, nur

weil er rechnen und schreiben kann oder einen KFZ-Mechaniker, weil jemand schon mal einen Reifen gewechselt hat.

6. Zeitnotstand in allen Bereichen

Der normale Tagesablauf für die Pflegekräfte ist durch eine hohe Arbeitsdichte und ständige Unterbrechungen gekennzeichnet. Selten können Arbeiten in der erforderlichen Zeit kontinuierlich ausgeführt werden. Entweder klingeln andere Bewohner, die schon länger warten oder Angehörige suchen ein Gespräch. Dann benötigen Mitarbeiter Unterstützung, weil bestimmte Tätigkeiten nicht allein auszuführen sind oder Hilfskräfte mit manchen Situationen nicht zurecht kommen. Die angemessene Konzentration auf eine bestimmte Aufgabe ist daher nur selten möglich, geschweige denn unter den herrschenden Bedingungen die Pflege systematisch an den normativen Vorgaben zu orientieren. Wie Karin Kersting in ihrem Buch „Berufsbildung zwischen Anspruch und Wirklichkeit“ hervorhebt:

„Der normative Überschuss in der Forderung nach einer patientenorientierten Pflege meint das über das zu realisierende Hinausgehende. Realisiert werden kann eine Pflege, die im Hinblick auf den normativen Anspruch als defizitär gilt. Das den normativen Anspruch jedoch ausmachende – die Zuwendung zum Einzelnen gemäß seinen Bedürfnissen – , ist unter den gegebenen Umständen systematisch nicht zu erfüllen.“

Kersting folgert aus der Unmöglichkeit der patientenorientierten Pflege aufgrund der nach wirtschaftlichen Gesichtspunkten organisierten und ausgestatteten Pflegeinstitutionen eine ganz andere Funktion des Ideals. Es gehe gar nicht um die Menschen in den Pflegeeinrichtungen, sondern vielmehr um jene, die ihre Angehörigen diesen Institutionen anvertrauen. Ohne die Vorstellung, man sei in solchen Einrichtungen „gut aufgehoben“, würden diese Institutionen ihre gesellschaftliche Akzeptanz verlieren. Damit möglicherweise ihre wirtschaftliche Grundlage, denn wer würde seine Angehörigen dann noch einliefern?

Der Zeitnotstand in den Altenheimen lässt sich aber auch in anderen Bereichen beobachten. So können die Pflegekräfte häufig ihre Pausen gar nicht oder zumindest nicht vollständig nehmen. Arbeitsrechtlich darf sich eine Fachkraft nicht vom Wohnbereich entfernen, wenn sie dort nur mit einer Hilfskraft arbeitet, was häufig über die Mittags- und Nachmittagszeit der Fall ist. Trifft am frühen Abend die „Verstärkung“ ein, bleibt keine Zeit für Pausen, weil die Vorbereitungen für das Abendbrot und die Abendpflege beginnen.

Selbst die Freizeit ist für Pflegekräfte oft nicht planbar. Wird ein Mitarbeiter krank, muss man einspringen, weil die Personaldecke so dünn ist, dass kein Ausfall kompensiert werden kann. Dadurch häufen sich die Überstunden. Nicht selten arbeiten Pflegekräfte mehr als 12 Tage am Stück. Und da meistens alle Mitarbeiter Überstunden haben, die Zahl der Bewohner und damit

das Arbeitsaufkommen immer gleich bleibt, bieten sich auch kaum Möglichkeiten, die Überstunden abzufeiern.

7. Ein kurzes Fazit

Die Personalsituation ist, wie geschildert, in der stationären Altenpflege, selbst wenn die gesetzlichen Vorgaben eingehalten werden, nicht ausreichend für die vom Gesetzgeber vorgesehenen Qualitätsstandards. Trotzdem wird immer noch argumentiert, durch Pflegemanagement seien die Defizite auszugleichen.

Diese Argumentation führt nicht selten dazu, dass bei anhaltenden Missständen den Pflegekräften die Verantwortung dafür zugeschrieben wird. Wenn aber schlicht und ergreifend zuwenig Personal vorhanden ist, hilft auch alles managen und organisieren nicht.

Solange die Begrenzung durch die unzureichenden Mittel für die Betreuung alter, pflegebedürftiger Menschen vorhält, also letztlich nicht mehr Personal eingestellt wird, lassen sich die gesetzlichen und professionellen Ansprüche an eine qualifizierte Pflege nicht erfüllen.

Rede

von

Dr. Hans-Martin Hasselhorn

Bergische Universität Wuppertal

am 12. Januar 2004

anlässlich des Fachgesprächs

„Pflege ein Beruf fürs Leben?“

im

Landtag NRW

Vorzeitiger Ausstieg aus dem Pflegeberuf in Deutschland – erste Ergebnisse der europäischen NEXT-Studie

Auswirkungen der demografischen Entwicklung auf die Pflegeversorgung

In nahezu ganz Europa wird die demografische Entwicklung schwer wiegende Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung haben. Drei Aspekte spielen hierbei eine Rolle:

1. der Anteil jüngerer Beschäftigter an der Erwerbsbevölkerung wird abnehmen,
2. der Anteil älterer Beschäftigter an der Erwerbsbevölkerung wird zunehmen und
3. die Zahl der Personen über 65 Jahren wird weiter ansteigen.

Ab dem Jahr 2020 werden etwa 45% der europäischen Arbeitskraft zur Gruppe der „älteren Beschäftigten“ gehören, d.h. zur Altersgruppe der 45- bis 64jährigen. Heute sind dies noch 36%. Die Zahl der Personen im Alter von 65 Jahren und darüber wird von heute 61 Millionen bis 2030 kontinuierlich auf 94 Millionen ansteigen. Dies entspricht einer anteilmäßigen Erhöhung von 16% auf dann 25% der Gesamtbevölkerung. Alle diese Trends sind in Deutschland besonders ausgeprägt. (Sämtliche Daten nach Schätzungen von Eurostat, 1999, Basis-Variante)

Die Älteren nehmen den größten Anteil der Gesundheitsversorgungsleistungen in Anspruch, weshalb die Leistungen des Gesundheitsdienstes für diese Altersgruppe stark ansteigen werden. Für Deutschland wurde geschätzt, dass die Anzahl von Personen, die ambulanter und stationärer Versorgung bedürfen, vom Jahr 1998 bis 2020 um 37% bzw. 42% ansteigen würde. Es stellt sich die Frage, wer die professionelle Pflege leisten soll, die in den kommenden Jahrzehnten erforderlich sein wird.

Mangel an Pflegepersonal

Schon heute besteht in fast allen Ländern der Europäischen Union ein Mangel an Pflegepersonal. In Deutschland nimmt die Quantität und vor allem das Qualifikationsniveau der Bewerber/innen für die Pflegeberufe ab, so dass die vorhandenen Ausbildungsstellen oft nicht mehr adäquat besetzt werden können, ähnliches hat Kollar aus Österreich berichtet. Gleichzeitig finden derzeit z.T. intensive Bemühungen statt, Pflegekräfte aus anderen - zumeist osteuropäischen - Ländern zu rekrutieren. Tatsächlich verlassen zahlreiche Pflegekräfte ihre Heimat, um in anderen Ländern besser dotiert zu arbeiten. Es ist jedoch anzunehmen, dass dies nicht den Mangel an Pflegepersonal in Europa beseitigen wird.

Der Hauptgrund für den Mangel an Pflegepersonal in Deutschland und Europa ist, dass vielerorts Pflegepersonal vorzeitig den Beruf verlässt. Dies wird auch mit dem Begriff „Flucht aus der Pflege“ beschrieben. Um die pflegerische Versorgung langfristig sichern zu können, wird man jedoch künftig nicht mehr auf die Gruppe der älteren Pflegefachkräfte verzichten können.

Warum verlässt Pflegepersonal vorzeitig den Beruf?

Weder das genaue Ausmaß noch die Gründe für den vorzeitigen Ausstieg aus dem Pflegeberuf sind hinreichend bekannt. Zweifellos haben sich die Arbeitsbedingungen in der Pflege gewandelt. Seit den frühen 80er Jahren musste sich der Gesundheitsdienst mehr denn je den Kriterien der Wirtschaftlichkeit und damit neuen Managementstrukturen anpassen. Diese Entwicklung ging einher mit steigenden Fallzahlen, kürzeren Patientenverweildauern und mit einem zunehmendem Leistungsdruck für die Beschäftigten, insbesondere für das Pflegepersonal. Diese Beschreibung trifft nahezu für ganz Europa zu. De Troyer charakterisierte die Arbeit von Pflegepersonal in Europa mit den Begriffen 'underpaid, overworked and under-staffed'.

Es ist anzunehmen, dass sich die Arbeitsbedingungen für Pflegepersonal in Europa in den kommenden Jahren wieder verbessern werden, denn die Attraktivität der Pflegeberufe muss gesteigert werden. Ansonsten ist zu erwarten, dass der Gesundheitsdienst auf dem Arbeitsmarkt immer weniger konkurrenzfähig wird. Um jedoch den vorzeitigen Ausstieg aus der Pflege zu reduzieren, sind unserer Meinung nach *zielgerichtete* Interventionen notwendig. Voraussetzung hierzu ist die genaue Kenntnis der Gründe für den vorzeitigen Berufsausstieg aus der Pflege, sowie die Umstände und Konsequenzen desselben. Hierbei müssen individuelle und organisationale Faktoren wie auch Aspekte der Sozialpolitik berücksichtigt werden. Dies ist Forschungsgegenstand der europäischen NEXT-Studie.

Die NEXT-Studie

Die NEXT-Studie (nurses' early exit study, www.next-study.net) untersucht die Fragestellung des vorzeitigen Berufsausstiegs von Pflegepersonal auf nationaler und europäischer Ebene. Sie wird bis Mitte 2005 parallel in Belgien, Deutschland, Finnland, Frankreich, Großbritannien, Italien, den Niederlanden, Polen, Schweden und in der Slowakei und – als assoziiertes Mitglied – in Norwegen durchgeführt. In diesen Ländern (außer Schweden) wurden zwischen 5000 und 8000 Pflegefachkräfte mehrfach befragt.

Die Untersuchung zielt darauf ab, die Größenordnung, Gründe und die begleitenden Umstände des vorzeitigen Ausstiegs aus dem Pflegeberuf zu ermitteln und dabei auch die Konsequenzen dieses Schrittes für die Pflegeeinrichtungen wie auch für die betroffenen Personen zu erfassen. Die Studie wird in Krankenhäusern, Alten- und Pflegeheimen sowie in der ambulanten Pflege durchgeführt. Ihre Ergebnisse sollen als Ausgangspunkt für die Entwicklung zielgerichteter Maßnahmen der Ausgestaltung der Arbeitsbedingungen genutzt werden. Dabei ist beabsichtigt, den Verbleib des Pflegepersonals in den jeweiligen Arbeitsbereichen zu fördern.

Die NEXT-Studie umfasst eine Reihe von Erhebungen im Zeitraum 2002 bis 2005. In diesem Beitrag werden erste Ergebnisse der deutschen Basisbefragung präsentiert.

Ergebnisse der ersten NEXT Befragung

Teilnehmer/innen

In den 10 teilnehmenden Länder wurden 77.202 Pflegekräfte befragt. Sie erhielten einen Fragebogen, der die Berufsbiographie, Arbeitsinhalte und -organisation sowie die beruflichen Pläne und Aussichten zum Thema hatte. 39.689 Personen (52,9%) antworteten. In Deutschland antworteten 3565 von 6484 (55,0%) Pflegekräften aus 75 Einrichtungen. 74,8% aller Antwortenden waren im Krankenhaus, 15,3% in Pflegeheimen und 10% der Antwortenden waren in der ambulanten Pflege tätig (Tabelle 1).

Einrichtungstyp	Anzahl Institutionen	Anzahl Fragebögen ausgesendet	Anzahl Personen geantwortet	Antwort- quote
Universitätskrankenhäuser	4	2.200	1.368	62,2%
Krankenhaus > 400 Betten	3	648	269	41,5%
Krankenhaus < 400 Betten	9	1.775	1.035	58,3%
Alten- und Pflegeheim	29	1.206	531	44,0%
Ambulante Pflegedienste	30	655	354	54,0%
nicht angegeben			8	-
SUMME	75	6.484	3.565	55,0%

Tabelle 1. Übersicht über NEXT-Basis-Erhebung in Deutschland Herbst 2002

Absicht aus der Pflege auszusteigen

18,5% der antwortenden Pflegekräfte dachte mindestens „mehrfach monatlich“ (=“oft“) daran, den Pflegeberuf zu verlassen, bei höher Qualifizierten war dies eher der Fall als bei niedrig Qualifizierten (Abbildung 2). In den Altersgruppen von 25 bis 34 Jahren war der Anteil derer, die *oft* daran dachten, aus der Pflege auszusteigen, am höchsten. Bei älteren Beschäftigten war die Neigung, einen solchen Schritt zu erwägen, am geringsten (Abbildung 1).

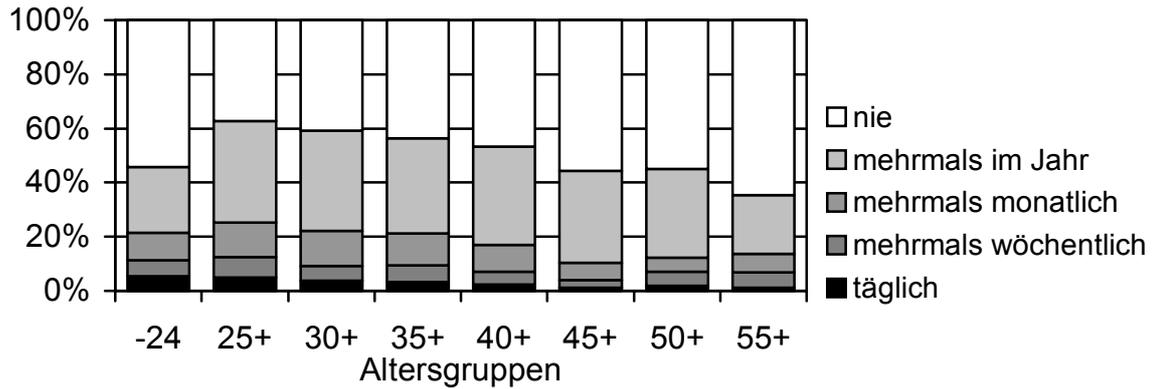


Abbildung 1. Antwort nach Alter: „Wie oft in den vergangenen 12 Monaten haben Sie daran gedacht, den Pflegeberuf zu verlassen?“. ($n_{\text{alle}}=3.537$, $n_{-24}=144$, $n_{25+}=454$, $n_{30+}=398$, $n_{35+}=609$, $n_{40+}=613$, $n_{45+}=450$, $n_{50+}=268$, $n_{55+}=161$)

Pflegepersonal in Krankenhäusern erwog den Berufsausstieg häufiger (19,1% „oft“) als Antwortende in Pflegeheimen (15,6%) und ambulanten Pflegediensten (10,8%) (nicht signifikant). Es bestanden diesbezüglich jedoch große Unterschiede zwischen einzelnen Institutionen: in den 47 deutschen Einrichtungen, in denen 10 oder mehr Personen geantwortet hatten, variierte der Anteil derer, die oft an den Berufsausstieg dachten, zwischen 0 und 50.0% (Median 16.7%). In zwei Institutionen erwog keiner der Antwortenden den Ausstieg, allerdings waren diese Institutionen mit 12 und 19 Teilnehmern klein. Vieles deutet darauf hin, dass es „attraktive“ Einrichtungen gibt, was sich beim Wunsch nach dem Berufsausstieg widerspiegelt.

Der Wunsch, die Pflege zu verlassen, war am größten bei examiniertem Pflegepersonal mit und ohne Zusatzausbildung ausgeprägt (Abbildung 2). Zudem fanden sich deutliche Zusammenhänge zwischen schlechter Gesundheit sowie niedriger Arbeitsfähigkeit und dem häufigeren Wunsch, aus der Pflege auszusteigen (nicht dargestellt).

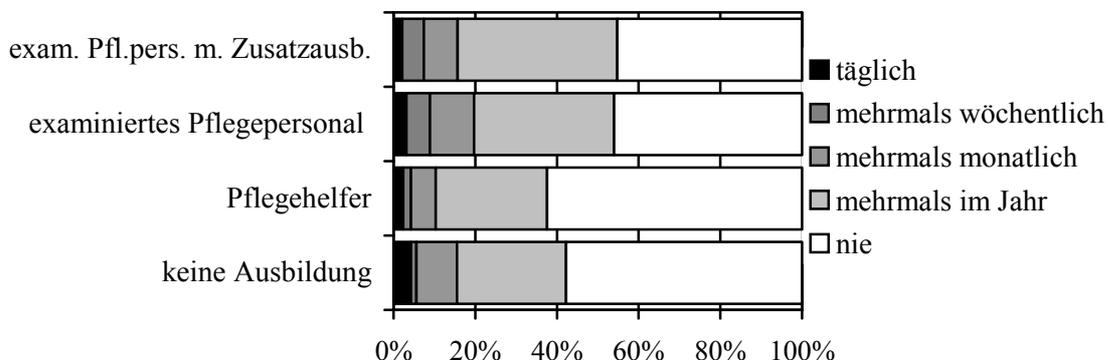


Abbildung 2. Qualifikationsniveau in Bezug auf „Absicht, die Pflege zu verlassen“. ($n_{\text{alle}}=3.015$, $n_{\text{exam. Pflegepersonal mit Zusatzausbildung}}=568$, $n_{\text{examiniertes Pflegepersonal}}=2.163$, $n_{\text{Pflegehelfer/innen}}=213$, $n_{\text{ohne Ausbildung}}=71$)

Gründe für den vorzeitigen Berufsausstieg

Als Gründe für den vorzeitigen Berufsausstieg werden häufig vermutet: *hohe quantitative und emotionale Arbeitsbelastung, ungünstige Arbeitszeiten, zu geringer Lohn, bis zum niedrigen Image der Pflegeprofession.*

In der Tat bestätigen die Ergebnisse auf bivariater Ebene diesen Zusammenhang. Als Beispiel sei hierfür der deutliche Zusammenhang von „quantitativen Arbeitsanforderungen“ und der „Absicht, aus der Pflege auszusteigen“ dargestellt (Abbildung 3).

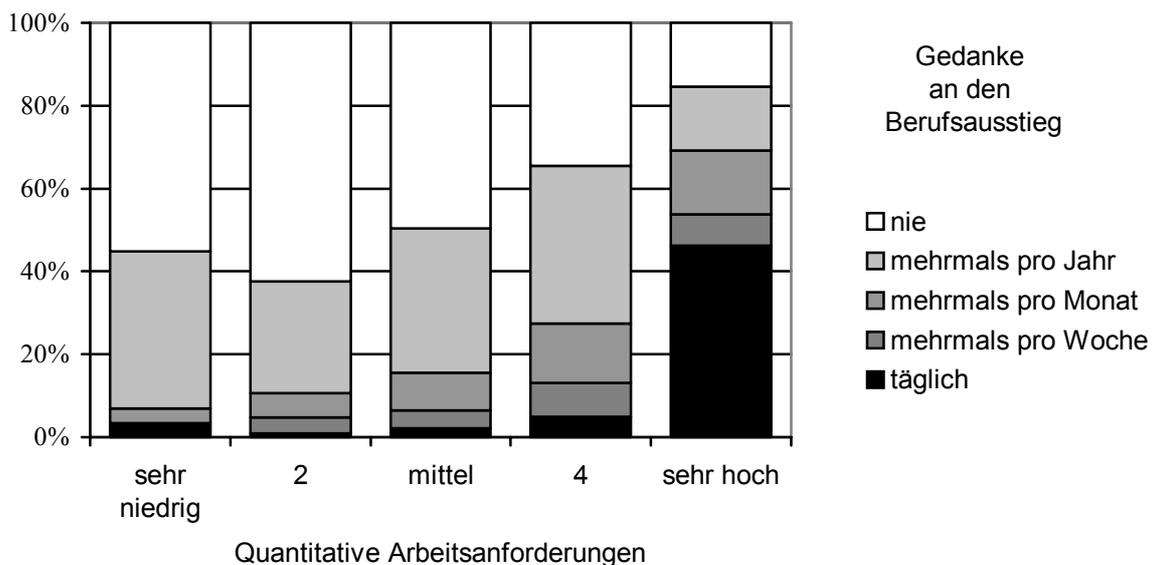


Abbildung 3. „Quantitative Arbeitsanforderungen“ in Bezug zur Häufigkeit des Erwägens des Berufsausstiegs. $n_{\text{alle}}=3.064$

Interessanterweise fanden sich diese häufig genannten Aspekte bei der *multivariaten* Analyse aller Expositionsvariablen *nicht* unter den dominierenden Gründen wieder. Anstelle dessen dominierten hier „Entwicklungsmöglichkeiten bei der Arbeit“ (Abbildung 4) und der „Arbeit-Familie Konflikt“ (Abbildung 5). Dies galt weitgehend für alle Altersgruppen und Einrichtungstypen.

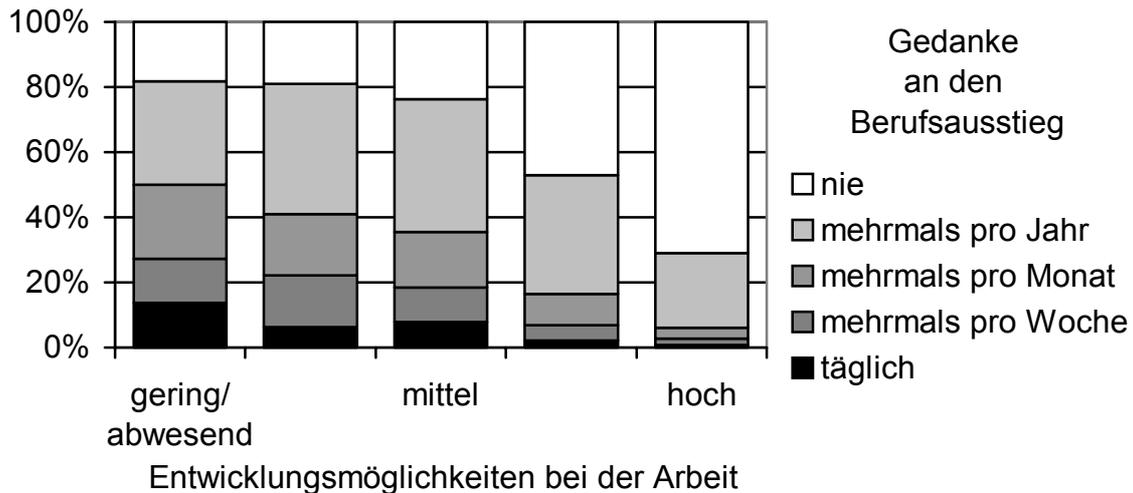


Abbildung 4. „Entwicklungsmöglichkeiten bei der Arbeit“ in Bezug zur Häufigkeit des Erwägens des Berufsausstiegs. $n_{\text{alle}}=3.104$

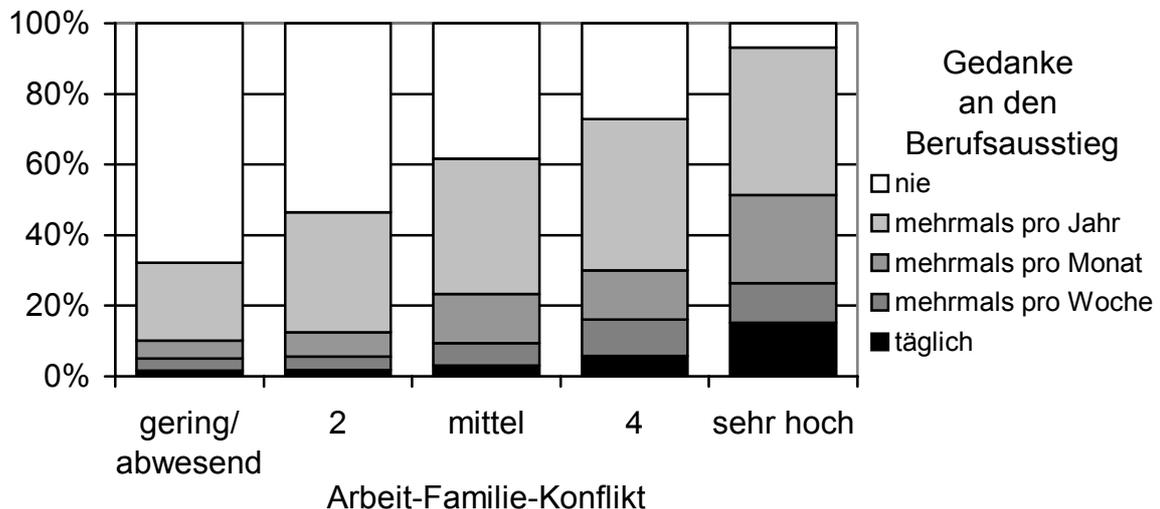


Abbildung 5. „Arbeit-Familie Konflikt“ in Bezug zur Häufigkeit des Erwägens des Berufsausstiegs. $n_{\text{alle}}=3.093$

Diskussion

Unsere Ergebnisse zeigen zweierlei: Einerseits ist ein großer Teil des Pflegepersonals in Deutschland seinem Beruf sehr verbunden und möchte in ihm auch weiter tätig bleiben. Dennoch ist der Anteil jener, die intensiv den Berufsausstieg erwägen, – auch im europäischen Vergleich – mit 18,5% bemerkenswert. Bei den Betroffenen lassen sich zwei Gruppen unterscheiden: die *motivierten* (jung und gut ausgebildet) und die *resignierten* Aussteiger (schlechte Gesundheit, erschöpft, niedrige Arbeitsfähigkeit). *Letztere* Gruppe ist aus betriebsärztlicher Sicht eine Zielgruppe: Einerseits gilt es, ihnen den Verbleib im Pflegeberuf zu ermöglichen. Andererseits gilt es jedoch auch, dergestalt präventiv tätig zu sein, dass berufliche Einflüsse gar nicht erst zur Entwicklung von niedriger Arbeitsfähigkeit und schlechter Gesundheit führen.

Aus Sicht der Einrichtungen im Gesundheitsdienst sind vor allem die *motivierten* Aussteiger eine wichtige Zielgruppe. Offensichtlich sind es organisatorische Aspekte, die dem Ausstiegswunsch dominierend zugrunde liegen und die in Zukunft näher betrachtet werden müssen.

Schlussfolgerungen und Ausblick:

Wenn dem vorzeitigen Ausstieg aus der Pflege begegnet werden soll, so muss versucht werden, die Attraktivität der Arbeitsbedingungen zu erhöhen. Unsere Ergebnisse deuten darauf hin, dass dabei sowohl der Arbeitsorganisation wie auch dem betrieblichen Arbeitsschutz eine Rolle zukommt. Dennoch: bei den vorgestellten Ergebnissen handelt es sich um erste Ergebnisse. Die Gewichtung der einzelnen hier vorgestellten sowie weiterer Faktoren kann in diesem Beitrag noch nicht ausreichend vorgenommen werden. Detaillierte Analysen sind hierfür erforderlich, die folgen werden. Zudem ist zu beachten, dass bei der hier präsentierten Querschnittserhebung der healthy worker effect zu einer Unterschätzung des Zusammenhangs „adverse Exposition – Ausstiegswunsch“ führt. Um diesen Effekt zu erfassen, sind longitudinale Untersuchungen erforderlich. Die weiteren Ergebnisse der NEXT-Study müssen abgewartet werden, um Kausalitäten zu untersuchen.

Literatur

1. Arnold M, Klauber J, Schellschmidt H (Hrsg.). Krankenhaus-Report 2001, Stuttgart New York: Schattauer 2001
2. De Troyer M. The hospital sector in Europe – Introductory report. Draft, presentation at ‘Working without limits’ TUTB-SALISA Conference, Brussels 25-27 September 2000
3. Hasselhorn HM, Tackenberg P, Müller BH. Vorzeitiger Berufsausstieg aus der Pflege in Deutschland als zunehmendes Problem für den Gesundheitsdienst – eine Übersichtsarbeit. Ges Wes 2003;65:40-46
4. Hof B. Auswirkungen und Konsequenzen der demographischen Entwicklung für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung. Verlag der privaten Krankenversicherung e.V., Köln, 2001
5. Kollar Doris E. Beschäftigungssituation im Pflegedienst in Oberösterreich - Demografische Entwicklung des Krankenpflegefachdienstes in Oberösterreich und mögliche Konsequenzen daraus. Master Thesis im Rahmen des MAS für Krankenhausmanagement der Wirtschaftsuniversität Wien. Linz, 2002

Diskussion

- Zusammenfassung einiger ausgewählter Beiträge -

Herr Krämer, Diakonisches Werk der evang. Kirche im Rheinland:

Das Fachgespräch habe die Situation in den Pflegeeinrichtungen zutreffend dargestellt. Allerdings sei die Bindung des Pflegeschlüssels an die Pflegestufen nicht der richtige Weg, um den Personalmangel in der Altenpflege zu bekämpfen. Herr Isfort vom dip habe zutreffend ausgeführt, dass der tatsächliche Pflegeaufwand in keiner Relation zu den Pflegestufen stehe.

Herr Schröder, Geschäftsführer Kath. Altenzentrum St. Josefshaus Herbede gGmbH, Witten:

Die Praxis zeige, dass es mindestens fünf unterschiedliche Pflegestufen geben müsste. Deshalb sei die in der Pflegeversicherung verankerte Systematik neu zu definieren. An derart überarbeiteten Pflegestufen könnte sich ein Pflegeschlüssel orientieren.

Herr Brüggemann, Bistum Essen:

Eine steigende Sterbequote (Zahl der Einwohner, die innerhalb eines Jahres in der Einrichtung sterben) führe zu einem zunehmenden Pflegeaufwand. Dies erfordere mehr Personal in den Pflegeeinrichtungen. Problematisch sei außerdem die Einstufungspraxis durch den MDK. Neueintritte in den Pflegeheimen würden meist in eine zu niedrige Pflegestufe eingestuft. Eine spätere Höherstufung verursache einen enormen Verwaltungsaufwand und sei oft nur auf dem Klageweg zu erreichen. Damit seien hohe Kosten verbunden.

Frau Terhard, Heilig Geist Stiftung Dülmen:

Pflegekräfte hätten das Gefühl, "für alles" zuständig zu sein. Dies stelle eine große Belastung dar. Deshalb müssten die Erwartungen an die Pflegeeinrichtungen und die Zuständigkeiten der Fachkräfte exakter definiert werden. Es müsse viel deutlicher werden, dass für die Bewohner in Pflegeeinrichtungen auch die Ärzte, die Pflegekassen, die Angehörigen, Therapeuten, usw. mitverantwortlich seien. Außerdem müsse in der Ausbildung stärker auf die soziale Kompetenz des Fachpersonals geachtet werden.

Heimleiter, Altenpflegeheim in Dorsten:

Die zahlreichen und teils widersprüchlichen Kontrollen und Auflagen von Heimaufsicht und MDK stellen eine große Belastung für das Personal und die Leitung einer

Pflegeeinrichtung dar. Bei der Einstufungspraxis des MDK sei ein starkes "Gefälle" zwischen Rheinland und Westfalen feststellbar. Man könne den Eindruck gewinnen, dass es in Westfalen keine schwerst pflegebedürftigen Menschen mehr gebe, sondern nur noch im Rheinland.

Herr Voigt, Johannes-Seniorendienste, Bonn:

Problematisch sei die sehr unterschiedliche Auslegung des Heimgesetzes. Teilweise grenze das Vorgehen der Heimaufsichten an Willkür. Es sei deshalb wünschenswert, seitens des Landes NRW Vorgaben zur einheitlichen Auslegung des Heimgesetzes in Nordrhein-Westfalen zu machen. Zudem interessiere ihn die Meinung der CDU hinsichtlich der Pläne der Bundesregierung zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung. Die Bundesregierung plane eine massive Absenkung der Leistungen der Pflegeversicherung bei stationärer Pflege.

Herr Henke, sozialpolitischer Sprecher der CDU-Landtagsfraktion:

Die Leistungen der Pflegeversicherung in den Pflegestufen I und II bei häuslicher Pflege seien derzeit deutlich niedriger als bei stationärer Pflege. Es werde von manchen argumentiert, dies würde einen Anreiz darstellen, Pflegebedürftige vorzeitig stationär versorgen zu lassen. Im Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung habe man diese Argumentation aufgegriffen. Eckpunkte zur Reform der Pflegeversicherung sehen einheitliche Leistungen bei ambulanter und bei stationärer Pflege vor. Dieses Ziel einheitlicher Leistungen solle durch die massive Absenkung der Leistungen bei stationärer Pflege erreicht werden.

Die häusliche Pflege müsse auch in Zukunft Vorrang vor der stationären Pflege haben. Ältere Menschen sollten so lange, wie es menschenwürdig möglich ist, in ihrer vertrauten Umgebung leben können. Die CDU-Landtagsfraktion werde sich deshalb auch weiterhin für die Stärkung des in der Pflegeversicherung verankerten Grundsatzes „ambulant vor stationär“ einsetzen. Allerdings sei die Fraktion nicht der Ansicht, dass die Vereinheitlichung der Leistungen der Pflegeversicherung im ambulanten und stationären Bereich durch die Absenkung der Leistungsniveaus bei stationärer Pflege erreicht werden sollte.

Es gebe keinen empirisch gesicherten Hinweis dafür, dass die höheren Leistungen der Pflegeversicherung bei stationärer Pflege einen besonderen Anreiz für einen Heimeinzug darstellten. Häusliche Pflege werde in vielen Fällen bis über die Grenze der körperlichen und psychischen Belastbarkeit hinaus geleistet. Stationäre Pflege werde erst dann in Anspruch genommen, wenn Pflege in der häuslichen Umgebung nicht mehr unter menschenwürdigen Umständen möglich sei oder wenn Angehörige den „full-time-job“ Pflege nicht mehr bewältigen könnten, ohne selbst unter dieser Aufgabe zusammen zu brechen.

Weiter müsse berücksichtigt werden, dass die Sozialhilfequote von Pflegebedürftigen in Heimen trotz der höheren Leitungen der Pflegeversicherung ohnehin sehr hoch sei. Ein stationärer Heimaufenthalt könne - trotz Pflegeversicherung - innerhalb kurzer Zeit in die Abhängigkeit von Sozialhilfe führen. Auch vor diesem Hintergrund bestehe kein finanzieller Anreiz für einen Heimeinzug.

Durch die Anhebung des Leistungsniveaus der Pflegeversicherung bei ambulanter Pflege könne der ambulante Pflegebereich sicherlich gestärkt werden. Allerdings sehe das Konzept der Bundesregierung lediglich eine Anhebung der Leistungen um 116 Euro in Pflegestufe I, 79 Euro in Pflegestufe II und um 68 Euro in Pflegestufe III vor.

Gleichzeitig sei mit diesen Plänen eine drastische Absenkung der Leistungen im stationären Bereich um 523 Euro in Pflegestufe I und um 279 Euro in Pflegestufe II verbunden. In Nordrhein-Westfalen wären 80 Prozent der 135 500 LeistungsempfängerInnen der Pflegeversicherung in Heimen Pflegebedürftigen von diesen Neuregelungen betroffen. Eine Absenkung der Leistungen der Pflegeversicherung bei stationärer Pflege würde noch mehr Pflegebedürftige von Sozialhilfe abhängig machen und sei deswegen kein geeigneter Weg, den Grundsatz „ambulant vor stationär“ zu stärken.

Die CDU habe sich zum Ziel gesetzt, die Pflegeversicherung mit einem kapitalgedeckten Prämienmodell zu stärken. So könnten die durch die Bevölkerungsentwicklung entstehenden Belastungen der Sozialsysteme aufgefangen werden. Ferner sei eine Ausweitung der Leistungen zugunsten Demenzkranker und eine Dynamisierung Leistungen der Pflegeversicherung erforderlich.

Herr Mellin, CDU-Seniorenunion, Kreis Wesel:

Die ältere Generation sei besonders schockiert von den geschilderten Mißständen in den Pflegeeinrichtungen. Man habe Angst, pflegebedürftig zu werden. Angesichts der demographischen Entwicklung sei es erforderlich, Lösungen aufzuzeigen. Beispielsweise seien die gesetzlichen Rahmenbedingungen dahingehend zu verbessern, dass Senioren in den Pflegeeinrichtungen ehrenamtlich tätig werden können. Unter den Senioren sei ein großes Potential an ehrenamtlicher Hilfe zu finden. Erforderlich sei jedoch auch die Ausbildung und Schulung dieser freiwillig Engagierten.

Herr Treiß, Landesverband freie ambulante Krankenpflege NRW (LfK):

Es sei erforderlich, die Pflegestufen bzw. auch Pflegebudgets für die ambulante pflegerische Versorgung der Kostenentwicklung anzupassen. Häusliche Pflege sei sehr stark von den finanziellen Rahmenbedingungen abhängig. Der Vorschlag des Gesundheitsministeriums, die Leistungen der Pflegeversicherung für den ambulanten und den stationären Bereich einheitlich auf 500, 1000 bzw. 1500 Euro festzulegen,

sei aber sicherlich nicht aus pflegefachlichen Überlegungen entstanden, sondern eher aufgrund fiskalischer Erwägungen.

Der Anteil der medizinischen Behandlungspflege in den Einrichtungen der stationären Altenpflege habe zugenommen. Im Bereich der ambulanten Pflege hingegen sinke der Anteil kontinuierlich. Da die meisten Pflegedienste Leistungen der Krankenversicherung und der Pflegeversicherung erbrächten, habe diese Entwicklung negative Auswirkungen auf die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der Betriebe. Gründe dafür seien die relativ restriktive Verwaltungspraxis und in die Richtlinien zur Verordnung häuslicher Krankenpflege. Zudem habe das Volumen der häuslichen Krankenpflege im ambulanten Bereich aufgrund des Genehmigungsverhaltens der gesetzlichen Kostenträger abgenommen. Ein weiterer Grund sei der Genehmigungsvorbehalt der Krankenkassen. Die ärztliche Verordnung löse nicht unmittelbar die Leistung aus, sondern die zuständige Krankenkasse habe vorher zu genehmigen oder abzulehnen

Herr Müther, Diözesan-Caritasverband Paderborn:

Eine ausreichende Zahl an ausgebildeten Fachkräften sei für die Altenpflege zwingende Voraussetzung. Für die Ausbildungsjahrgänge 2004 werde Förderung nach SGB III komplett "wegbrechen". Die Landesförderung könne diese Ausbildungsplätze nicht kompensieren. Deshalb stelle sich die Frage, was die CDU im Jahr 2004 unternommen habe, diesen Rückgang an Ausbildungsplätzen zu verhindern oder zu kompensieren. Die Studie "Pflegebedarf und Leistungsstrukturen in vollstationären Einrichtungen" habe den Fachkräftemangel deutlich gemacht und auf den dringenden Handlungsbedarf hingewiesen. Ein großes Problem seien auch die zahlreichen, im SGB XI verankerten Zuständigkeiten und Akteure und der verrichtungsbezogene Pflegebegriff der Pflegeversicherung, der den tatsächlichen Pflegebedarf nicht hinreichend abbilde.

Herr Henke, sozialpolitischer Sprecher der CDU-Landtagsfraktion:

Die CDU-Landtagsfraktion habe den Rückgang der SGB III-Förderungen im Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales im Jahr 2003 bereits mehrfach auf die Tagesordnung gebracht und die Landesregierung aufgefordert, durch eine Erhöhung der Landesmittel den Wegfall dieser Ausbildungsplätze mit Hilfe zusätzlicher, landesgeförderter Ausbildungsplätze aufzufangen, um dem massiven Fachkräftemangel in der Pflege entgegen zu wirken. Die rot-grüne Regierungskoalition habe den Antrag abgelehnt und der CDU "Panikmache" im Bereich der Altenpflegeausbildung vorgeworfen. Die Ankündigung der Landesregierung, in den Jahren 2004 und 2005 insgesamt 1200 zusätzliche Ausbildungsplätze zu fördern sei ein richtiger Schritt. Damit werde auf den öffentlichen Druck und die Argumente der CDU-Landtagsfraktion NRW reagiert. Durch die Aktivitäten der CDU-Landtagsfraktion im Ausschuss konnte sicherlich ein beträchtlicher Teil des Anfang 2003 angekündigten "Kahlschlages" bei

den SGB III-Förderungen verhindert werden. Die weitere Entwicklung sei mit Sorgfalt zu verfolgen.

Herr Bik, Altenheim St. Ludgeri Essen:

Obwohl die Studie "Pflegebedarf und Leistungsstrukturen" eindrucksvoll auf die Probleme in der Pflege hingewiesen habe, sei das Gutachten "in der Schublade" verschwunden.

Nun werde sich eine neue Studie zum Thema "Referenzeinrichtungen" genau mit dem gleichen Thema befassen. So entstehe der Eindruck, dass hier „etwas nicht sein darf was nicht sein soll“. Das Ergebnis der Studie sei eindeutig gewesen. Das mehr Personal erforderlich sei, wolle anscheinend niemand wahr haben. Deswegen habe man eine neue Studie in Auftrag gegeben, vermutlich nach dem Motto "wer die Musik bezahlt, bestimmt welche Musik aufgelegt wird".

Herr Henke, sozialpolitischer Sprecher der CDU-Landtagsfraktion:

Es sei in der Tat mehr als fraglich, ob das Land Studien finanzieren sollte, die eine Erkenntnis zur Verfügung stellen, die schon in irgendeiner Schublade liegt.

Die Opposition im Landtag sei an den parlamentarischen Verfahren zur Gestaltung des Sozialversicherungsrechts durch den Bund nicht beteiligt. Das Land Nordrhein-Westfalen werde im Bereich der Pflegeversicherung ausschließlich durch die Landesregierung über den Bundesrat tätig. Ansonsten könne über die Enquetekommission der Reformbedarf in der Pflege gesammelt werden.

Die Pflegeversicherung müsse weiterentwickelt werden, um in Zukunft eine menschenwürdige Pflege zu gewährleisten. Wenn man die Arbeitsbedingungen verbessern wolle, werde man aber um eine Personalanpassung nicht herum kommen. Die Leistungen der Pflegeversicherung müssten endlich dynamisiert werden. Die Versorgung von Demenzerkrankten sei zu verbessern. Aus konstanten Beträgen seien diese zusätzlichen Aufgaben nur schwer zu finanzieren.

Herr Schrudde, Caritasverband Dorsten:

Aufgrund knapper finanzieller Mittel in der Pflege müsse man versuche, die vorhandenen Mittel möglichst effektiv einzusetzen, damit bei den Pflegebedürftigen von dem vorhandenen Geld mehr ankomme. Ein Problem sei die Bürokratisierung in der Pflege. Es müsse mehr Zeit für die direkte Pflege am alten Menschen zur Verfügung stehen. Dann mache der Altenpflegeberuf auch wieder mehr Spaß.

Absurd sei die ab 1. Januar 2004 auch für Heimbewohner eingeführte Praxisgebühr. Das Durchschnittsalter der Bewohner laufe auf die 85 Jahre zu. Diese alten Menschen müssten nun ihre Praxiszettel sammeln und aufpassen, wann sie die Belastungsgrenze von ein oder zwei Prozent des Einkommens erreicht haben, um rechtzeitig einen Befreiungsantrag zu stellen. Zu berücksichtigen sei vor diesem Hinter-

grund auch der zunehmende Anteil der Demenzkranken unter den Pflegebedürftigen. Viele Einzelheiten der Gesundheitsreform seien außerdem noch nicht geregelt .

Herr Dr. Hasselhorn, Bergische Universität Wuppertal:

Die Diskussion habe sich fast ausschließlich auf die finanziellen Rahmenbedingungen in der Pflege konzentriert. Es sei falsch zu glauben, zunächst müssten die finanziellen Probleme in der Pflege gelöst werden, um bessere Arbeitsbedingungen für das Personal zu erreichen. Es wäre sinnvoll, Strategien zur Verbesserung der Arbeitssituation des Pflegepersonals in den Einrichtungen bereits unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen zu entwickeln. In anderen Länder der EU werde auch nicht mehr Geld für die Pflege ausgegeben. Obwohl in Deutschland 10% für den Gesundheitsdienst ausgegeben werde und in Griechenland nur 5 % des Bruttosozialprodukts, lebten die Griechen genauso lange wie die Deutschen. Zudem hätten die Pflegenden in vielen anderen Ländern der EU offenbar bessere Arbeitsbedingungen als in Deutschland.

Herr Isfort, Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung:

Die Veranstaltung habe deutlich gemacht, dass Qualität und Freude an der Arbeit nicht über Gesetzgebungsverfahren und komplizierte Bemessungs- und Ausfüllformulare erreicht werden kann. In den Einrichtungen selbst könne einiges getan werden, um Mitarbeiter zufriedener zu machen oder Mitarbeiter in der Pflegeeinrichtung zu halten. Dieses Fachgespräch zeige, dass das Thema Pflege sich nicht nur auf der Ebene von Fachdiskussionen bewege, sondern dass es mittlerweile ein politisches Anliegen ist, sich um die Pflegebedürftigen und die Pflegenden zu bemühen.

Herr Henke, sozialpolitischer Sprecher der CDU-Landtagsfraktion:

Als abschließende Bemerkungen, müsse man feststellen, dass es bedauerlicherweise eine nachhaltige Störung der Kommunikation zwischen Politikern und Gesellschaft gebe. Die Gesellschaft erwarte von der Politik Lösungen für ihre Probleme und sei schon oft enttäuscht worden. Deswegen sei das Vertrauen, dass Politiker daran arbeiten würden die Rahmenbedingungen zu verbessern, in der Gesellschaft größtenteils verloren gegangen. Vor diesem Hintergrund betrachte es die Gesellschaft als nicht mehr zumutbare Vorleistung, aus den gegenwärtigen Rahmenbedingungen das Beste zu machen. Man habe Angst davor, dass die Politik Verbesserungen der Zustände durch eigenes Engagement der Bürger als Indiz dafür werten könnte, dass im politischen Raum nicht mehr getan werden müsse. Man habe Bedenken, die politischen Akteure vom Handlungsdruck zu entlasten. Deshalb gewinne man auf Veranstaltungen wie dieser den Eindruck, dass mehr über den Handlungsbedarf auf Seiten der Politik geredet werde, als über Frage, wie man unter den gegebenen Rahmenbedingungen die Situation verbessern könne.

Man glaube vielen Politikern kaum noch, dass es ihnen wirklich um die Sache gehe. Deswegen brauche Nordrhein-Westfalen nach fast 40 Jahren SPD-Regierung den Versuch, ob es nicht doch anders - mit einer CDU-geführten Regierung- geht.

Schlusswort

von

Angelika Gemkow MdL

Seniorenbeauftragte der CDU-Landtagsfraktion NRW

Vorsitzende der Enquête-Kommission
"Situation und Zukunft der Pflege in NRW"

am 12. Januar 2004

anlässlich des Fachgesprächs

"Pflege – ein Beruf fürs Leben?"

im

Landtag NRW

Meine sehr geehrten Damen und Herren,

wir sind am Ende einer interessanten Diskussion angelangt. Die heutige Veranstaltung hat bestätigt, wie wichtig und wie dringlich das Thema „Pflege“ ist.

Pflege ist Beziehung, Pflege ist ein schöner Beruf – man wird gebraucht.

Unsere Gesellschaft ist auf die große Zahl pflegebedürftiger Menschen nicht vorbereitet. Um einen Denkprozess anzustoßen, haben wir die Enquetekommission "Situation und Zukunft der Pflege in NRW" eingerichtet. Dass diese Enquete-Kommission die richtigen Themen aufgreift und der Problembereich "Pflege" in der Öffentlichkeit stärker wahrgenommen wird, ist ohne Ihre Unterstützung nicht möglich. Darum danke ich Ihnen für Ihr Engagement und ihre Teilnahme an der heutigen Fachtagung. Ihre Anwesenheit in so großer Zahl unterstreicht den Handlungsdruck.

Zugleich möchte ich den eingeladenen Referenten für ihre Diskussionsbeiträge danken.

Ich hoffe auch, dass es gelungen ist, mit diesem Fachgespräch deutlich zu machen, welche Probleme der dramatische Personalmangel in der Pflege bereitet.

Keiner kann behaupten, dass die Berichte in den Medien oder die zahlreichen Studien, von denen heute das "Pflegethermometer" und die "NEXT-Studie" präsentiert wurden, nur Panikmache darstellen. Ich hoffe, es ist uns auch gelungen, den Verantwortlichen Auswege aufzuzeigen und ein kleines Stück weiterzukommen auf dem Weg zu einer menschlichen und menschenwürdigen Pflege.

Fazit

Die Eckpunkte für eine menschenwürdige Pflege lassen sich kurz skizzieren:

"Keine Zeit, der Nächste wartet schon!" (das meistgehörte Zitat)

Eine "Fließbandpflege" muss verhindert werden. Wir brauchen in Zukunft eine "Begegnungspflege" zwischen den Pflegebedürftigen und den Pflegenden!

Die Bereitstellung von mehr Geld für die Pflege allein reicht sicher nicht aus. Wer heute will, dass er später nicht in der "Fließbandpflege" enden will, muss jetzt die Weichen stellen. Wir müssen klären, was der Gesellschaft eine menschenwürdige Pflege wert ist. Wert auch an Anerkennung an Zeit, an sozialem Engagement und an Mitgefühl!

Der dramatische Personalmangel in der Pflege muss beseitigt werden. In Zukunft muss jeder, der einen Ausbildungsplatz nachweisen kann, auch einen Platz in einem Fachseminar für Altenpflege erhalten. Die Kontingentierung von Ausbildungsplätzen durch die Landesregierung hat sich als kontraproduktiv erwiesen, was fachlich nicht zu akzeptieren.

Schlechte Arbeitsbedingungen, hoher Zeitdruck, die Zuständigkeit für zu viele Bewohnerinnen und Bewohner, zu wenig Zeit für die psychosoziale Betreuung der Pflegebedürftigen und mangelnde gesellschaftliche Anerkennung der beruflichen Tätigkeit – das muss sich ändern. Den Pflegekräften muss es möglich sein, ihre Arbeit so zu verrichten, dass sie den beruflichen Vorstellungen und dem eigenen Anspruch an den Beruf entspricht. Dann wird der Pflegeberuf ein Beruf fürs Leben.

Adressat dieser Forderungen kann nicht allein die Politik sein. Die "NEXT-Studie" hat gezeigt, dass in Deutschland jeder Fünfte daran denkt, den Pflegeberuf zu verlassen, insbesondere die Jüngeren und Besserqualifizierten. Auffällig – das ist besonders interessant – ist aber der große Unterschied **zwischen den einzelnen Pflegeeinrichtungen**. Offensichtlich gibt es attraktive und unattraktive Einrichtungen. Politik kann Rahmenbedingungen schaffen. Daneben müssen die Verantwortlichen in Pflegeeinrichtungen und in den Institutionen daran mitwirken, die Arbeitsbedingungen für das Pflegepersonal zu sichern und eine menschenwürdige Pflege zu gewährleisten. Ist die Architektur den Bedürfnissen der Bewohnerinnen und Bewohner und denen des Personals angepasst? Stimmen die Arbeitsabläufe? Vieles lässt sich optimieren, ohne Kosten zu verursachen.

Die Pflegenden brauchen aber auch mehr Anerkennung in unserer Gesellschaft. Imagekampagnen sind sicherlich nur ein Baustein dazu. Es ist insbesondere erforderlich, **den Pflegeberuf attraktiv zu machen**. Dazu gehören gute Aus-, Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten, der Durchstieg zur Fachhochschulreife, Karrierechancen, akzeptable Arbeitszeiten, eine leistungsgerechte Bezahlung und die Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Für die Altenpflegeausbildung in NRW ist ein Curriculum für die schulische und praktische Ausbildung erforderlich, das hinreichend auf den Pflegeberuf vorbereitet, damit sich der "Praxisschock" (Gelerntes in der Ausbildung – Berufliche Realität) in Grenzen hält.

Pflege wird durch Bürokratie, durch Zeit- und Verwaltungsvorgaben erschwert und teilweise unmöglich gemacht. Die Pflegedokumentation ist sinnvoll, um einen nach wissenschaftlichen Erkenntnissen gesicherten Pflegeprozess zu gewährleisten. Wenn allerdings die Dokumentation einer pflegerischen Maßnahme länger dauert als deren Durchführung, wird Qualitätssicherung zum Selbstzweck.

Im Vordergrund muss das Ergebnis der Pflege stehen. Bürokratie muss abgebaut werden, damit es nicht zu Mehrfachprüfungen durch Heimaufsicht, MDK, Gesundheitsämter und Brandschutzbehörden kommt.

Eine menschenwürdige Pflege - dazu gehört das Ehrenamt.

Schon heute können viele Angebote in den Einrichtungen ohne freiwillig engagierte Menschen nicht mehr vorgehalten werden. Freiwillige bringen die Außenwelt in die Einrichtungen der Altenpflege. Freiwilliges Engagement muss deshalb weiterentwickelt, Schulungen angeboten werden. Ohne freiwillig Engagierte und Angehörige wird die Pflege auch in Zukunft nicht auskommen. Kooperation Fachkräfte.

Pflegende Angehörige verdienen mehr gesellschaftliche Anerkennung und Unterstützung. Über 70 Prozent der Pflegebedürftigen in NRW werden zu Hause, meist durch Ehepartner, Töchter und Schwiegertöchter, betreut und versorgt. Körperliche und seelische Beeinträchtigungen sind oft die Folge des "Fulltime-Jobs" Pflege. Hinzu kommen Einschränkungen der persönlichen Interessen und Kontakte, Einschränkungen der Berufstätigkeit und finanzielle Einbußen. Deswegen müssen Informations-, Beratungs- und Entlastungsangebote ausgebaut werden.

Wir benötigen eine bedarfsgerechte Infrastruktur an ambulanten Diensten und stationären Pflegeeinrichtungen. Die Novellierung des Landespflegegesetzes im Jahr 2003 hat Lasten auf Kommunen und Pflegebedürftige verschoben. Die Integration, die Verringerung der Schnittstellen und der Aufbau von Versorgungsketten muß Ziel sein.

Die Pflegeversicherung weist seit ihrer Einführung beträchtliche Erfolge auf. Sie muss aber weiterentwickelt werden, um auch künftig eine humane Pflege zu gewährleisten.

Ich möchte eine wichtige Forderung wiederholen: Wir benötigen eine breite gesellschaftliche Diskussion zum Thema Pflege. Unsere Gesellschaft muss klären, was ihr eine menschliche und menschenwürdige Pflege wert ist. Wir müssen bereit sein, in Pflege zu investieren.

Unsere Gesellschaft ist von dem Trend zu einer "Spaßgesellschaft" gekennzeichnet. Wir werden zu einem Volk der Individualisten. Jung, schön, erfolgreich, reich – das sind Werte, auf die es zunehmend heute ankommt. Wir brauchen eine Debatte darüber, ob der "Lebenssinn" im Zeitvertreib liegt, oder ob das wahre Erlebnis darin besteht, etwas zu Sinnvolles zu tun, z.B. durch die Übernahme von Verantwortung durch ein Ehrenamt. Die "Kultur des Helfens" muss mit Leben gefüllt werden.

Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt. Diesen Grundsatz haben die Väter und Mütter unserer Verfassung in Art. 1 des Grundgesetzes verankert. Alte und pflegebedürftige Menschen sind in besonderer Weise auf den Schutz des Grundgesetzes angewiesen. Daran muss sich die Pflegepolitik der nächsten Jahre besonders orientieren.

Pflege muss sich in Zukunft stärker am Menschen, stärker an den individuellen Bedürfnissen der Pflegebedürftigen ausrichten. Stets ist die Würde des Menschen zu wahren. Eine rein körperorientierte Pflege, bei der geistige und seelische Bedürfnisse außen vor bleiben, ist völlig unzureichend. Von besonderer Bedeutung für eine menschliche Pflege ist die persönliche Beziehung zwischen den Pflegebedürftigen und dem Pflegenden. Wünsche und Bedürfnisse der Pflegebedürftigen müssen zur Kenntnis genommen und auch berücksichtigt werden.

Leider sind Heime nicht selten, so hören wir immer wieder, eine „Hölle der Ereignislosigkeit“. Die Langeweile wird nur unterbrochen von den Mahlzeiten. Diese "Tristesse" findet natürlich "qualitätsgesichert" und bestens dokumentiert statt – das ist selbstverständlich!

Pflege braucht Zeit. Diese müssen wir dem Pflegebedürftigen und Pflegenden geben. Aufgabe des Gesetzgebers, der Politik und der Träger der von Pflegeeinrichtungen ist es deshalb, den Pflegenden ihre Arbeit durch entsprechende Rahmenbedingungen zu ermöglichen. Das ist eine gewaltige Aufgabe, die vor uns liegt.

Ich hoffe, dass Ihnen, meine Damen und Herren, dieser Nachmittag neue Einblicke in das Thema vermittelt hat. Die Zeit zur Diskussion war knapp. Wenn Sie nicht zu Wort gekommen sind, nutzen Sie bitte die ausliegenden Formulare und schicken Sie uns Ihre Anregungen und Verbesserungsvorschläge zu.

Ich wünsche, dass wir in Kontakt bleiben und ich wünsche Ihnen einen guten Heimweg. **Danke!**