

Zur Diskussion gestellt

**Sozial und Solidarisch.
Menschen würdig pflegen.**



*Gesundheit, Soziale Dienste,
Wohlfahrt und Kirchen*

**Vereinte
Dienstleistungs-
gewerkschaft**

Die aktuelle Situation ist geprägt durch Entwicklungen, die einen dringenden Handlungsbedarf bei der Finanzierung und der Ausgestaltung der Versorgungssysteme in der Pflege aufzeigen.

Die Zahl der Pflegebedürftigen, die ambulanter und stationärer Pflege bedürfen, ist ansteigend. Die pflegerische Infrastruktur ist vielfach gekennzeichnet von Fehl- oder Unterversorgung. Insbesondere in der stationären Pflege nimmt die Zahl schwerstpflegebedürftiger bzw. multimorbider BewohnerInnen zu. Gleichzeitig ist die Zahl und die Qualifikation der Pflegenden in den Diensten und Einrichtungen selten ausreichend. Mängel in der Qualität der Pflege, Betreuung und Versorgung sind die Folge.¹

Die Situation Pflegebedürftiger gerät immer wieder in den Blick öffentlichen Interesses. Auslöser sind schlimme Skandale. Für Qualitätsmängel, Gewalt und Vernachlässigung – die in der stationären aber kaum in der ambulanten Pflege öffentlich diskutiert werden – sind psychische Überforderung der Pflegenden, ein nicht zu bewältigendes Arbeitspensum durch personelle Unterbesetzung, fehlende Qualifikationen und unzumutbare Arbeitsbedingungen verantwortlich. Der Zeitdruck und das eingeschränkte Pflegeverständnis bei der Finanzierung der Pflege zeigt Wirkung im Pflegealltag zu Hause und im Heim.

Als »Teilkaskoversicherung« geht die Pflegeversicherung von einem reduzierten Pflegebegriff aus, der sich im Wesentlichen auf die körperlichen Bedürfnisse und Verrichtungen des täglichen Lebens bezieht. Menschen mit demenziellen oder psychischen Erkrankungen bzw. geistigen Behinderungen, bei denen ein psychischer bzw. sozialpflegerischer Betreuungsbedarf im Vordergrund steht, bleibt die Zuerkennung einer Pflegestufe und damit der Anspruch auf Pflegeleistungen häufig verwehrt. Deshalb steht die Pflegeversicherung in der Kritik, diese Betroffenenengruppen auszugrenzen, bzw. nicht ausreichend zu berücksichtigen. Verschiedene Reformansätze, wie z.B. das Pflegeleistungs-Ergän-

zungsgesetz, haben dieses Defizit bisher nicht ausgeglichen.

Die seit Einführung der Pflegeversicherung nicht dynamisierten Leistungen im SGB XI lassen immer mehr Lasten bei den Pflegebedürftigen. Diese Situation befördert »Billigpflege« mit der Konsequenz von Pflegemängeln und immer unerträglicheren Arbeitsbedingungen für die Beschäftigten in der Pflege.

Bei einer steigenden Lebenserwartung der Bevölkerung und bei sinkender Geburtenrate nimmt der Anteil betagter Menschen an der Gesamtbevölkerung zu. Zwar setzt sich gestiegene Lebenserwartung nicht gleichermaßen um in steigende Pflegebedürftigkeit. Aber die Wahrscheinlichkeit von Pflegebedürftigkeit nimmt im hochbetagten Alter zu und vergrößert sich, wenn nicht präventiv und rehabilitativ flankiert wird.

Die Zahl chronisch Kranker und damit gesundheitlich und sozial zu unterstützender Menschen steigt. Diese Entwicklung reicht auch in jüngere Altersgruppen hinein. Verursacher vieler chronischer Krankheiten liegen in den Lebens-, Arbeits- und Umweltverhältnissen. Und diese können kaum vom einzelnen, sondern müssen politisch gestaltet werden.

Das Risiko zu erkranken und die Möglichkeiten den Gesundheitsbelastungen durch individuelles Verhalten zu begegnen sind ungleich verteilt. Die Zugehörigkeit zu einer sozialen Schicht entscheidet häufig über die Chancen für ein längeres Leben mit weniger gesundheitlichen Einschränkungen. Arbeitslosigkeit und Armut sind bedeutende Gesundheitsrisiken.

Traditionelle Unterstützungs- und Hilfesysteme – allen voran die Familie – verlieren an Bedeutung. Notwendig werden deshalb andere soziale Netze sowie bedarfsorientierte und integrierte professionelle Unterstützungs- und Hilfesysteme.

¹ aus: 4. Altenpflegebericht, MDS Ergebnisse der Qualitätsprüfung nach § 114 SGB XI

2.1 Daten zur Situation in der Pflege Pflegebedürftigkeit

Im Dezember 2003 waren nach Angaben des Statistischen Bundesamtes 2.076.935 Menschen in Deutschland im Sinne des SGB XI pflegebedürftig. Dies bedeutete gegenüber 2001 eine Zunahme um 1,3 Prozent (zwischen 1999 und 2001 betrug die Zunahme um die 1,2 Prozent). Insgesamt befand sich nahezu die Hälfte aller Leistungsempfänger in Pflegestufe I.

1.436.646 Menschen, das sind 69,2 Prozent aller Pflegebedürftigen, wurden zu Hause gepflegt (gegenüber 2001 lediglich ein Rückgang um 0,1 Prozent; zwischen 1999 und 2001 betrug der Rückgang noch 1,2 Prozent). Davon erhielten 986.520 (2001: 1 Million) Pflegebedürftige ausschließlich Pflegegeld, wurden also allein von ihren Angehörigen oder anderen, nicht offiziellen Hilfen versorgt. Das sind 47,5 Prozent der Pflegebedürftigen und gegenüber 2001 gibt es einen Rückgang um 1,4 Prozent.

Bei weiteren 450.126 (2001: 435.000) Pflegebedürftigen in Privathaushalten, das sind 21,7 Prozent der Pflegebedürftigen, wurden ambulante Pflegedienste teilweise oder vollständig hinzugezogen. Seit 2001 ist der Anteil der durch ambulante Pflegedienste Betreuten um 3,6 Prozent gestiegen (zwischen 1999 und 2001 betrug der Anstieg 5,4 Prozent).

640.289 (2001: 604.000) Pflegebedürftige, das sind 31 Prozent (2001: 30 Prozent), wurden in Pflegeheimen betreut. Davon befanden sich in vollstationärer Dauerpflege 29,5 Prozent. Die anderen erhielten Kurzzeitpflege (11.000), Tagespflege (17.000) und Nachtpflege (29). Seit 2001 ist der Anteil der insgesamt in Heimen Betreuten um 5,9 Prozent und davon derjenigen in der vollstationären Dauerpflege um 5,1 Prozent angestiegen.

Dienste und Einrichtungen

Für 2003 weist das Statistische Bundesamt 10.619 zugelassene ambulante Pflegedienste aus, gegenüber 2001 ein Zuwachs um 25 Dienste.

43,2 Prozent der Pflegedienste befanden sich in freigemeinnütziger und 55,1 Prozent in privater Trägerschaft. Öffentliche Träger spielten mit 1,7 Prozent Anteilen bundesweit kaum eine Rolle, bestenfalls noch regional. Gegenüber 2001 hat sich der Anteil der Pflegedienste insbesondere von den freigemeinnützigen Trägern hin zu den Privaten um 3 Prozent verschoben.

Allerdings betreuen die freigemeinnützigen Träger 57,2 Prozent der Pflegebedürftigen, die Privaten 41 Prozent und die Pflegedienste in öffentlicher Trägerschaft 1,7 Prozent Pflegebedürftige.

Für 2003 weist das Statistische Bundesamt bundesweit 9.700 stationäre Einrichtungen aus. Das sind 200 Heime mehr als Ende 2001.

Die Mehrzahl der Heime (55 Prozent) befand sich in gemeinnütziger Trägerschaft, wobei die kirchlichen Träger (Diakonie und Caritas) überwiegen. Der Anteil der Privaten betrug 37 Prozent (gegenüber 2001 plus 1 Prozent) und der der öffentlichen Träger 7 Prozent (gegenüber 2001 minus 1 Prozent). Die freigemeinnützigen Träger sind besonders stark in Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg, Bremen und Nordrhein-Westfalen vertreten. Die Privaten weisen die deutlichst höchsten Anteile in Schleswig-Holstein und Niedersachsen auf.

Beschäftigung

In den ambulanten Pflegediensten waren insgesamt 201.000 Personen beschäftigt, davon 87 Prozent Frauen. Nur ca. jede/r dritte Beschäftigte/r arbeitete Vollzeit. Gegenüber 2001 stieg die Personalzahl bundesweit um 6 Prozent (11.000 Beschäftigte), wobei die Zahl der Vollzeitbeschäftigten stagnierte im Vergleich zum Erhebungsjahr 2001. Zuwächse gab es überwiegend bei Teilzeitbeschäftigten und hier überwiegend bei geringfügig Beschäftigten.

Als Praktikant/innen, Schüler/innen und Auszubildende waren 2.460 in den ambulanten Pflegediensten zum Erhebungsdatum eingesetzt. Dies bedeutete einen Anstieg der Personen in Ausbildung gegenüber dem Jahr 2001 (1.809).

In den Heimen waren insgesamt 511.000 Personen beschäftigt, davon waren 85 Prozent Frauen. 42 Prozent arbeiteten Vollzeit, mehr als die Hälfte waren in Teilzeit und knapp 10 Prozent geringfügig beschäftigt.

Als Praktikant/innen, Schüler/innen und Auszubildende waren 22.031 Personen in den Heimen zum Erhebungsdatum beschäftigt. Auch hier ist die Zahl der Personen in Ausbildung ansteigend gegenüber dem Jahr 2001 (16.511).

2.2 Investitionen in die Pflegeinfrastruktur

Das SGB XI – Pflegeversicherungsgesetz – enthält zwar keine unmittelbar »zwingende« Regelung zur Förderung der Investitionen, allerdings geht der § 9 SGB XI davon aus, dass die Länder ihre Infrastrukturverantwortung durch Investitionsförderung erfüllen werden.

Im übrigen haben die Länder dafür Spielraum erhalten, da durch die Einführung der Pflegeversicherung vor 10 Jahren ihre Sozialhilfehaushalte eine maßgebliche Entlastung erfahren haben. Das waren immerhin 5 Milliarden Euro jährlich².

Diese freigesetzten Mittel wurden allerdings nicht in allen Bundesländern in den notwendigen Ausbau der Pflegeinfrastruktur (Stichwort: »Förderstau«) gesteuert, sondern nivellierten sich in den »notleidenden« Haushalten. Eine verfehlte Finanz- und Steuerpolitik brachte die öffentlichen Haushalte inzwischen an die bekannten Grenzen ihrer Leistungsfähigkeit.

Einige Bundesländer haben durch Änderung ihrer Gesetze zur Pflegeversicherung, die Förderung beim Neubau bzw. bei der Sanierung von Altenpflegeeinrichtungen verändert. So werden z.B. in einigen Bundesländern Baumaßnahmen nicht mehr direkt sondern erst im Nachgang über das Pflegegeld gefördert. Dies hat

nicht nur dazu geführt, dass kommunale und gemeinnützige Träger ihre Baumaßnahmen zunehmend durch private Investoren finanzieren lassen und die Gebäude und Grundstücke von diesen pachten. Vielmehr drängen kapitalkräftige Gesellschaften auf den Altenpflegemarkt, um selbst z.B. stationäre Altenpflegeeinrichtungen zu bauen und zu betreiben. Dies führt in einigen »lukrativen« Regionen zu einem Überangebot an Heimplätzen und damit in Folge zu einem Verdrängungswettbewerb, in weniger »lukrativen« Regionen zur Unterversorgung.

Der Trend der Politik, sich teilweise aus der Verantwortung für eine bedarfsgerechte und wirksame Versorgung zu stellen – nach dem Motto »der freie Markt wird es schon richten« – kann nicht nur verheerende Folgen für die Verlässlichkeit der Versorgungsangebote haben, sondern wirkt auch maßgeblich negativ auf die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten in der Pflege.

2.3 Personalsituation in der Altenpflege

Seit Einführung der Pflegeversicherung ist eine Verschärfung der Personalsituation in der Altenpflege zu beobachten.

Gewollt war mit den Regelwerken der Pflegeversicherung ein Wettbewerb um die Qualität der Leistungen. Übrig geblieben ist ein Wettbewerb um Kosten und Preise. Um den Preis der minderen Versorgungsqualität für Pflegebedürftige und um den Preis der Verschlechterung der Arbeits- und Entlohnungsbedingungen für die Beschäftigten, wird am Prinzip der Ausgabenbegrenzung als einzigem Ziel festgehalten.

Zwar verpflichtet § 75 Abs. 3 Satz 1 SGB XI die Länder, in Rahmenverträgen über die pflegerische Versorgung entweder landesweite Verfahren zur Ermittlung des Personalbedarfs oder zur Bemessung der Pflegezeiten oder landesweite Richtwerte zu vereinbaren. Dies ist in den Ländern aber bisher nur unzureichend umgesetzt worden.³

² »Auswirkungen und Erfolge der Pflegeversicherung –

1.10.2001 (RdAnm.: damals 10 Mrd. DM)« – Regierung online

7.10.2003

³ Dritter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung, BT-Drucksache 15/4125, 11/2004

ver.di unterstellt Kostenträgern, dass sie die flächendeckende Umsetzung dieser Instrumente hintertreiben, da damit in Vergütungsverhandlungen der Personalkostenaufwand orientiert am Pflegebedarf belegt werden könnte. Das Ziel der Pflegekassen und der Sozialhilfeträger geht in Richtung der Kostenbegrenzung.

Mangelhafte landesrechtliche Vorgaben zur Personalbemessung gewähren auch einigen Einrichtungsträgern den erforderlichen Spielraum, beim Personal in unverantwortlicher Weise zum Nachteil von Pflegebedürftigen und Pflegenden zu sparen.

Tarifflicht, Verschlechterungen der Arbeitsbedingungen und zunehmende Beschäftigung von Hilfskräften sind offenkundige Anzeichen für die hauptsächliche Kostensenkung beim Personal. Unzureichende Vorgaben hinsichtlich der Personalbemessung in der Altenpflege bieten zudem den dafür nötigen Spielraum zum Nachteil der Beschäftigten und zum Nachteil der Pflegebedürftigen.

Die bisher ermittelten Ergebnisse der Qualitätsprüfungen durch den medizinischen Dienst bestätigen den Verdacht sinkender Qualität in vielen Einrichtungen der Altenpflege. Dies geht bis hin zur unzureichenden Versorgung Pflegebedürftiger schon im existenziellen Bereich der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme.

Immer differenziertere und umfangreichere Qualitätsvorgaben des Medizinischen Dienstes als Reaktion auf diese Mangelzustände laufen jedoch ins Leere, wenn es an den Pflegekräften fehlt, die dies in der Pflegepraxis umsetzen können.

Die Erfahrungen der letzten Jahre machen deutlich, dass unter den gegebenen Rahmenbedingungen eine Sicherung und Steigerung der qualitativen Versorgung in der Altenpflege nur mit eindeutigen verbindlichen Vorgaben zur Personalbemessung erreicht werden kann.

Erst eine ausreichende Personalausstattung mit qualifizierten Pflegekräften und anderen Fachkräften ist die entscheidende Voraussetzung

zur Gewährleistung einer angemessenen Pflege- und Betreuungsqualität.

2.4 DRG's und die Folgen für ambulante Pflegedienste und Pflegeheime

Seit dem 1. Januar 2004 sind die diagnosebezogenen Fallpauschalen, die »Diagnoses Related Groups« (DRG) in Kraft getreten. Und obwohl es sich bei den DRG »nur« um ein neues Abrechnungssystem für Krankenhäuser handelt, wird die Einführung Konsequenzen für alle am Versorgungsprozess beteiligten Akteure haben. Bereits jetzt lassen sich direkte Auswirkungen für den ambulanten und stationären Pflegebereich erkennen.

Die Verweildauer der PatientInnen in den Krankenhäusern nimmt ab. Krankenhäuser rechnen nicht mehr nach Liegezeiten (Anzahl der Pflegetage), sondern anhand diagnosebezogener Fallpauschalen ab. Erwartet wird deshalb eine Verringerung der Verweildauer im Krankenhaus von 10 auf 6 und weniger Tage. Ein erhöhter und veränderter Versorgungsbedarf der PatientInnen nach der Krankenhausentlassung ergibt sich dadurch.

Diese Entwicklung findet Bestätigung in einer Untersuchung des Frauenhofer IAO Stuttgart⁴, die dazu Einrichtungen in Australien, USA und Kanada im Rahmen einer Studie befragt hat.

Krankenhäuser werden stärker als bisher bereits in der Entlassungsphase der PatientInnen die nachgelagerten Pflegeeinrichtungen und Pflegedienste einbinden müssen. Krankenhäuser haben künftig eine Gewährleistungspflicht für die Nachsorge. Muss ein/e Patient/in aufgrund der gleichen Erkrankung nach kurzer Zeit erneut stationär aufgenommen werden, ist das Krankenhaus verpflichtet, die Nachbehandlung kostenlos zu übernehmen. Es ist zu unterstellen, dass Krankenhäuser folglich ein großes Interesse an einer guten poststationären Versorgung ihrer PatientInnen haben müssen. Zukünftig ist deshalb nicht nur im Krankenhaus selbst eine bessere Verzahnung zwischen den handelnden

⁴ Dr. Barbara Klein,
Frauenhofer-Institut, Stuttgart

3. Perspektiven für gute Qualität und Bedarfsgerechtigkeit der pflegerischen Versorgung

Akteuren erforderlich, sondern auch eine enge Zusammenarbeit mit den nachgelagerten ambulanten, teilstationären und stationären Pflegeeinrichtungen und Pflegediensten, sowie mit niedergelassenen Ärzten, mit Krankenkassen, mit Angehörigen u.a..

2.5 Ausbildung in der Altenpflege

Die Bewerbungszahlen für die Pflegeberufe sind bereits seit Jahren rückläufig und die Ausbildungsstätten klagen über schlechtere Eingangsvoraussetzungen der BewerberInnen. Nach 2007 ist mit einem dramatischen Rückgang von SchulabsolventInnen zu rechnen, der sich aus dem Geburtenrückgang kurz nach der Wiedervereinigung vor allem in den neuen Bundesländern erklärt.

Der Anteil der SchulabgängerInnen mit mittlerem Bildungsabschluss (FOR) wird von 393.351 um fast 15 % auf 335.000 überdurchschnittlich sinken. Dies ist die Hauptzielgruppe der Gesundheitsfachberufe.

Die Arbeitssituation in der ambulanten wie der stationären Pflege – u.a. Arbeitsverdichtung, Zeitmangel und belastende Arbeitszeiten – mangelhafte Vergütung und Karrieremöglichkeiten, machen z.B. den Beruf der Altenpflegerin unter jungen Menschen nicht attraktiv. Immer wieder wird – trotz gesicherter Refinanzierung – versucht, die Ausbildungsvergütungen abzusenken. Im Bereich der Altenpflege werden zunehmend Forderungen nach Zahlung von Schulgeld gestellt.

Dieses Verhalten ist äußerst kurzsichtig. Angesichts der demografischen Entwicklung werden Ausbildungspotentiale leichtfertig aufs Spiel gesetzt. Erhebliche Rekrutierungsprobleme für die Gesundheitsberufe insgesamt und für die Altenpflege im besonderen sind absehbar.

Stichworte

- Planungs- und Steuerungsverantwortung der Kommunen,
- Beratungsstellen – Sozialberatung und Casemanagement,
- stadtteilorientierte, vernetzte Versorgungsstrukturen mit differenzierten Angeboten entlang der Versorgungskette,
- integrierte Versorgung, differenzierte Angebote in Zentren
- Alternative Modelle (Heim der Zukunft – Rolle der Pflegedienste)
- Zugänglichkeit der Versorgungsangebote und der Finanzierung
- Durchlässigkeit und Verzahnung der Systeme;

Ein politischer Planungsrahmen ist erforderlich in regionalen Gesundheits- und Pflegekonferenzen. Dazu gehört die Feststellung und Bedarfsplanung von Pflegeangeboten sowie eine bessere Vernetzung und Verzahnung von Pflege, Medizin und begleitenden Diensten. Die Kommunikation der professionellen Akteure, der Angehörigen und der Pflegebedürftigen ist zu intensivieren.

Vermeidung von Pflege durch den Ausbau von Prävention und Rehabilitation.

Der gesetzlich verankerte Grundsatz, dass Prävention und Rehabilitation vor Pflege gehen, konnte bislang nicht umgesetzt werden.

Dabei müssten Maßnahmen von Prävention und Rehabilitation, also Anstrengungen, die dazu dienen, den Eintritt von Pflegebedürftigkeit hinauszuschieben oder zu vermeiden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhindern (§ 5 SGB XI) im Vordergrund stehen, wenn es darum geht, die Pflegeversicherung zukunftssicher zu machen.

Es ist mittelfristig erreichbar, dass der Zeitpunkt, in dem Pflegebedürftigkeit im Sinne des Gesetzes eintritt, deutlich hinausgeschoben werden kann. Dazu müsste im Rahmen der derzeitigen präventionspolitischen Anstrengungen die

Altersprävention⁵ ein eigenständiges Gewicht erhalten. Dies bedeutet auch eine verbesserte Krankenbehandlung und eine bessere Ausschöpfung bisher ungenutzter Rehabilitationspotentiale.

Der Erhalt der Restselbständigkeit ist das wichtigste Ziel, wenn Pflege nicht vermeidbar ist

Maßnahmen müssen darauf ausgerichtet werden, den letzten Lebensabschnitt menschlich und lebenswert zu gestalten. Das bedeutet eine aktivierende Behandlung, Betreuung und Pflege.

Die häusliche Pflege ist zu stärken mit differenzierten Angeboten.

Zur Zeit wird politisch überlegt, wie die häusliche Pflege »gestärkt« werden kann. Die Überlegungen gehen alle in die Richtung, die Ausgaben der Pflegekassen nicht zu erhöhen. So soll beispielsweise das Pflegegeld von häuslicher und Heimpflege »angeglichen« werden, allerdings um den Preis, dass Leistungen bei notwendiger Heimpflege gekürzt werden. Das ist alleine ein Kosteneinsparkonzept und unterstützt bzw. stärkt die häusliche Pflege nicht, aber es schwächt die Möglichkeiten der notwendigen Heimpflege. Die etwa 600.000 Pflegebedürftigen werden deshalb im Heim betreut, weil die häusliche Pflegefähigkeit ihre Grenzen gefunden hat.

Die häusliche Pflege kann hingegen dadurch unterstützt und gestärkt werden, wenn ein differenziertes und qualitativ hochwertiges Pflegeangebot, orientiert an den individuellen Erfordernissen und Belastungen, zur Verfügung steht. Dazu gehört das gesamte Spektrum der Hilfen von ambulant bis stationär. Dabei kommt Angeboten zwischen ambulanter und stationärer Pflege (z.B. Tagespflege, Nachtpflege, Urlaubspflege) eine besondere Bedeutung zu. Damit diese Angebote angenommen werden, müssen flexiblere und durchlässigere Angebotsformen entstehen und insbesondere deren Finanzierung gesichert sein. Integrierte bzw. untereinander vernetzte Angebote erhöhen für die Pflegenden

die Transparenz und den besseren Zugang zu den unterstützenden und ergänzenden Angeboten. Notwendig ist ein flächiges Beratungsnetz, das in der Lage ist, individuell eine Wohnumfeldberatung zu bieten, die Pflegefähigkeit mit den Angehörigen und Betroffenen einzuschätzen und zur Sicherung der Pflegequalität notwendige professionelle Pflege und Hilfe in Art und Umfang festzustellen und zu vermitteln.

Pflegedienste werden nicht mehr wie bisher vorwiegend ältere, dauerhaft pflegebedürftige Menschen versorgen. Die akute Nachsorge von PatientInnen aller Altersgruppen im Anschluss an die stationäre Versorgung wird durch die Einführung der DRG zu einem weiteren wichtigen Arbeitsfeld und die ambulante Pflege muss ihre Qualifikation und ihr Angebot dem entsprechend anpassen.

Neue Versorgungsformen, wie z.B. rehabilitative Kurzzeitpflege, werden die Angebotspalette erweitern müssen.

Die Notwendigkeit, konsequent Fachkräfte einzusetzen in einem vernetzten System das auch multidisziplinär arbeitet, wird durch diese Entwicklungen einmal mehr unterstrichen.

Ein Überleitungs- bzw. Case-Management wird erforderlich.

Es stellen sich neue organisatorische und kooperative Herausforderungen. Die durchgängig gesicherte Versorgung von Patienten wird viel stärker als bisher eine funktionierende Steuerung zwischen Krankenhaus und komplementären Diensten erfordern. Gefragt sind fachpflegerische Kenntnisse, sozialrechtliches und konzeptionelles Wissen sowie kommunikative Fähigkeiten.

Das Casemanagement, als ein wichtiger Grundstein für vernetzte Versorgungssysteme, ist im Rahmen einer zukünftig komplexeren integrierten Versorgung unerlässlich, um sektorale Trenn- und Schnittstellen zu bewältigen.

⁵ Ausgangspunkt wären erwartbare Verschleißerscheinungen und gesundheitliche Einschränkungen, die mit dem Alter und dem Alterungsprozess zusammenhängen. Mit diesem Teilbereich der Medizin befasst sich die Geriatrie.

Die Pflege im Pflegeheim bleibt ein wichtiges Angebot in der Versorgungskette.

Es gibt immer wieder schlimme Skandale. Und leider werden dann pauschal alle Pflegeheime öffentlich »verteufelt«. Oft stößt häusliche Pflege irgendwann an Grenzen und dann ist für alle Beteiligten – Pflegebedürftige wie pflegende Angehörige – die Möglichkeit in einem Pflegeheim zu leben, die richtige Lösung. Damit es dann auch eine erträgliche und würdige Lösung ist, dürfen die Pflegeheime als eine Form des Hilfsangebots nicht aus dem Blick geraten.

Aber auch hier gilt: Die Trennung von ambulanten und stationären Versorgungsansätzen muss überwunden werden. Vernetzte und integrierte Formen sowie durchlässige Strukturen brechen die noch starre Institution Pflegeheim auf. Und auch dies bedeutet, dass es einer politisch verantworteten Versorgungsplanung bedarf und nicht eines Überlassens an »Investoren«.

Es ist die Frage zu beantworten: Welche Heime will man und welche nicht. Materielle Anreize zur »Öffnung« der Heime mit dem Ziel differenzierter Angebote in einer integrierten Struktur sind im Pflegeversicherungsgesetz anzulegen. Und auch innerhalb der Heimträgerlandschaft Heimträgerlandschaft ist es erforderlich, dass sich »gute« Heime durch aktives und glaubwürdiges Handeln von »schlechten« Heimen distanzieren.

Ein Ausbau der Qualitätssicherungsmaßnahmen ist unverzichtbar.

Zu den unverzichtbaren Sicherungsmaßnahmen gehört die Einführung eines anerkannten Qualitätsmanagements. Auch wenn derzeit all-orten über Bürokratieabbau diskutiert wird, ist eine Verbesserung der Kontrollrechte der Aufsichtsstellen unverzichtbar. Dies dient dem Schutz der Pflegebedürftigen.

Eine leistungsgerechte Vergütung für die Leistungserbringer ist zu realisieren.

Eine Vergütung, die leistungsgerecht ist, muss dem tatsächlichen Hilfebedarf Pflegebedürftiger angepasst werden. Dazu ist eine bedarfsorientierte Festlegung der Leistungsmenge (Art, Umfang und Intensität) und Leistungsqualität (umfassendes Pflegeverständnis, daraus entwickelte verbindliche Pflegestandards und Pflegeleitlinien) sowie die sich daraus ergebende Personalbemessung (Anzahl und Qualifikation) erforderlich.

Die Einstufung in die Pflegestufen nach dem Pflegeversicherungsgesetz ist als Grundlage für eine leistungsgerechte Vergütung nicht zielführend.

ver.di setzt sich deshalb ein für:

- die Einführung eines flächendeckenden Pflegebedarfs- und Personalbemessungssystems. Bei der Vereinbarung leistungs- und qualitätsbezogener Personalbemessung sind tarifvertragliche und gesetzliche Standards für die Beschäftigten einzubeziehen.

4. Perspektiven für eine gute Qualität der Arbeitsbedingungen in der Pflege

Der zunehmende Zeitdruck und die physische wie psychische Überforderung der Beschäftigten in der Pflege sind ein hoher Risikofaktor für die Pflegequalität. Pflegemängel entstehen sehr häufig durch die unbefriedigende Arbeitssituation.

Die Probleme des ungezügelten Wettbewerbs, in den Einrichtungsträger gestellt wurden, sind nicht über die Absenkung tarifvertraglich geregelter Arbeitsbedingungen der Beschäftigten zu lösen. Im Gegenteil: Die Deregulierung bei den Einkommen wird den Wettbewerb verschärfen.

In einer sich nach unten drehenden Kostenspirale werden auch die Träger mitgerissen. Und es macht nicht bei den Personalkosten halt. Gedreht wird auch an der Qualität der Versorgung.

Von einer halbwegs zivilen Gesellschaft kann nicht akzeptiert werden, wenn beispielsweise notwendige Pflegeleistungen dokumentiert aber nicht erbracht werden – zum Nachteil und Schaden der Pflegebedürftigen und zur Verbesserung der »Marktposition« eines einzelnen Trägers.

ver.di setzt sich ein für eine menschenwürdige Pflege. Menschenwürdig müssen auch die Bedingungen für Pflegenden sein. Wir unterstützen einen Wettbewerb um die beste Qualität der pflegerischen Versorgung. Dazu gehören Verbesserungen in den Arbeits- und Vergütungsbedingungen der Beschäftigten.

ver.di setzt sich deshalb ein für:

- die tarifvertraglich abgesicherten Arbeitsbedingungen und Ausbildungsbedingungen,
- eine ausreichende Personalausstattung,
- verlässliche Arbeitszeiten und dadurch planbare Freizeit,
- die Förderung von Gesundheits- und Arbeitsschutz,
- die Verbesserung der Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie der Supervision und die Sicherung der Finanzierung (»Qualität fördern durch Qualifizierung«)

5. Notwendige Veränderungen in den gesetzlichen Rahmenbedingungen

9

5.1 Die Reform der Pflegeversicherung

Die Pflegeversicherung muss von allen finanziert werden – mit einer BürgerInnenversicherung als gesetzlicher Pflegeversicherung. Die »guten Risiken«, die heute verstärkt in der privaten Pflegeversicherung zu finden sind, werden einbezogen in die gesetzliche Pflegeversicherung.

Die Arbeitgeber dürfen sich aus der paritätischen Finanzierung nicht verabschieden. Aufgaben, die im Interesse der gesamten Gesellschaft wahrgenommen werden – wie die beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen oder die Beiträge zur Rentenversicherung der pflegenden Angehörigen – müssen auch stärker über Steuern finanziert werden. Die häusliche Pflege ist zu stärken. Aber auch in der Pflegeversicherung sind Strukturreformen unerlässlich.

ver.di setzt sich deshalb dafür ein, dass

- der Begriff der Pflegebedürftigkeit um psychosoziale Betreuung und allgemeine Beaufsichtigung erweitert wird, so dass auch die Bedürfnisse behinderter, psychisch kranker und altersverwirrter Menschen mit erfasst werden. Daneben muss die Situation Demenzkranker verbessert werden;
- die Leistungen der Pflegeversicherung angemessen dynamisiert werden, um weiteren Wertverlust zu vermeiden;
- der Grundsatz »Prävention und Rehabilitation vor Pflege« gestärkt wird;
- die Pflegeversicherung eingebunden wird in die Integrierte Versorgung. Sie muss verzahnt werden mit Prävention, Akutversorgung und Rehabilitation.

5.2 Die Integrierte Versorgung ausweiten

Die Einführung der DRG zwingt die ambulante und stationäre Pflege, sich neuen Herausforderungen zu stellen, bietet ihr aber gleichzeitig auch neue Chancen. Die strukturelle Bedeutung dieses Bereiches im Versorgungsprozess nimmt zu. Üblicherweise wird unter »Pflege« die Versorgung alter Menschen verstanden. Dieser Blick übersieht, dass Pflege auf allen Stufen des Versorgungsprozesses vorkommt, damit die umfassende Betreuung von Kranken, Behinderten, alten Menschen und Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen umfasst (Rosenbrock/Gerlinger, 2004, 189).

Es kann von einem Beschäftigungsanstieg in den – dem Krankenhaus nachgelagerten – ambulanten, teilstationären und stationären Pflegediensten und -einrichtungen ausgegangen werden. Zudem können die steigenden Anforderungen in der Überleitung und in der ambulanten wie stationären Pflege einen Professionalisierungsschub für die Pflegeberufe mit sich bringen. Auf diese Herausforderung ist das System der Pflegeversicherung derzeit nicht vorbereitet. Weder ist die dazu erforderliche Finanzierung gewährleistet, noch steht qualifiziertes Personal in ausreichender Zahl zur Verfügung. Es ist deshalb erforderlich, die entsprechenden Rahmenbedingungen für die Pflegeversicherung zu schaffen. Wichtig ist, dass die strukturellen Veränderungen nicht auf Kosten der Beschäftigten und der PatientInnen umgesetzt werden.

ver.di setzt sich deshalb ein für

- Qualifiziertes Pflegepersonal, das in regelmäßigen Fortbildungen auf die Anforderungen vorbereitet wird,
- die Sicherung der Finanzierung der Behandlungspflege, insbesondere in der stationären Pflege,
- rechtliche Grundlagen zum Aufbau von Case-management – Strukturen, sowie deren abgesicherte Finanzierung;

- eine stärkere Vernetzung und Verzahnung von Leistungsangeboten im pflegerischen Bereich.

5.3 Die Einführung eines Personalbemessungssystems

Um eine Verbesserung der Situation Pflegebedürftiger und der Beschäftigten in der Pflege zu erreichen, müssen Personalfragen am tatsächlichen Pflegebedarf diskutiert werden und nicht alleine unter Kostengesichtspunkten. Wer die Rechte und den Bedarf älterer und pflegebedürftiger Menschen in der Altenpflege schützen bzw. sicherstellen will, muss die aus der anerkannten Personalbemessung resultierenden Beschäftigten unter Wahrung humaner Arbeitsbedingungen und gesicherter Arbeitsplätze auch finanzieren.

ver.di setzt sich deshalb ein für ein verbindliches Personalbemessungssystem, das die notwendige qualitative wie quantitative personelle Ausstattung der Einrichtungen und Dienste darstellt und die Finanzierung der Personalkosten aus den verhandelten Leistungsentgelten sicherstellt.

Eine Verordnungsermächtigung zum Erlass einer rechtsverbindlichen Personalverordnung auf der Grundlage eines anerkannten Personalbemessungsverfahrens ist aus unserer Sicht unverzichtbar, da die Länder ihrer diesbezüglichen Verpflichtung nur unzureichend nachkommen.

5.4 Den Nachwuchs an Pflegefachkräften sichern

In der Pflege werden sowohl ältere wie jüngere Fachkräfte benötigt, um dem wachsenden Bedarf nach Pflege in der Zukunft gerecht zu werden. Der Beruf der Altenpflegerin/des Altenpflegers muss aber insbesondere für jüngere Menschen als Erstberuf attraktiv sein.

ver.di setzt sich deshalb dafür ein, dass:

- kein Schulgeld gezahlt werden muss für den Schulbesuch
- ein reguläres dreijähriges Ausbildungsverhältnis abgeschlossen und
- eine tarifvertraglich abgesicherte Ausbildungsvergütung gezahlt wird.

Die Bundesländer stehen in der Pflicht, den notwendigen finanziellen Beitrag für die schulische Ausbildung zu leisten.

Pflegeeinrichtungen sind aufgefordert, die Verantwortung für die Ausbildung wahrzunehmen. Es wirkt auf Dauer unseriös, wenn einerseits der Fachkräftemangel beklagt und andererseits nicht genügend oder überhaupt nicht in der Praxis ausgebildet wird.

Damit die Pflegeeinrichtungen, die ihrer Ausbildungsverantwortung nachkommen, nicht durch Wettbewerbsnachteile bestraft werden, sind die Bundesländer aufgefordert die Finanzierung der betrieblichen Ausbildung in einem Umlageverfahren zu regeln, an dem alle ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen zu beteiligen sind. Wer ausbildet bekommt Geld, wer nicht ausbildet zahlt.

5.5 Die Beibehaltung der öffentlichen Investitionskostenförderung.

Die Beibehaltung der öffentlichen Investitionsförderung ist ein wichtiges Instrument, wenn die Bundesländer im Rahmen der öffentlichen Daseinsvorsorge ihrer Verantwortung für eine leistungsfähige pflegerische Versorgungsstruktur nachkommen wollen. Die Vorhaltung eines ausreichenden und bedarfsgerechten Angebots mit Einrichtungen und Diensten der Pflege den Kräften des freien Marktes zu überlassen, führt in die politische Verantwortungslosigkeit für die Schwächsten in dieser Gesellschaft.

ver.di setzt sich deshalb ein für:

- eine Finanzreform, die die Einnahmen der öffentlichen Haushalte deutlich verbessert und stabilisiert;
- eine öffentliche Daseinsvorsorge, die auch auf europäischer Ebene abgesichert ist.

