

Soll-Bruch-Stellen für eine humane und zukunftsfähige Pflege in einem zukunftsfähigen Gesundheitssystem

Hardy Müller

1. Herausforderungen

Die Pflegebedürftigkeit korreliert mit dem Alter. Nach Untersuchungen des Max-Planck-Institutes für Demographie ist aber der Zusammenhang zwischen Pflegebedürftigkeit und Lebensalter nicht linear. Alte Menschen von heute sind vitaler als etwa »die Alten« vor 50 Jahren, und es gibt guten Grund zur Annahme, dass dieser Trend anhält. Dennoch wird es in einer alternden Gesellschaft einen Anstieg von Pflegebedürftigen geben.

Die Pflege durch Familienangehörige wird weiter an Bedeutung verlieren. Die Pflege erfolgt in unserer arbeitsteiligen Gesellschaft durch professionelle Dienstleistungen, die zu finanzieren sind.

Im Jahr 2006 wurden im Bereich der sozialen Pflegeversicherung erstmals über 18 Milliarden Euro ausgegeben, und der Bedarf steigt (BMG 2007). Die Zunahme der Pflegebedürftigen verbunden mit der Mittelknappheit bietet schon heute ausreichend Grund, sich intensiv mit dem Thema »Pflege« aus Sicht der Kranken- und Pflegeversicherung auseinanderzusetzen. Zunächst gilt es, ein angemessenes Problemverständnis zu entwickeln, um darauf aufbauend konkrete Lösungen zur Umsetzung einer humanen, zukunftsfähigen und professionellen Pflege zu entwickeln.

Im Folgenden soll hierzu ein Beitrag geleistet werden. Es werden aus Sicht einer Kranken- und Pflegekasse Herausforderungen in der Pflege beschrieben und Elemente zur Bewältigung skizziert.

2. Humanität und Zukunftsfähigkeit: Kontexte

»Humanität« als Begriff bezeichnet das Ziel der vollkommenen Menschlichkeit und eine allein der Würde des Menschen verpflichteten Gesinnung. Sie ist nicht statisch zu verstehen, sondern als eine werdende, sich kontinuierlich entwickelnde Idee der Menschheit. Ähnlich verhält es sich mit dem Anspruch der Zukunftsfähigkeit. Dahinter steht das kontinuierliche Bemühen um eine nachhaltige Wirtschafts- und Lebensweise, die die berechtigten Bedürfnisse der heute lebenden Menschen respektiert, ohne die Chancen nachfolgender Generationen zu mindern.

Der Begriff »humane und zukunftsfähige Pflege« ist damit kontextabhängig. Für ein Grundverständnis sollen hier zunächst einige der relevanten Kontexte genannt werden.

2.1 *Das deutsche Gesundheitssystem*

Die Pflege wird im Rahmen der Sozialgesetzgebung geregelt. Pflege wird demnach als ein Bestandteil der staatlichen Fürsorge definiert. Sie entspringt dem Gedanken, dass der Staat für eine Grundsicherung seiner Bürger verantwortlich ist und die Leistungen gerecht ohne Ansehen der Person gewährt werden. Ziel ist eine qualitativ hochwertige Versorgung, die deutlich über eine Minimalversorgung hinausgeht.

Bei den Leistungen der Sozialversicherung kann es daher nicht um maximale oder bestmögliche Leistungen gehen. Einzuklagende Ansprüche orientieren sich an den Eigenschaften »notwendig, ausreichend, wirtschaftlich und zweckmäßig«. Die Leistungen haben einen Nutzen zu erbringen. Es ist davon auszugehen, dass Leistungen zukünftig einer Kosten-Nutzen-Bewertung unterzogen werden. In diesem Rahmen haben sich auch Leistungen oder im weiteren Sinne alle Aktivitäten zur Pflege (im Sinne der Sozialgesetzgebung) zu orientieren. Primäres Ziel der Überlegungen ist eine ethisch reflektierte, verantwortbare und insofern optimale Grundsicherung für die Bevölkerung insgesamt und nicht die Sicherstellung maximaler Leistungen für den Einzelfall.

2.2 *Die Rolle der Kranken- und Pflegeversicherung*

Die Kranken- und Pflegeversicherung vermittelt zwischen Leistungsanbietern und Pflegebedürftigen. Obschon sozialrechtlich getrennt, stehen für die Umsetzung von Kranken- und Pflegeversicherungsleistungen identische Organisationen bereit. Beide Versicherungszweige agieren auf der Basis unterschiedlicher Gesetzbücher, Kranken- und Pflegeversicherung haben unterschiedliche Satzungen usw., de facto werden sie aber von ein und demselben Management organisiert. Dieses Management verfügt im Bereich der Krankenversicherung bislang über größere Gestaltungsmöglichkeiten als im Bereich der Pflegeversicherung. In der sozialen Pflegeversicherung werden lediglich Pauschalen geregelt. Der größere Anteil der Pflege-Finanzierung erfolgt hingegen durch andere Kostenträger. Die Vertragsbeziehungen mit den Leistungserbringern sind nicht kollektivvertraglich geregelt, was bei einer Anzahl von Zigtausend Vertragspartnern zu extremer Unübersichtlichkeit führt. Daher erhielt die Krankenversicherung auch ungleich größere Aufmerksamkeit und größeres Management-Engagement.

Kranken- und auch Pflegeversicherungen können als Vertragsvermittler zwischen Leistungserbringern und Versicherten/Patienten beschrieben werden (Nebling 2008). Deren Rolle als Intermediär umfasst nicht die Normgebung für den Umfang und die Art der Leistungen. Sie beschränkt sich auf die möglichst effiziente und effektive Organisation der Leistungen. Kranken- und Pflegeversicherungen allein können keine Entscheidung über den Umfang bzw. die Rationierung von Leistungen treffen. Die Festlegung der Pflegestrukturen und -prozesse sowie die Bereitstellung der Ressourcen sind primär politische, gesamtgesellschaftliche Aufgaben.

2.3 *Verantwortung von Gesellschaft und Politik*

Die Definition von Pflege und die Konkretisierung der Ausgestaltung ist in erster Linie eine gesellschaftlich politische Aufgabe. Werte, gesellschaftlicher Konsens und politisches Kalkül entscheiden über das Verständnis von Pflege. Krankenkassen, Verwaltungen oder Leistungserbringer können nur innerhalb des dort festgesetzten Rahmens agieren. Humanismus fußt in Werteentscheidungen und ist kein Ergebnis von Organisationsbemühungen.

Damit ist der Grad der ethischen Reflexion innerhalb einer Gesellschaft maßgeblich für die zukünftige Pflege alter Menschen. In dem Umfang wie ehemalige ethische und traditionelle Autoritäten – beispielsweise die Kirchen – erodieren, steigt der Bedarf an wissenschaftlich fundierten und in der Gesellschaft verankerten Routinen zur Etablierung der notwendigen Auseinandersetzungen. Hierzu zählt eine Verständigung über die zentralen Fragen der Pflege wie etwa nach den Standards einer guten Pflege oder aber auch wie viele Ressourcen für die Pflege zur Verfügung gestellt werden sollen. Selbst wenn ein derartiger Diskurs innerhalb der Pflege- und Sozialwissenschaften etabliert ist, kann dies eine gesellschaftspolitische Auseinandersetzung zur Klärung der drängenden Pflege-Fragen nicht ersetzen.

2.4 *Kontinuierliche Fundierung einer humanen und zukunftsfähigen Pflege*

Der Begriff der Pflegebedürftigkeit ist in § 14 SGB XI geregelt. Die dort getroffenen Regelungen werden aktuell kontrovers diskutiert und die Revision des Begriffes steht auf der Agenda der Politik.¹

Die Festlegung der Inhalte und Definition der Pflege sind weniger eine Aufgabe der Sozialversicherungsträger als eine kontinuierliche Aufgabe der Gesellschaft. Ein angemessener humaner Pflegebegriff kann nicht normativ technokratisch bestimmt werden, sondern resultiert aus einer gesellschaftlich-politischen Auseinandersetzung. Die Diskussion ist explizit, das heißt regelhaft, moderiert und unter Angabe von bestimmten Zielen zu führen.

Den Ergebnissen kann nach diesem Verständnis nicht vorausgegriffen werden, da dies im Kern ein ergebnisoffener und dynamischer Prozess ist. Die Art und Weise sowie der Umfang von humaner Pflege kann nur in demokratisch legitimierten Kontexten adäquat beantwortet werden. Insofern kann dieser Begriff auch dynamisch oder relativ verstanden werden, da er kontinuierlich weiterzuentwickeln ist.

Auch wenn für den diskursiven Prozess keine Ergebnisse vorausgesagt werden können und ein angemessener Pflegebegriff kontinuierlich zu entwickeln und anzupassen ist, so gibt es einige zentrale und stabile Unveränderlichkeiten für die Bestimmung und Umsetzung einer humanen Pflege. Im Folgenden wird der Versuch unternommen, einige Eckpunkte für eine menschenwürdige und angemessene Pflege aus Sicht der sozialen Pflegeversicherung zu skizzieren.

3. *Voraussetzungen einer zukunftsfähigen und humanen Pflege*

3.1 *Evidenzbasierung und Adressaten-Orientierung*

Der Umgang mit knappen Ressourcen verlangt einen wirtschaftlichen Umgang. Dieser verfolgt das Ziel, mit gegebenen Mitteln bestmögliche Ergebnisse oder aber bestimmte Ergebnisse mit minimalem Aufwand zu erreichen. Davon abweichendes Verhalten ist verschwenderisch, unwirtschaftlich und damit ethisch nicht zu verantworten.

Für diese Zielerreichung bedarf es eines reflektierten Vorgehens, von dem bekannt ist, welche Ergebnisse tatsächlich und nachweislich erzielt werden. Dies scheint trivial, stellt jedoch bei der Leistungserbringung im medizinisch-pflegerischen Bereich eher die Ausnahme als die Regel dar. Notwendig sind wissenschaftlich fundierte, gut untersuchte Verfahren, die qualitätsgesichert erbracht werden können. Die Effekte sollten nicht nur vermutet, modelliert oder in Surrogaten bemessen werden, sondern im Sinne der Pflegebedürftigen belegt sein.

1 Der geltende verrichtungsbezogene Pflegebedürftigkeitsbegriff blendet wesentliche Aspekte, wie etwa die Kommunikation oder die soziale Teilhabe, aus und bildet den Bedarf an allgemeiner Betreuung, Beaufsichtigung und Anleitung zu wenig ab. Laut Koalitionsvertrag der Großen Koalition von SPD und CDU vom 18.11.2005 soll mittelfristig eine Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs erfolgen. Vom Bundesministerium für Gesundheit wurde dazu ein Beirat einberufen. Die Spitzenverbände der Pflegekassen führen das Modellprojekt »Maßnahmen zur Schaffung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines neuen bundesweit einheitlichen und reliablen Begutachtungsinstruments zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI« durch.

Diese Kriterien sind wichtige Bestandteile der evidenzbasierten Medizin. Ohne diese seit über zehn Jahren auch in Deutschland etablierte Methode lassen sich verantwortbare Systementscheidungen für die gesetzliche Krankenversicherung oder die soziale Pflegeversicherung nicht treffen. So schreibt die Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses die Anwendung von Methoden der evidenzbasierten Medizin vor. In der Gesetzgebung etwa zur Nutzenbewertung von Arzneimitteln wird verlangt, dass die Nutzenbewertung nach den anerkannten internationalen Standards der evidenzbasierten Medizin zu erfolgen habe (§ 35b SGB V).

Diese Evidenzbasierung ist auch für die Pflege zu fordern (*evidence based nursing*). Derzeit scheint die Anwendung noch nicht in dem Maße wie in der Medizin zu erfolgen. Damit besteht die Chance, dass die Pflege von den Erfahrungen in der Medizin um ein evidenzbasiertes Vorgehen profitiert.

Ermutigend sind die Ansätze in der Pflege, Leitlinien nach den Methoden der evidenzbasierten Medizin zu erstellen. Die in Bearbeitung befindliche Leitlinie zur Vermeidung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen in der beruflichen Altenpflege kann hier als positives Beispiel genannt werden (Köpke et al., 2008). Empfohlen werden hier jene Maßnahmen, für die auch nachweislich ein Nutzen dokumentiert ist.

Ein Beispiel, wie Evidenzbasierung zu einer Effizienzsteigerung beiträgt, stellt die Diskussion um die Empfehlungen zur Sturzprohylaxe dar. Bisherige Standards gingen davon aus, dass die Bewohner und Bewohnerinnen von Altenheimen von Assessment-Instrumenten zur Einschätzung des Sturzrisikos profitieren. Unter dieser Annahme sind die nicht unerheblichen Aufwände zur Erhebung des Sturzrisikos (Ausfüllen von Checklisten) akzeptabel. Sollte jedoch der Beleg gelten, dass sich durch derartige Maßnahmen Stürze nicht reduzieren lassen, sind die Aufwände nicht zu rechtfertigen, da diese ohne Nutzen erbracht werden (Meyer, Köpke 2008). Im Gegenteil: Es werden wertvolle pflegerische Ressourcen gebunden, die an anderer Stelle für nützliche Aktivitäten fehlen.

Der Einbezug der Pflegebedürftigen und deren Angehörigen oder gesetzlichen Vertreter in Entscheidungen der Pflege stellt eine weitere Herausforderung für zukünftige Pflege dar. Die Beteiligungswünsche der Patienten an medizinisch-pflegerischen Entscheidungen sind gut dokumentiert (Straub et al., 2008). Die Patienten haben darüber hinaus ein Anrecht auf angemessene Beteiligung und Information. Dieses leitet sich nicht nur aus medizinrechtlichen Überlegungen ab, sondern resultiert schon aus den verbrieften Bildungsrechten. Patienteninformationen lassen sich stringent aus den Menschenrechten ableiten, falls diese als politisches Gestaltungsprinzip verstanden werden. Dies allerdings ist in Deutschland wenig bekannt und so beklagt

gen die Direktoren des Deutschen Instituts für Menschenrechte hier insbesondere in Deutschland einen großen Nachholbedarf.²

Aus dem Bedarf und den Ansprüchen der Pflegebedürftigen ergibt sich die Notwendigkeit altersspezifischer Patienteninformationen. Gerontologische Erkenntnisse bei der Aufbereitung von Schulungsprogrammen, z. B. im Bereich der Schulungsprogramme für Menschen mit Diabetes mellitus Typ-2 sind heute nicht an den Bedarf von alten Menschen angepasst. Eine humane Pflege wird der Aufklärung, Schulung und Einbeziehung der Betroffenen große Bedeutung schenken und die Beteiligungschancen alter Menschen an den pflegerisch-medizinischen Entscheidungen wahren (*patient empowerment*).

Die Vermittlung und Erläuterung von Patienteninformationen wird für Pflegekräfte ein weiteres zukunftsträchtiges Aufgabenfeld. Pflegebedürftige und deren Vertreter fordern angesichts komplexer, sich schnell verändernder Medizin- und Pflege-Angebote umfassende Information und Aufklärung. Pflegekräfte finden hier ein wichtiges Aufgabengebiet vor.

Die zukunftsfähige und humane Altenpflege ist evidenzbasiert. Die Adressaten erhalten das Angebot, sich an den pflegerisch-medizinischen Entscheidungen zu beteiligen. Die Weiterentwicklungen in der Medizin, weg von der Idee möglichst hohe Compliance (Folgsamkeit) bei den Adressaten zu ermöglichen oder gar zu erzeugen hin zu einer aufgeklärten Entscheidung (*informed consent*), sollten auch für eine humane Pflege Maßstäbe setzen.

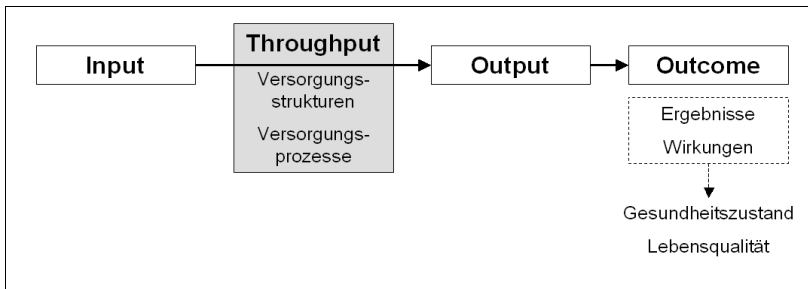
3.2 *Ergebnisorientierung statt Prozess- und Strukturfixierung*

Nach einem einfachen systemtheoretischen Modell lässt sich die Gesundheitsversorgung mit vier Ebenen charakterisieren (Abb. 1).

Die Aufwände, im Wesentlichen die finanziellen Ressourcen, werden als Input bezeichnet. Mit diesen werden Leistungen vergolten, die insgesamt als »Throughput« benannt werden. Alle diese Aktivitäten erzeugen ein Ergebnis. Davon zu unterscheiden sind die an sich geplanten und intendierten Wirkungen, die sich mit dem Begriff des »Outcome« bezeichnen lassen.

2 »... Die spezifischen Regelungen und normativen Vorgaben des Menschenrechts auf Bildung sind in Deutschland noch nicht sehr bekannt, noch werden sie (...) vollständig umgesetzt. (...). In der internationalen Menschenrechtsdiskussion ist anerkannt, dass Menschenrechte darüber hinaus politische Gestaltungsprinzipien darstellen, die aktive Maßnahmen – darunter auch Infrastrukturmaßnahmen – verlangen.« Motakef, M. (2006), S. 5.

Abb. 1: *Systemtheoretisches Modell des Versorgungssystems (Pfaff 2003)*



Dieses Modell ist insofern wertvoll, weil an diesem die bisherigen Prioritäten der Diskussion um die Gestaltung des Gesundheitswesens oder auch der Pflege einfach verdeutlicht werden können. Primär dominierte und dominiert bis heute die Frage, wie viel Geld für das System zur Verfügung gestellt wird. Das System wird als Kostenfaktor betrachtet und damit aus einer eingeschränkten Perspektive. So forderte bereits der Sachverständigenrat im Gesundheitswesen (damals noch SVR für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen) mit seinem Jahresgutachten 2003 eine weitergehende Beachtung der Nutzerorientierung im Gesundheitswesen. Die Forderung ist einige Jahre alt, aber noch aktuell. Immer noch dominiert die Diskussion um die Kosten, um den Input. Es wäre wünschenswert, stärker nach der Zielerreichung zu fragen und insofern bei der Betrachtung des Versorgungsgeschehens einen neuen Fokus zu setzen.

Ein Beispiel zu dieser Problematik liefert die Bewertung der Pflegequalität in den Prüfberichten des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände. Diese bewerten die Pflege anhand der installierten und praktizierten Pflegeabläufe. Es wird gefragt, wie häufig bestimmte Erhebungen durchgeführt und dokumentiert werden. Auf dieser Basis finden sich oft Ergebnisse, die journalistisch boulevardesk aufbereitet dramatische Schlagzeilen liefern. Diese Art der Berichterstattung erzeugte eine Grundstimmung in der Bevölkerung, und damit auch bei den Pflegebedürftigen, wonach Pflege hoch defizitär ist: Deutschland trifft die »Pflegeschande« (Bild, 31.8.2007), in Deutschland herrscht ein »Albtraum Pflegeheim« (Hamburger Morgenpost, 27.8.2007), so lauten Schlagzeilen, die die letzte Veröffentlichung der Prüfberichte des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS 2007) zur »Qualität in der ambulanten und stationären Pflege« begleiteten.

Die vorhandenen Ansätze der Qualitätserhebung und des -reportings sind zu würdigen und weiter auszubauen. Bis heute kann jedoch nicht behauptet werden, dass der Prüfkatalog des MDK pflegewissenschaftlich fundiert ist (Meyer, Köpke 2007). Inakzeptabel ist, falls diese Beschreibung des Throughput und bestenfalls noch des Outputs mit dem Outcome der Pflege gleichgesetzt oder verwechselt wird. Es ist zu fordern, dass eine Berichterstattung neben den Surrogaten für erwünschte Pflegeergebnisse auch tatsächlich die intendierten Ziele und deren Zielerreichung erfasst und berichtet. Die Relevanz der Ergebnisparameter für die Pflegekräfte wie für die Pflegebedürftigen ist oft unklar, sollte aber gesichert sein (Lebensqualität, Morbidität, Mortalität der Pflegebedürftigen). Ein stärkerer Einbezug der Pflegebedürftigen, Angehörigen oder Vertreter in die Beschreibung des Outcomes ist wünschenswert. Die sogenannten *Patient Reported Outcomes* (PRO) im Gegensatz zu den Indikatoren, die von den Leistungserbringern oder der Klinik geprägt werden, haben sich in vielen Bereichen zur Kennzeichnung der Ergebnisse medizinischer Verfahren als hilfreiche Ergänzung der bisherigen Indikatoren etabliert (Mühlhauser, Müller 2009). Es ist zu erwarten, dass dieser PRO-Ansatz auch in der Altenpflege nützlich sein wird.

Die methodischen Anforderungen für eine verbesserte Pflegeberichterstattung sind hoch. Jede Systematik zur Beschreibung der Pflegequalität muss das Outcome einer humanen und zukunftsfähigen Pflege in den Blick bekommen. Die derzeitige Systematik der Pflegeberichterstattung wird diesem Anspruch noch nicht gerecht, da von Prozessen, vom Throughput und bestenfalls vom Output berichtet wird. Sollte der Outcome mit den heutigen Verfahren nicht hinreichend beschrieben werden können, ist ein Ausbau der Pflegequalitätsberichte anzustreben. Gelingt dies nicht, so müssen stärker als bisher die vorhandenen Defizite und Limitationen der Berichterstattung transparent gemacht werden. Für die Bewertung einer humanen Pflege ist ein Perspektivenwechsel notwendig. Zählen kann nicht weiter die Input-Leistung, maßgeblich sind die Ergebnisse auf Seiten der Adressaten: Dort entscheidet sich die Humanität der Pflege.

3.3 Gerechte Finanzierung und professionelle Wertschätzung

Die Pflege und die Pflegekräfte genießen in der Bevölkerung eine hohe Wertschätzung und Anerkennung. Diese Anerkennung liegt für jeden unmittelbar nahe, der selbst von Pflege abhängig ist oder dessen Angehörige von Pflege abhängig sind. Diese hohe individuelle Anerkennung schlägt sich nicht nieder in der finanziellen Würdigung und Entlohnung des Berufsstandes. Ebenso findet sich nur eine geringe Akzeptanz und Wertschätzung innerhalb professioneller Settings zur Pflege alter Menschen. In den pflegerelevanten interprofessionellen Mustern ist nach wie vor eine Fixierung auf den Arzt spürbar. Eine

professionell ausdifferenzierte, effizient geregelte Zusammenarbeit zwischen den Akteuren existiert in Deutschland nicht.

Auf der einen Seite findet sich eine hohe individuelle Wertschätzung und Achtung der Pflegerinnen und Pfleger und auf der anderen Seite eine geringe Bezahlung und mangelhafte professionelle Verankerung innerhalb der wesentlichen Player zur Versorgung von Kranken und Pflegebedürftigen. Eine Pflege mit Zukunft wird diesen Widerspruch zwischen individueller und gesellschaftlich-professioneller Anerkennung auflösen müssen. Daher soll dieses Paradoxon zunächst weiter beschrieben und Lösungen skizziert werden.

3.4 *Finanzierung*

Die Entlohnung der Pflegekräfte ist schlecht. Mit einem durchschnittlichen Jahresverdienst von ca. 20.000 Euro bei Altenpflegerinnen und 25.980 Euro für Altenpfleger liegen die Einkommen dieser Berufe am unteren Ende der Gehaltsskala. Der Median des Einkommens der Berufe etwa in der Allgemeinen Verwaltung liegt um 25 Prozent höher (www.gehalts-check.de). Dieser Abstand wird durch den aktuellen Trend weiter ausgebaut. Ein Vergleich der Gehaltsentwicklung von Berufen im Gesundheitswesen zeigt im Zeitraum von 2004/2005 zu 2005/2006 einen Einkommensrückgang bei den Pflegekräften, während die Einkommen der Ärzte und der in der Verwaltung Beschäftigten deutlich zunahm (Personalmarkt.de 12/2006).

Damit ist schon ein großer Teil der Misere beschrieben. Die Vergütungen sollen der Nachfrage und den fachlichen Anforderungen an den Beruf entsprechen. Je geringer das Angebot und je größer die Nachfrage nach Pflegekräften, umso höher sollte die Bezahlung sein. Ein anderes Kriterium ist die berufliche Qualifikation und Belastung. Bei der Bezahlung von Pflegekräften scheinen andere Gesetzmäßigkeiten zu gelten.

An Pflegekräften besteht großer Bedarf, der in den nächsten Jahren noch zunehmen wird. Daran besteht kein Zweifel, selbst die weitere Technisierung und Roboterisierung der Pflege wird den Mehrbedarf nicht kompensieren können, auch wenn in Japan angeblich gute Erfahrungen mit Streichelrobotern gemacht wurden. Humane Pflege erfordert den Menschen. Andere Länder wie die USA oder Großbritannien können ihren Bedarf an Pflegekräften für die nächsten Jahre beziffern. Dort geht man davon aus, dass man den eigenen Bedarf im eigenen Lande nicht selbst wird ausbilden können. Um den Mehrbedarf dort zu decken, wird eine Akquise von Fachkräften aus anderen Ländern vorbereitet. In Deutschland dagegen existieren keine Zahlen über den Bedarf an Pflegekräften für die nächsten Jahre. Spürbar allerdings ist schon heute ein Pflegekräftemangel in deutschen Pflegeheimen. Es wäre keine Überraschung, wenn andere Länder mit Ihren Akquise-Aktivitäten zur

Rekrutierung von Pflegepersonal insbesondere in Deutschland besonders erfolgreich wären.

Das Einkommensniveau der Pflegekräfte ist unterdurchschnittlich und nicht mit den Anforderungen an die Ausbildung und den Beruf zu erklären. Vielmehr scheint Lohnbildung einem geschlechtstypischen Muster zu folgen. Die Pflege wird hauptsächlich von Frauen erbracht, die in unserer Gesellschaft in vielen Bereichen traditionell geringer entlohnt werden. So beträgt in Deutschland die durchschnittliche Gehaltsdifferenz von Frauen gegenüber Männern 22 Prozent. In Malta oder Italien liegt die Differenz unter 10 Prozent. Der Mittelwert aller europäischen Mitgliedsländer beträgt 15 Prozent, Deutschland wird in dieser Statistik nur noch von Zypern übertroffen. Auch bei Berücksichtigung der Faktoren Ausbildung, Erfahrung, Arbeitszeit usw. lässt sich nur ein Teil der Gehaltsdifferenzen erklären. Es bleibt ein Rest an kulturell-institutionell geprägten Unterschieden, für die das Geschlecht die maßgebliche Rolle spielt. Das Lohnniveau in den Frauenberufen ist reduziert. Anders lässt es sich nicht erklären, dass die Pflege von Menschen (Frauenberuf) schlechter bezahlt wird als die Pflege von Tieren (Männerberuf) (Roßbach 2008).

Wissenschaftliche Arbeitsplatzbewertungen von den der Altenpflege vergleichbaren Arbeitsplätzen machen deutlich, dass die Altenpflege unterbewertet ist. Ein Vergleich etwa von städtischen Angestellten im Bereich der Sachbearbeitung mit Altenpflegern belegt vergleichbare Ausbildungsqualifikationen und ungleich höhere Belastungen und Verantwortung in der Altenpflege bei jedoch deutlich geringerem Verdienst. Nach einer Arbeitsplatzbewertung kommt eine Altenpflegerin im Bereich der Verantwortung auf 15 Punkte, ein technischer Sachbearbeiter auf 0. Wenn es um körperliche Belastung geht, erhält eine Altenpflegerin 120 Punkte, der Sachbearbeiter 10. Im psychosozialen Bereich ist der Unterschied besonders eklatant: 175 zu 30 Punkten. Aber führen diese unterschiedlichen Belastungen auch zu mehr Lohn für die Altenpflegerinnen? (Monitor 2006)

Der Median des durchschnittlichen Verdienstes eines Altenpflegers liegt heute bei 25.980 Euro, der Median für den Verdienst einer Altenpflegerin bei 20.400 Euro. Der Verdienst für einen Beruf im Segment »Allgemeine Verwaltung« beträgt 30.000 Euro bei Männern und 25.200 Euro bei Frauen www.gehalts-check.de

In der Schweiz herrschten vor einigen Jahren vergleichbare Missstände. Dies hatte dazu geführt, dass eine einzelne Person, Frau Isabel Tuor, Krankenpflegerin, mit einer Arbeitsplatzbewertung vor Gericht gezogen ist. Das Gericht befand eine nicht akzeptable Ungleichbehandlung und forderte zur Gleichbehandlung auf. In dessen Folge mussten die Gehälter von Pflegenden in der Schweiz drastisch angehoben werden (Monitor 2006). Dürfen wir auf dieses Vorgehen in Deutschland hoffen? Sicher wird man die Ungleichbehandlung

in Deutschland zwischen frauen- und männerdominierten Berufen leicht nachweisen können.

3.5 Wertschätzung der Profession(en)

Der Status und Stellenwert einer Profession spiegelt sich neben der Bezahlung vor allem auch in der gesellschaftlichen Anerkennung und professionellen Wertschätzung durch andere, vor allem der verwandten Berufe wider.

Die Pflege wird gesellschaftlich gering geschätzt. Aufgrund der Strapazen des Berufes sind nur wenige Personen bereit, sich in der Pflege zu engagieren. Andere Aktivitäten sind aufgrund der Bezahlung (s. o.) attraktiver. Neben dieser ungünstigen Verstärkung von negativem Image und schlechter Bezahlung sorgen auch politische Initiativen dafür, dass das Image der Pflegefachberufe beschädigt wird. Nichts anderes geschieht, wenn der Eindruck entsteht, dass etwa Langzeitarbeitslose zur Pflege von Demenzerkrankten verpflichtet werden sollen (dpa-Meldung 171430 Aug 08). Mit der Idee, Langzeitarbeitslose im Schnellverfahren pflegerisch zu qualifizieren und dann zur Pflege abzustellen, lässt sich keine humane Pflege organisieren. Im Gegenteil: Mit diesen Initiativen werden die Kampagnen der Pflegefachverbände zur weiteren Imagebildung der Pflegeberufe unterlaufen. Notwendig sind nicht politische Signale, die geeignet sind die Pflege abzuqualifizieren, sondern wünschenswert ist ein politisches Engagement zur weiteren Qualifizierung der Pflege. Die Arbeitsbedingungen und die Bezahlung müssen verbessert werden.

Die Bedeutung der Wertschätzung zwischen verwandten Berufen kann am Verhältnis des ärztlichen Berufsstandes zu den Pflegenden illustriert werden. In Deutschland wird heute noch von ärztlicher Seite gelegentlich von »ärztlichen Hilfsberufen« gesprochen. Damit wird eine scheinbar selbstverständliche und angemessene Unterordnung der Pflegeprofession unter die ärztlichen Tätigkeiten zum Ausdruck gebracht. Pflege ist weit davon entfernt, dem ärztlichen Berufsstand als gleichbedeutend oder gleichwertig zu gelten. Mit dieser Haltung bleiben benötigte Synergien einer veränderten Kooperation verschlossen, zu Lasten der Pflegebedürftigen sowie zu Lasten der Pflegekräfte.

Moderne Ansätze zur Praxis einer erweiterten Pflege haben es in Deutschland schwer. Es fehlt eine akzeptierte Übersetzung dessen, was im Angelsächsischen mit *advanced nursing practice* (ANP) bezeichnet wird (DBfK 2007). Gemeint sind intensiviertere Kooperationsformen zwischen Arzt und Pflegekräften, mit dem Ziel einer Übertragung von Aufgaben auf die Pflege und Stärkung der pflegerischen Handlungsautonomie. Ausdrücken kann sich dies in einer Ergänzung, Erweiterung oder einem Ersatz von ärztlichen Leistungen. Diese Praxis ist in angelsächsischen Ländern weit fortgeschritten, wäh-

rend in Deutschland noch auf dem Deutschen Ärztetag 2006 die ANP-Bemühungen als »Deprofessionalisierung und Fremdbestimmung des ärztlichen Berufsstandes« beschrieben wurden (Deutsches Ärzteblatt 2006, 2008). Auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat diese Aufgaben in seinem Gutachten aus dem Jahre 2007 thematisiert. Unter dem Titel »Kooperation und Verantwortung« (SVR 2006) wird für die die Gesundheitsversorgung tragenden Berufsgruppen ein neues, gegenseitig abgestimmtes Rollenverständnis gefordert. Es ist zu hoffen, dass Altenpflege und Ärzte dazu bald in der Lage sind.

3.6 *Die neue Vielfalt außerfamiliärer Sozialisationen im Alter*

Pflege und Unterstützung im Alter war in der Vergangenheit auf funktionierende soziale Netzwerke angewiesen. Der Rückgang der Kinderzahl sowie die gesellschaftlich geforderte Mobilität führen im Ergebnis dazu, dass keine Angehörigen mehr am Ort der Eltern leben, die zu einer Pflege in der Lage wären. Um das Ziel der Altenpflege weiter zu erreichen, wurden soziale Netzwerke durch ein professionelles »marktgängiges« Angebot ergänzt: Alten- und Pflegeheime wurden eingerichtet. Der Rückgang sozialer Einbindungen wurde durch professionell gemanagte Strukturen ausgeglichen, die dasselbe Ergebnis wie ehemals familiäre Beziehungen garantieren sollen.

Altenpflegeheime oder auch Senioren-Residenzen genießen oft unabhängig von ihrer objektiven Qualität und der oftmals sicherlich hervorragenden Pflege keinen sehr guten Ruf. Nur wenige, die mit Freude daran denken, den Lebensabend in einem Altersheim zu verbringen.

Eine Einschätzung der Heimpflege illustriert die Geschichte um die 93-jährige Debütautorin Lorna Page (»A Dangerous Weakness«, SZ vom 12.08.2008). Mit ihrem anscheinend fürstlichen Autorenhonorar soll sie ein Landhaus gekauft haben, in das sie ihre Freunde, die in Seniorenheimen wohnen, eingeladen hat, mit zu wohnen. Sie hatte damit ihre »Freunde aus dem Altersheim befreit«. Altenpflegeheime seien deprimierend und unsozial. Von nun an solle jedes Buch, das sie veröffentliche, dazu beitragen, für »jemanden ein Heim zu schaffen«. Obwohl der Wahrheitsgehalt dieser Geschichte mehr als fraglich ist (Kneip 2008), illustriert das enorme öffentliche und auch internationale Interesse auf diese Ankündigung von Frau Page eindrücklich das Unbehagen gegenüber den »Altenheimen«.

Altenheime, Seniorenheime oder generell professionell gemanagte Einrichtungen allein passen nicht in das Bild einer humanen Pflege. Der Verlust familiärer Netzwerke wird durch außerfamiliäre Netzwerke zu kompensieren sein. Nicht mehr das familiäre Band wird Hilfesuchende und Helfer zusammenführen, sondern freiwillige Übereinkünfte. Wer kann, organisiert seine Altenphase selbst.

Einen Ausweg bilden die sogenannten Senioren-Wohngemeinschaften. Einzelne Prominente wie etwa Bremens Altbürgermeister Henning Scherf haben mit ihrem Beispiel große Aufmerksamkeit erzeugt. Dieses Wohnmodell baut auf einer außerfamiliären Sozialisation. Die Mitglieder suchen sich die Partner selbst aus, die Organisation ist autonom und die Mitglieder finden dieses Modell sehr viel attraktiver als die herkömmlichen Senioren-Residenzen. Es ist davon auszugehen, dass kein Mitglied nach dem Muster von Frau Page aus diesen Wohngemeinschaften freigekauft werden muss. Eine Politik, die an der zukunfts-fähigen und humanen Pflege interessiert ist, sollte diese Entwicklungen unterstützen und befördern.

4. *Fazit*

Eine zukunfts-fähige und humane Pflege ist nicht gesichert. Wollen wir eine menschenwürdige Pflege garantieren, sind große Herausforderungen zu bewältigen, die nicht von heute auf morgen erledigt werden können, sondern Zeit benötigen. Insofern geht es nicht nur um die heute Pflegebedürftigen, sondern eben und gerade auch um jene, für die aus Altersgründen die Pflege-gestaltung noch kein Thema scheint. Es geht uns alle an.

Das Thema einer zukunfts-fähigen und humanen Pflege ist kein Thema allein der sozialen Pflegeversicherung. Nicht die Frage, wie Pflege zu organisieren, zu verwalten und zu managen ist, ist die entscheidende Frage. Wesentlich wird das gemeinsame Verständnis der Ziele und der Rahmenbedingungen für gute Pflege sein. Diese Eckpunkte werden von der Gesellschaft explizit zu setzen sein und reflektieren die jeweils aktuellen Werte einer Gesellschaft. Vermutlich ist es angemessener, hier von einem ständigen Prozess der Überprüfung und Anpassung der Werte auszugehen als von einer einmaligen Festlegung universaler stabiler Werte.

Die Finanzierung der Pflege scheint das vordringlichste Problem. Auch hier wird es um die Frage der Priorisierung von Ausgaben gehen. Die Pflege wird einen Mehrbedarf verlangen, der nicht vollumfänglich zusätzlich bereitgestellt wird, sondern auch auf Kosten von anderen Bereichen erbracht werden wird. Verteilungskämpfe sind zu erwarten, die nur dann vernünftig und gerecht zu führen sind, wenn Klarheit über den Nutzen der zu finanzierenden Leistungen besteht. Alle Bereiche der medizinisch-pflegerischen und möglicherweise auch anderer Sozialleistungen werden untereinander um die knappen Mittel konkurrieren. Wir werden Fragen zu beantworten haben, warum wir zum Beispiel im Bereich der Arzneimittel Jahrestherapiekosten in Höhe von 100.000 Euro pro Fall akzeptieren, auch wenn kein gesicherter oder nur ein marginaler Nutzen vorliegt, während im Bereich der Pflege nicht einmal Mindestlöhne in Höhe von 7,50 Euro pro Stunde konsentiert werden können.

Zur Beantwortung dieser Fragen werden Informationen zum Nutzen und der Effizienz der Maßnahmen benötigt, über die wir heute noch nicht verfügen. Auch das Management von Pflege ist auf weitere Evidenzbasierung und Patientenorientierung der Maßnahmen angewiesen. Gut untersucht ist, dass Versicherte von Krankenkassen und Patientinnen und Patienten nach einem Mitspracherecht bei medizinisch-pflegerischen Entscheidungen verlangen. Ein Recht, das ihnen und auch Pflegebedürftigen nicht nur aus medizinrechtlicher Perspektive zusteht, sondern sich aus der geforderten gestärkten Patientenorientierung ergibt.

Eine verstärkte Mitsprache setzt auch weitergehende Kenntnisse voraus. Diese Schulung, die Qualifizierung und das Empowerment von Pflegebedürftigen stellen einen Schlüssel für die Realisation einer zukunftsfähigen und humanen Pflege dar.

Die Synergien zwischen den an der Pflege beteiligten Professionen sind auszubauen. Das Verhältnis zwischen dem ärztlichen Berufsstand und den Pflegekräften ist konstruktiv weiterzuentwickeln. Es ist notwendig, dass beide in gegenseitiger Abstimmung zu einer neuen, den heutigen Anforderungen entsprechenden, Definition des beruflichen Selbstbildes kommen. Neue Kooperationsformen zwischen Ärzten und Pflegekräften werden eine humane Pflege unterstützen.

Die Herausforderungen zur Realisierung einer zukunftsfähigen und humanen Pflege wachsen. Höchste Zeit, diese anzunehmen.

Literatur

- Bundesgesundheitsministerium für Gesundheit (2008): Vierter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung. S. 67
- DBfK, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (Hrsg., 2007): Advanced Nursing Practice. Die Chancen für eine bessere Gesundheitsversorgung in Deutschland. Berlin.
- Deutsches Ärzteblatt (2006): Dokumentation/109. Deutscher Ärztetag: Entschlüssen zum Tagesordnungspunkt I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Deprofessionalisierung und Fremdbestimmung. S. A 1530, Jg. 103, Heft 22, 2. Juni 2006
- Deutsches Ärzteblatt (2008): Dokumentation/111. Deutscher Ärztetag: Entschlüssen zum Tagesordnungspunkt III: Arztbild der Zukunft und Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen. S. A 1202, Jg. 105, Heft 22, 30. Mai 2008
- dpa Meldung vom 17.08.2008, 14h30: »Langzeitarbeitslose sollen Demenzkranke betreuen«
- Kneip, A. (2008): Eine Meldung und ihre Geschichte. Das Buch der alten Dame. In: Der Spiegel, 34/2008: 47
- Koalitionsvertrag: <http://www.bundesregierung.de/Webs/Breg/DE/Bundesregierung/Koalitionsvertrag/koalitionsvertrag.html>

- Köpke, S. et al. (2008): Methodenpapier zur Entwicklung einer Praxisleitlinie zur Vermeidung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen in der beruflichen Altenpflege. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes.* 102: 45–53
- MDS (2007): Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. 2. Bericht des MDS nach § 118 Abs. 4 SGB XI. Essen.
- Meyer, G., Köpke, S. (2007): Lamentieren, aber nicht stagnieren: Qualität der Altenpflege – ein Kommentar ermüdeten Pflegewissenschaftler. *Pflegezeitschrift* 60: S. 542–543.
- Meyer, G., Köpke, S. (2008): Instrumentenbasierte Einschätzung des Sturzrisikos im Vergleich zur alleinigen pflegerischen Einschätzung: eine Cluster-randomisierte Studie. *IPP-Info* 06/2008: 9.
- Monitor 2006: Sendung vom 18.05.2006: <http://www.wdr.de/tv/monitor/beitrag.phtml?bid=798&sid=146>
- Motakef, M. (2006): Recht auf Bildung. Das Menschenrecht auf Bildung und der Schutz vor Diskriminierung. Exklusionsrisiken und Inklusionschancen. Berlin 2006. Deutsches Institut für Menschenrechte.
- Mühlhauser, I., Müller, H. (2009): Patientenrelevante Endpunkte und Patient Reported Outcomes in klinischer Forschung und medizinischer Praxis. In: Klusen, N., Fließgarten, A., Nebling, T. (Hrsg.): »Informiert und selbstbestimmt. Der mündige Bürger als mündiger Patient«, Beiträge zum Gesundheitsmanagement, Bd. 24, Baden-Baden, Nomos.
- Nebling, T. (2006): Das Geschäftsmodell des selektiven Kontrahierens – Eine Analyse wertschöpfender Aktivitäten gesetzlicher Krankenkasse. In: *Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft*. 4, 2006, S. 655–683.
- Pfaff, H. (2003), Versorgungsforschung – Begriffsbestimmung, Gegenstand und Aufgaben. In: Pfaff, H./Schrappe, M./Lauterbach, K. W./Engelmann, U./Halber, M. (Hrsg.): *Gesundheitsversorgung und Disease Management – Grundlagen und Anwendungen der Versorgungsforschung*, Bern, S. 13–23.
- Roßbach, H. (2008): In der Gehaltslücke. *Frankfurter Allgemeine Zeitung* 16./17.08.2008, C1
- Straub, C., Nebling, T., Müller, H. (2008): Translating research into practice: a German sickness fund supporting patient participation. *Patient Educ Couns*, 73 (3): 544–50.
- SVR (2006): Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung.