

## Auswege aus der Pflegekrise

Dr. Ralph Skuban

Das Pflegesystem wird kollabieren, wenn nicht gegengesteuert wird. Die Pflegekassen treiben mit hoher Geschwindigkeit in die Verschuldung. Die Sozialhilfeträger liegen bereits jetzt finanziell am Boden. Die Zahl der Pflegebedürftigen und die Dauer ihrer Pflegebedürftigkeit nehmen stetig zu. Immer mehr Betroffene fallen in die Sozialhilfeabhängigkeit. (Galt es nicht, genau das zu verhindern, als man 1995 die Pflegeversicherung einführte?). Derweil strickt man in Berlin an immer höheren Anforderungen im Bereich der baulichen Gestaltung von Pflegeeinrichtungen. Da stehen Milliardeninvestitionen ins Haus. Und in so manchem Bundesland – Paradebeispiel: Bayern – bastelt man an einer enormen Verdichtung des Regulierungsdickichtes, so in der Frage der Wirtschaftlichkeitsprüfungen / Wirksamkeitsprüfungen gem. - § 79 SGB XI: Die Ideen des MDK zum Thema übersteigen alles, was an Einwirkung auf die Pflegeeinrichtungen bislang erlebt werden durfte. Während also auf der einen Seite die finanziellen Mittel wegbrechen, flechtet man auf der anderen an beständig höheren Regulierungen und Anforderungen. Widersprüchlicher geht es kaum. Speziell die bayerische Situation zeichnet sich auch durch ein unerhörtes mediales Getöse aus. Als Anbieter von Pflegeleistungen ist man a priori verdächtig: Vom „Abzocken“ und „Totpflegen“ ist da die Rede in Zeitungen und TV. Ein rauhes Klima also, in dem die Pflege unmöglich gedeihen kann. In Ermangelung von Ressourcen und Freiheit wird das Pflegesystem zu Tode bürokratisiert. Was also tun? Weg damit? Tabula rasa? Alles neu machen? In anderen Bereichen wurde genau darüber schon diskutiert (erinnert sei z.B. an die Merz'sche Steuererklärung auf dem berühmten Bierdeckel), realistisch scheint das aber kaum. Aber gewaltige Umgestaltungen wird es geben, besser heute schon als morgen. Im Folgenden sollen in aller Kürze einige Vorschläge unterbreitet werden, die Druck aus dem Pflegesystem nehmen könnten. Nichts davon ist illusionär oder reines Wunschdenken. Aber politischen Mutes würde es schon benötigen, den einen oder anderen Weg zu gehen:

*1. Verbreiterung der Finanzierungsbasis:* Ein langer Diskurs darüber, dass dem Pflegesystem das Geld ausgeht, braucht nicht mehr geführt zu werden. Die Leistungen des SGB XI müssen dynamisiert werden, damit die Kluft zwischen Versicherungsleistung und Eigenanteil der Versicherten nicht in immer größere Höhen wächst. Gleichzeitig muss darüber nachgedacht werden, auf welchen Wegen höhere Leistungen finanziert werden können. Als Alternativen zum derzeitigen Zwangssozialversicherungssystem mit Zuschusscharakter bieten sich verschiedene Lösungen an: a) Die radikale Staatslösung, d.h. eine Steuerfinanzierung von Pflegeleistungen – der dänische Weg. Letzterer ist zwar sehr erfolgreich, hat aber in Deutschland nur wenig politische Chancen. So viel Staat lässt sich nicht mehr vermitteln (obgleich die Leistungsanbieter angesichts der bereits jetzt herrschenden Regulierung nicht mehr viel zu fürchten hätten). b) Das Gegenmodell: Die Pflegeversicherung als private (Pflicht)-Versicherung: Der Staat verpflichtet seine Bürger, sich abzusichern und setzt die Rahmenbedingungen, überlässt ihnen aber die Details. Für Bürger wie auch Leistungsanbieter wäre das der Weg in die Freiheit. c) Die Beibehaltung des jetzigen Systems, freilich mit ergänzenden Komponenten aus entweder Staatslösung oder Privatversicherung. Welchen Weg man auch einschlägt: Die Basis der Finanzierung muss verbreitert werden. Das System der sozialen Sicherung, dessen Finanzierung primär über die Beiträge sichergestellt wird, die im Rahmen abhängiger Beschäftigung entstehen, erodiert in einer Welt, die immer stärker vom Wettbewerb, sich wandelnder Arbeitsformen und demographischer Alterung gekennzeichnet ist.

*2. Wirklichkeitsnähere Fassung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes:* Der Begriff der Pflegebedürftigkeit ist in wirklichkeitsfremder Weise definiert. Er stellt lediglich ein

praxisfremdes sozialrechtliches Konstrukt dar. Bekanntermaßen zeigt sich dies u.a. darin, dass wichtige Gruppen von Pflegebedürftigen nicht ausreichend in die Pflegeversicherung einbezogen sind, so die Demenzkranken. Trotz der problematischen Konstruktion dient das Pflegestufensystem als Grundlage aller weiteren wesentlichen Bestandteile des Pflegesystems: Personalbemessung, LQV, Qualitätsprüfungen, Vergütungsverhandlungen usw.: Überall liegt das Pflegestufensystem zugrunde. Wo aber das Fundament wackelt, kann das Haus nicht sicher stehen.

*3. Zusammenführung der Ausbildungen von Krankenpflege und Altenpflege:* Die Aufspaltung der Berufe in Kranken- und Altenpfleger bildet nicht mehr die Erfordernisse der Wirklichkeit ab. Die Krankenhauspflege wird immer mehr von alten Menschen geprägt, die pflegerischen Anforderungen wachsen hier beständig. Und umgekehrt gilt: Die Pflege in den Heimen wird medizinlastiger, nicht zuletzt durch die Fallpauschalen im SGB V. Der „englische Patient“, „blutend“ entlassen, wird zur Herausforderung in der Altenpflege werden. Die Anforderungen wachsen also zusammen. Es wäre sinnvoll, die Altenpflege als einen Zweig der Krankenpflege zu entwickeln. Die berufliche Mobilität der Altenpfleger würde damit sprunghaft ansteigen (derzeit sind Altenpfleger im Krankenhaus lediglich „Hilfskräfte“, umgekehrt genießen aber Krankenpfleger den Fachkraftstatus in der Altenpflege). Der Image- und Prestigegewinn für den Altenpflegeberuf wäre weitaus größer als ihn jede noch so wohlmeinende politische Imageaktion bewirken könnte.

*4. Aufstieg durch Bewährung:* Es ist absurd: Selbst Kräfte, die zwanzig Jahre oder länger im Pflegeberuf aktiv und engagiert tätig sind, werden im Pflegesystem als „Hilfskräfte“ betrachtet. Der neu von der Altenpflegeschule gekommene „Frischling“ ist dagegen Fachkraft. Die Tatsache, dass der Faktor Erfahrung und „learning –by-doing“ in Deutschland nahezu keinerlei Relevanz besitzt ist nicht nur unproduktiv – um nicht zu sagen: skandalös – sondern widerspricht den Gepflogenheiten vieler anderer Länder, wie auch den Bestrebungen der Europäischen Union, die das Thema „informelles Lernen“ als wichtiges Thema für die zukünftige Gestaltung des Binnenmarktes längst erkannt hat. Die USA, Großbritannien, Australien (das ja auch Pate für die DRG's stand), auch unser Nachbar Frankreich: Dort haben im Beruf erworbene Kompetenzen (im Unterschied zu bloßem Wissen, das in Ausbildungen vermittelt wird) richtigerweise einen hohen Stellenwert, der sogar formal anerkannt wird: In den angelsächsischen Ländern spricht man von „Credit Points“, bei den Franzosen von „bilan des compétences“. Es ist buchstäblich volkswirtschaftliche Verschwendung, praktisch erworbene Kompetenzen und Kenntnisse nicht anzuerkennen. Dass zudem die Spaltung in „qualifiziert“ und „nicht qualifiziert“ großen psychologischen Schaden in den Pflegeeinrichtungen bewirkt, dürften nur allzu viele Pflegekräfte und Heimleiter bestätigen. Konkreter Vorschlag: Wer 7 Jahre in der Altenpflegepraxis ist, sollte den Status als Fachkraft zuerkannt bekommen (nicht zu verwechseln mit den Berufsbezeichnungen Alten- oder Krankenpfleger): Diese Zeit beträgt mehr als das Doppelte der Ausbildung und ist auch deutlich länger als die angeblich durchschnittliche Verweildauer im Beruf. Wer solange dabei ist, darf als geeignet und motiviert betrachtet werden.

*5. Flexiblere Handhabung der Fachkraftquote:* Mittlerweile belegen Studien, dass eine logische Korrelation Fachkraftquote – Pflegequalität nicht besteht. Dies sehen auch Rechtswissenschaftler so. Eine solche kann es angesichts des rigiden und unsinnigen Fachkraftbegriffes auch gar nicht geben, der – nota bene! – sogar Ärzte als „Pflegehilfskräfte“ definiert, den medizinischen Bademeister aber durchaus als Fachkraft ansieht. Bezeichnenderweise stört niemand sich an dem Faktum, dass der MDK, der im

Blick auf die Pflege mit erheblichen Aufgaben betraut ist, unter ärztlicher Ägide steht. Vom bereits problematisierten Pflegestufensystem hängen auch Personalschlüssel und Fachkraftquote ab: Ändert sich die Pflegestufenstruktur, müssten Heime definitionsgemäß (nicht also unbedingt im Blick auf tatsächliche pflegerische Anforderungen) Personal nach unten oder oben fahren. Das geht sehr gut auf dem Papier, weniger gut aber in der Praxis der Pflegeeinrichtungen, zumal dann, wenn diese nicht groß sind. Hire-and-fire nach Pflegestufenstruktur? Hier muss unbedingt mehr Flexibilität einkehren und praxisverträgliche Korridore entwickelt werden.

*6. Kosten senken und Effizienz steigern:* Outputorientierung und Deregulierung: Die Pflegedienste sind im Bereich der Dienstleistungserstellung in einer Weise reguliert, die es kaum legitimiert, der mittlerweile großen Zahl privater Dienstleister (stationärer Marktanteil: ca. 35 Prozent, ambulant: ca. 50 Prozent) das Risiko des wirtschaftlichen Scheiterns zuzumuten: Wem man die Steuerungskompetenz entzieht – so z.B. im Bereich der personellen Vorgaben – der kann sich nur schwerlich einem „Marktrisiko“ aussetzen. Und wo man Markt mittels sozialistisch anmutender Regulierung verunmöglicht, da können auch kaum die vom Markt erhofften Effekte eintreten: Mehr Qualität und Effizienz. In der Konsequenz heisst das: Die Ergebnisse der Pflege sind das Entscheidende, nicht aber die Vorgabe verbindlicher Strukturen. Gute Pflege braucht Freiheit.

*7. Entbürokratisierung: Ende des Dokumentationswahnes:* Was nicht dokumentiert ist, gilt als nicht gemacht. Steht die Pflege in Deutschland irgendwann vor der Frage: Dokumentieren *oder* pflegen? Die diesbzgl. Anforderungen reichen manchmal ins Absurde und treiben Pflegende in die Frustration. Durch die permanente Zunahme nur wenig auf die Praxis hin reflektierter Bürokratisierung der Pflege ist für das Wohlbefinden der Pflegebedürftigen schlicht nichts gewonnen. Zur Not wird das noch so Banale, Beiläufige und Sinnlose schlicht via standardisierter EDV-Dokumentation „abgeklickt“. Wenn das Dokumentationssystem lediglich als Optimierungsinstrument im Blick auf Qualitätsprüfungen betrachtet wird („Was wollen die Prüfer?“), geht aller Sinn verloren. Pflege heute benötigt aber alles andere als Standardisierung, Bürokratisierung und Atomisierung.: Sie braucht individuelle Leistungsprogramme und zeitnahe, unbürokratische Handlungskorridore. Die Fragen nach Sinn und Unsinn im Pflegesystem müssen endlich neu gestellt werden.