



Impulspapier Pflege

Arbeitskreis Soziale Ordnung

IMPULSPAPIER PFLEGE

HERAUSGEBER UND BESTELLANSCHRIFT:

Bund Katholischer Unternehmer e.V.

Georgstraße 18
50676 Köln
Tel.: 02 21/2 72 37-0
Fax: 02 21/2 72 37-27
service@bku.de
www.bku.de

Pax Bank Köln
IBAN: DE14 3706 0193 0013 7370 10
BIC: GENODED1PAX

Federführend: BKU – Arbeitskreis Soziale Ordnung

An der Erarbeitung dieses Diskussionsbeitrags haben mitgewirkt:

Stephanie Becker-Berke, Dr. Vera Bünnagel, Marie-Luise Dött (MdB), Otmar Eickmeier, Ingrid Fischbach (MdB), Christiane Flüter-Hoffmann, Dr. Thomas Franke, Dr. Ralf Kieser, Peter Leyendecker, Günter Oelscher, Dr. Josef Peters, Dr. Steffen J. Roth, Dr. Martin Schoser, Elisabeth Schulte, Karl-Sebastian Schulte, Thomas Sitte, Dr. Ursula Sottong, Mark Spindler, Dr. Elmar Waldschmitt

Bildnachweis:	Titelbild: ©iStock.com/AlexRaths
Druck:	Heider Druck GmbH
Schutzgebühr:	2 Euro, zzgl. Versandkosten
Erscheinungsdatum:	Mai 2015

Der Text dieser Schrift lässt sich unter www.bku.de auch dem Internet entnehmen.
Weitere Titel im Internet unter www.bku.de

INHALT

Vorworte	2
Marie-Luise Dött, MdB, Vorsitzende des Bundes Katholischer Unternehmer	2
Karl-Sebastian Schulte, Leiter des Arbeitskreises Soziale Ordnung	5
Ingrid Fischbach, MdB, Parlamentarische Staatssekretärin beim Bundesminister für Gesundheit	7
Personalität in der Pflege	9
To care versus to nurse – Welche Pflege brauchen Pflegebedürftige?	9
Beruf als Berufung – Überfordern wir die Pflegenden?	11
Bürokratie statt Dienst am Menschen – Ein Bericht aus der Praxis	13
Bürokratieabbau im Bereich Pflege – Ein Projekt der Bundesregierung	15
Solidarität in der Pflege	20
Das System Pflegeversicherung – Absicherung gegen ein Lebensrisiko	20
Solidarität zwischen den Sozialversicherungssystemen	22
Potenziale im solidarischen System heben durch mehr unternehmerisches Denken und Handeln	26
Subsidiarität und Eigenverantwortung in der Pflege	28
Eigenverantwortung für Individuen	28
Den Generationsvertrag neu formulieren – Herausforderungen für die Familien	30
Pflege und Beruf – Zeit zu handeln für Unternehmer	31
Die Aufgaben von Kirche und die besondere Rolle kirchlicher Unternehmen	34
Branchengerechte Tarifpolitik im Spagat zwischen Kostendruck und Fachkräftemangel	37
Altern als gesamtgesellschaftliches Paradigma	40
Rationierung und Priorisierung – Wie gehen wir mit begrenzten Mitteln verantwortlich um?	44
Die Gefahr einer Zunahme von „Sterbehilfe“ und Suizid (Selbsttötung)	46
Welche Alternativen bietet die hospizlich-palliative Versorgung?	50
Impulse für den gesellschaftspolitischen Diskurs	54

Vorworte



Marie-Luise Dött

MdB, Vorsitzende des Bundes Katholischer Unternehmer

Zu Freiheit und Verantwortung berufen – auch im Gesundheits- und Pflegebereich!

In totalitären Regimen hat der Ruf nach Freiheit die Macht, Mauern einstürzen zu lassen. In freien Gesellschaften hingegen ist es schwer, das Bewusstsein für den Wert der Freiheit zu erhalten. Denn ihren Wert lernen wir besonders dann zu schätzen, wenn sie uns abhandenkommt. Meinungs-, Versammlungs- und Religionsfreiheit erscheinen uns nahezu selbstverständlich wie auch die freie Berufswahl und die Freiheit, sich unternehmerisch selbstständig zu machen.

Stärker eingeschränkt ist die Freiheit, über die eigene Vorsorge zu bestimmen – mit umfangreichen sozialen Sicherungssystemen greift der Staat stark in die individuelle Vorsorgefreiheit ein. Nicht ohne grundsätzliche Berechtigung – in der konkreten Ausgestaltung und in dem zunehmenden Umfang jedoch mit negativen Rückwirkungen auf den Arbeitsmarkt und die Freiheit der Arbeitgeber und Arbeitnehmer. Die umfassende staatliche Lenkung lässt dem Einzelnen kaum noch Spielraum zur eigenverantwortlichen Vorsorge nach individuellen Bedürfnissen.

Die Einführung einer verpflichtenden Absicherung des Pflegebedürftigkeitsrisikos im Jahr 1995 war grundsätzlich berechtigt. Pflegebedürftigkeit ist mit enormen finanziellen Belastungen verbunden. Ohne individuelle Vorsorge ist die Gefahr groß, dass bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit die Solidargemeinschaft die Kosten tragen muss. Wir verwehren in unserer Gesellschaft keinem Menschen in Not eine Grundversorgung. Das ist gut so – aber nicht dann, wenn der Einzelne bei angemessener Vorsorge in einem zumutbaren Umfang in der Lage gewesen wäre, die Belastung selbst zu schultern.

Doch trotz dieser grundsätzlichen Berechtigung einer Pflegeversicherungspflicht war die Einführung der Gesetzlichen Pflegeversicherung in ihrer konkreten Ausgestaltung ein Fehler. Die Struktur der umlagefinanzierten Systeme der Gesetzlichen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung wurde auf den Pflegebereich übertragen, obwohl deren Probleme durch die demografische Entwicklung und die negativen Auswirkungen der Beitragsbelastung des Produktionsfaktors Arbeit bereits damals bekannt waren. Dadurch haben diese an Dramatik noch gewonnen.

Zugleich können im Fall einer staatlich organisierten Einheitsversicherung Effizienzvorteile durch den Wettbewerb zwischen Versicherungsanbietern, aber auch zwischen Leistungsanbietern nicht erschlossen werden. Pflege und Pflegeversicherung sind teurer als bei sinn-

voller Ausgestaltung erforderlich. Das gegebene Niveau von Pflege wäre auch zu geringeren Kosten organisierbar, wenn statt einer Einheitsversicherung eine Versicherungspflicht etabliert worden wäre.

Gerade im Bereich der Vorsorge zeigt sich allerdings das zwiespältige Verhältnis vieler Bürger zur Freiheit: Sie empfinden Freiheit zugleich als Bedrohung, denn Freiheit ist stets mit Verantwortung verbunden: In diesem Fall mit der Verantwortung für die Wahl des konkreten Versicherungsumfangs über das verpflichtend zu versichernde Risiko hinaus und für die Wahl des konkreten Versicherungsanbieters und Tarifes. Das Vertrauen auf staatlichen Schutz erscheint manchem bequemer: In Umfragen gewichten viele die staatliche Absicherung höher als die Möglichkeit zur freien Entscheidung über die eigene Vorsorge.

Doch dieses Vertrauen kann trügerisch sein. Was, wenn wir uns blind auf eine Vorsorge verlassen, die unseren Bedürfnissen letztlich nicht entspricht? Die langfristige Finanzierbarkeit der umlagefinanzierten Gesetzlichen Pflegeversicherung ist fraglich. Schon heute ist jeder gut beraten, sich zusätzlich privat abzusichern.

Wir sollten wieder mehr Mut entwickeln, unsere Verantwortung selbst in die Hand zu nehmen, gerade auch bei der Vorsorge für die Lebensrisiken, statt gleich nach staatlicher Sozialpolitik zu rufen und uns blind auf diese zu verlassen. Denn auch hier dient nicht alles dem Gemeinwohl, was das Label „sozial“ trägt. Teils droht umfassende Fürsorge, hilfebedürftige Bürger dauerhaft aus- statt einzuschließen. Etwa in Folge hoher Beitragslasten, die das Zustandekommen von Arbeitsverhältnissen gerade für weniger qualifizierte Menschen scheitern lassen. Das nimmt diesen Menschen die Freiheit zur Eigenverantwortung!

Zu viel Fürsorge lässt auch den Mut zu Freiheit und Eigenverantwortung verkümmern. Doch wir bleiben für uns selbst verantwortlich. Als Abbilder Gottes sind wir zum Gebrauch unserer Intelligenz und Freiheit berufen!

Freiheit begrenzt die Macht, die Wenige über Einzelne haben. Das gilt politisch, aber auch wirtschaftlich. Sie macht das Wissen, die Ideen und Fähigkeiten der Vielen nutzbar und verringert die Abhängigkeit von den Urteilen einiger Mächtiger, deren Wissen auch nur begrenzt ist. Wettbewerb verhindert die Entstehung wirtschaftlicher Machtpositionen, eröffnet Teilhabe- und Aufstiegschancen.

Nicht ohne geeignete staatliche Rahmenbedingungen – eine freiheitliche Gesellschaft beruht auf Voraussetzungen, die Markt und Wettbewerb allein nicht herstellen können. Doch wenn wir uns des Wertes der Freiheit nicht bewusst genug sind, laufen wir Gefahr, staatliche Eingriffe weit über einen solchen Rahmen hinaus zuzulassen. Das zeigen die fortlaufende Kritik an der Sozialen Marktwirtschaft, die in den vergangenen Jahren wieder an Kraft gewonnen hat, und fortwährende Rufe nach staatlichem Protektionismus. Und das zeigt sich insbesondere auch im Pflegebereich.

Denn nicht nur die Versicherungs-, sondern auch die Angebotsseite im Gesundheits- und Pflegebereich ist stark reguliert. Viele Regeln sind gut begründbar – wer krank und pfe-

gebedürftig ist, ist oft auch besonders schutzbedürftig. Häufig schießt der Gesetzgeber in diesen Bereichen jedoch über das Ziel hinaus. Pflegende beklagen zu Recht eine enorme bürokratische Belastung und widersprüchliche Vorschriften. Es ist dramatisch, wenn sie ein Viertel oder mehr ihrer Arbeitszeit für Dokumentation aufwenden müssen – Zeit, die ihnen im Umgang mit den Menschen fehlt, die im Mittelpunkt unseres Gesundheitssystems stehen müssen. Aktuell diskutierte Ansätze zum Bürokratieabbau in der Pflege, die auch den Pflegenden mehr Freiheit und Eigenverantwortung zugestehen, sind daher sehr zu begrüßen.

Vom Extrem sozialistischer Gesellschaften, in denen Willkür und Zwang vorherrschen und Freiheit und Eigenverantwortung gänzlich abhanden gekommen sind, sind wir in der Bundesrepublik Deutschland zwar weit entfernt. Doch wir sollten uns diese Systeme gelegentlich in Erinnerung rufen, wenn der Wert der Freiheit in Vergessenheit zu geraten droht. Wir sollten die Freiheit schätzen, lange bevor sie uns abhanden kommt.

Karl-Sebastian Schulte

Leiter des Arbeitskreises Soziale Ordnung

**Vom Kopf auf die Füße**

1995 wurde die Pflege als jüngster Zweig und fünfte Säule der Sozialversicherung in Deutschland eingeführt. Sie war Antwort der Politik auf die Zunahme der Pflegebedürftigkeit in der Bevölkerung und einer Kostenlawine bei der Sozialhilfe, in der sich Betroffene zu Recht stigmatisiert fühlten. Die Einführung des neuen Systems war von kontroversen Debatten weniger um das „Ob“ als um das „Wie“ begleitet. Am Ende entschied sich der Gesetzgeber gegen eine private Kapitaldeckung und für eine konventionell umlagefinanzierte öffentliche Pflichtversicherung, bewusst lediglich mit Teilabsicherung des individuellen Pflegerisikos.

Zwanzig Jahre später steht das Thema Pflege zu Recht erneut ganz oben auf der politischen Agenda. Wieder geht es vordergründig um finanzielle Tragfähigkeit und Engpässe. Nur sind die Vorzeichen heute ganz andere. Der demografische Wandel ist längst Realität in mannigfacher Weise: Veränderte Familienstrukturen und Frauenerwerbstätigkeit, aber auch der Bevölkerungsschwund in ländlichen Räumen stellen den ursprünglichen Ansatz „häuslich (= weiblich) vor stationär“ grundlegend in Frage. Die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege wird zur entscheidenden personalpolitischen Herausforderung der Arbeitgeber in den kommenden Jahren. Das aktuelle Bemühen um eine ausreichende Kinderbetreuungsinfrastruktur mutet hiergegen regelrecht harmlos an. Technischer Fortschritt, Palliativmedizin und Demenzforschung sowie ein ethischer Diskurs um würdevolles Sterben verlangen nicht nur einen anderen Pflegebegriff und veränderte Versorgungsformen, sondern grundlegend neue Antworten. In den Pflegeberufen selbst herrscht dramatischer Fachkräftemangel. Mit dem „Pflege-Bahr“ soll private Vorsorge freiwillig angereizt werden.

Gleichzeitig ist eine Pflegebürokratie entstanden, die in der Praxis kafkaeske Züge annimmt. Der Heimalltag wird zum Abrechnungsmarathon und droht im Dickicht von Dokumentations- und Prüfpflichten sowie immer neuen Vorschriften und Qualitätskontrollen zu ersticken. Zugleich hat sich die Pflege zu einem milliardenschweren Wachstumsmarkt entwickelt, in dem unzählige Akteure ihre legitimen ökonomischen Interessen im harten Wettbewerb verfolgen, seien es Medizinproduktehersteller, Pharmaindustrie oder Pflegeeinrichtungen.

Der Arbeitskreis Soziale Ordnung hat Pflege zu seinem Jahresschwerpunkt gewählt. Zwei Dekaden nach Einführung der Sozialen Pflegeversicherung haben wir das Thema einer kritischen Würdigung unter ganz unterschiedlichen Blickwinkeln unterzogen. Wo stehen wir?

Wohin kann und soll die Reise gehen?

Was liegt näher, als sich dabei an den klassischen Leitprinzipien der katholischen Soziallehre zu orientieren: Welches Maß an Solidarität und Subsidiarität ist heute geboten, um die Herausforderung Pflege in einer rapide alternden Gesellschaft nachhaltig und generationengerecht zu bewältigen? Wie viel Eigenverantwortung und unternehmerisches Denken tun Not? Welche Aufgaben stellen sich für Familien, Unternehmen, Zivilgesellschaft, die Sozialpartner, aber auch für die Kirche mit ihren Einrichtungen und für jeden Einzelnen von uns? Ist unser Sozialsystem noch richtig austariert? Wird Altern als prägendes gesellschaftliches Paradigma angenommen?

Vor allem aber: Bilden die Menschen – also der Pflegebedürftige sowie der Pflegende und seine Angehörigen mit ihren spezifischen Bedürfnissen, Sehnsüchten, Talenten und Fähigkeiten, Ängsten und Charismen – noch den obersten Maßstab für das individuelle Handeln ebenso wie für Institutionen und Gesetzgeber? Oder ist gerade die Persönlichkeit als Ankerpunkt für Würde und Menschlichkeit schleichend verloren gegangen und müssen wir Pflegepolitik im umfassenden Sinne gar wieder vom Kopf auf die Füße stellen und insofern neu denken?

Mit diesem Impulspapier wollen die Mitglieder und Gäste des Arbeitskreises Anstöße geben für die Auseinandersetzung mit der Herausforderung Pflege, die uns alle angeht.

Ingrid Fischbach

*MdB, Parlamentarische Staatssekretärin beim
Bundesminister für Gesundheit*



© Foto: Laurence Chaperon

Ich freue mich, dass der Bund katholischer Unternehmer die Altenpflege zu einem Schwerpunkt seiner Arbeit macht. In der Altenpflege wird der demografische Wandel wie in kaum einem anderen Bereich der Gesellschaft spürbar. Es gibt viele und gute Gründe, sich dem Thema von unternehmerischer Seite her zu nähern. Der steigende Bedarf an Pflege hat wirtschaftliches Potential, bei dessen unternehmerischer Ausschöpfung eine gute Ethik unverzichtbar ist. Pflegebedürftige sind hilfsbedürftige Menschen. Pflegende – egal ob professionell oder privat – sind Menschen, die ganz entscheidend dazu beitragen, die Würde der Pflegebedürftigen zu erhalten. Dabei wird die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf auch für die Unternehmen immer mehr zum Thema: Etwa 50 Prozent der Pflegebedürftigen werden von ihren Angehörigen gepflegt, oft zusätzlich zum Beruf. Alles, was Beschäftigte darin unterstützt, ihren Alltag mit Beruf und Pflege zu bewältigen, ist eine kluge Investition in die langfristige Erhaltung von Gesundheit und Arbeitskraft, von der Beschäftigte genauso profitieren wie die Unternehmen.

Die Politik hat hier eine wichtige steuernde Funktion. Diese Bundesregierung geht die Herausforderungen aktiv an. Wir werden in dieser Wahlperiode mit zwei Pflegestärkungsgesetzen die Leistungen der Pflegeversicherung um rund 5 Mrd. Euro bzw. um 20 Prozent erhöhen und den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff einführen. Das ist die größte Leistungsausweitung der Pflegeversicherung seit ihrer Einführung im Jahre 1995. Mit dem ersten Pflegestärkungsgesetz stärken wir bereits seit dem 1.1.2015 die Pflege zu Hause, erhöhen die Zahl der Betreuungskräfte in stationären Pflegeeinrichtungen und passen die Leistungen der Pflegeversicherung an die Preisentwicklung an.

Die Bundesregierung bringt ein Präventionsgesetz und ein Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstruktur in der gesetzlichen Krankenversicherung auf den Weg, auch damit weniger Menschen pflegebedürftig werden. Wir haben eine Bund-Länder-Arbeitsgemeinschaft zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege eingerichtet und die Ausbildung zu den Pflegeberufen wird grundlegend reformiert werden. Wir haben eine Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege vereinbart, unter anderem zur Steigerung der Ausbildungszahlen um jährlich 10 Prozent. Die Bundesregierung arbeitet mit den Ländern, den Kommunen und vielen Gestaltungspartnern der Zivilgesellschaft an einer Demografiestrategie. Wir verbessern die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf. Beschäftigte erhalten seit dem 1.1.2015 Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld als Lohnersatzleistung für eine bis zu zehntägige Arbeitsfreistellung bei einer akut aufgetretenen Pflegesituation eines nahen Angehörigen. Eingeführt wird auch ein Anspruch auf Familienpflegezeit mit teilweiser

Arbeitsfreistellung von bis zu 24 Monaten in Verbindung mit einem zinslosen Darlehen als Ausgleich der Lohneinbuße.

All dies zeigt: Das Thema Alter und Pflege ist ein zentraler Schwerpunkt der Bundesregierung in dieser Wahlperiode. Die Bundesregierung arbeitet dabei ressortübergreifend und gemeinsam mit den Ländern und Kommunen und mit der Zivilgesellschaft. Wir können diese Herausforderungen nur gemeinsam bewältigen, und ich bin fest davon überzeugt: Gemeinsam wird es uns gelingen.

Personalität in der Pflege

To care versus to nurse – Welche Pflege brauchen Pflegebedürftige?

Pflege – ein Begriff, der vielfach benutzt, aber doch sehr unterschiedlich verstanden wird. Die aktuelle Diskussion zum Pflegebegriff zeigt es allzu deutlich.

In der Regel wird heute unter dem Begriff Pflege weniger die Säuglingspflege, sondern eher die Notwendigkeit der „Versorgung“ von kranken oder schwächeren Menschen aller Altersstufen in den verschiedenen Lebenssituationen verstanden. Doch was gehört alles dazu?

Bei einer Umfrage würden die meisten Menschen wahrscheinlich sagen, dass jemand, der krank ist, nicht selbst essen, sich ankleiden und zur Toilette gehen kann, pflegebedürftig ist. Das entspricht dem Anspruch „sicher, satt und sauber“. Andere würden ergänzen, dass zu einer guten Pflege auch Zuwendung in Form von Zuhören, Vorlesen etc. gehört. Das erweitert den Pflegebegriff auf Wohlbefinden und Teilhabe. Was aber, wenn jemand nicht krank ist, sich noch selbst ankleiden und essen kann, aber andere Probleme hat, die ihm und seinem Umfeld das Leben erschweren? – Dann nennen wir das Pflegestufe 0.

Ein Philosoph würde jetzt womöglich Überlegungen dazu anstellen, dass eine Null eine Aussage darüber ist, dass etwas nicht existiert, also dass eine Pflegestufe 0 eigentlich „keine“ Pflege bedeutet. Und da sind wir auch schon beim Dilemma der Begriffsdefinition.

Im englischen Sprachraum fällt die Unterscheidung leichter, hier gibt es das „to nurse“ und das „to care“. Nurse steht dabei für Stillen, Pflegen, Großziehen, Care für Sorge, Fürsorge,

Betreuung, Zuneigung, Achtsamkeit, Obhut. Dabei ist das kein Widerspruch. Es gibt Menschen, die benötigen vor allem Caring, zum Beispiel im fortgeschrittenen Alter, andere Nursing, zum Beispiel bei einer akuten oder chronischen Erkrankung, und wiederum andere beides.

Was wie viel von beidem benötigt wird, das bestimmt der Einzelne auf Grund seiner individuellen Situation und Bedürfnislage. Das wiederum nennen die Pflegewissenschaftler „person centered care“ – personenzentrierte Fürsorge. Zu dieser individuellen Form der Versorgung und Begleitung gehört neben vielem anderen der Blick auf die vorhandenen Ressourcen und dann vor allem das Bemühen um Lebensqualität und -perspektive bis zum letzten Atemzug. Doch, und da stoßen wir zum Kern des Problems vor, wie lässt sich das messen und in Verordnungen gießen? Wie viel Pflegebedürftigkeit oder Bedürftigkeit an Pflege hat der Einzelne? Und wer kann bzw. soll das leisten?

Wissenschaftliche Untersuchungen leben in der Regel von der Betrachtung von Gruppen – die Gruppe der Diabetiker, die Gruppe der Demenzkranken, die Gruppe der Rheumakranken. Das ist bis zu einem gewissen Grad auch gerechtfertigt, wenn es darum geht, bestimmte Ausprägungen in bestimmten Lebens- und Krankheitsphasen zu beschreiben. Die eigentliche Kunst aber besteht darin, sich von der Gruppenbetrachtung zu lösen, auf den Einzelfall einzugehen und dort zu erfahren, was an individuellen Bedürfnissen und Möglichkeiten vorhanden ist und wie diesen begegnet werden kann. Wenn das gelingt, dann nennen wir das Begegnung mit einem Mitmenschen auf Augenhöhe.

Und das ist vielleicht das Eigentliche, was Pflegebedürftige an Pflege brauchen: Trotz aller Einschränkungen als Person gesehen, behandelt und respektiert zu werden, als Experten ihrer Existenz angenommen zu werden und dort, wo ihre Kräfte versagen, Unterstützung und Entlastung zu finden.

Doch wie passt das in eine Welt, in der es um Prozesse und Prozessoptimierung geht? Wo bleibt der Mann, der mehr Zeit als vorgesehen für seine Morgentoilette benötigt, die Frau, die nach allen anderen ihre Mahlzeit immer noch nicht beendet hat?

Zeit ist für die meisten Pflegebedürftigen etwas, das keine große Rolle spielt. Sie haben die Zeit, die ihre Unterstützer und Pflegenden nicht haben (dürfen). Ihre Kostbarkeit ist der konkrete gelebte Augenblick. Und der ist anscheinend mit das Teuerste, das unsere Gesellschaft zu geben hat.

Beruf als Berufung – Überfordern wir die Pflegenden?

Christina S. hatte sich eigentlich mit ihren Freundinnen zum Frühstück verabredet. Nachdem sich aber jetzt ihre Stellvertreterin krank gemeldet hat, muss sie als examinierte Kraft den Dienst am Samstagvormittag übernehmen. Und da sie gerade erst von der Spätschicht nach Hause gekommen ist, fällt auch der Freitagabend-Krimi aus; denn sonst schafft sie es nicht, ausgeschlafen und pünktlich den Nachtdienst abzulösen. Ihre Freundinnen sind zwar enttäuscht, finden ihren Einsatz aber total beeindruckend. Allerdings könnten sie sich solch einen Job für sich nicht vorstellen.

Bis heute hält sich die Vorstellung, dass bestimmte Berufe etwas mit Berufung zu tun haben. Der des Arztes, der Krankenschwester, der Altenpflegerin, um nur einige zu nennen. Laut Wikipedia versteht man unter Berufung im religiös-spirituellen Sinn das Vernehmen oder Verspüren einer inneren Stimme, die zu einer bestimmten Lebensaufgabe drängt. Damit verbindet sich für viele Menschen die Vorstellung, dass die jeweilige Person nicht anders kann, als diesen Beruf auszuüben, und sich deshalb auch rund um die Uhr dafür aufopfert. Wenn dem nicht so wäre, hätte sie schließlich einen anderen Beruf erwählt.

Die Idee der Berufung mag auf die eine oder andere Person sogar zutreffen. Florence Nightingale steht Patin für diese Idee der Berufung. Sie berichtet selbst, einen göttlichen Ruf vernommen zu haben. Doch das ist noch lange kein Grund, solche Menschen über die Gebühr zu beanspruchen.

Wir leben in einer Zeit, in der sich Betriebe als familienfördernd zertifizieren lassen. Lebensqualität und Zufriedenheit werden großgeschrieben. Dem gegenüber steht von Seiten der Öffentlichkeit nicht selten die Erwartung, dass Menschen 24 Stunden, rund um die Uhr, professionell begleitet werden und dass Mitarbeiter klaglos einspringen – auch an Wochenenden – wenn Kollegen wegen Krankheit oder Fortbildung ausfallen. Die Folgen sind nicht unbekannt. Viele ausgebildete Pflegekräfte wechseln nach wenigen Jahren das Berufsfeld, der Krankenstand ist erheblich. „Burn out“, „Rücken“ und „Bandscheibe“ sind typische Überlastungsdiagnosen.

Was die Sache aber noch verschärft, sind die Bedingungen, die heute vielfach die Altenhilfe prägen. „Erhalt der Lebensqualität“ ist das erklärte Ziel – für Bewohner wie Mitarbeiter. Dem gegenüber steht die Tatsache, dass die durchschnittliche Verweildauer in diesem meist letzten Zuhause 32 Monate beträgt. Das höchste Sterblichkeitsrisiko für neu auf-

genommene Bewohner liegt im ersten Jahr des Aufenthalts zwischen dem dritten und sechsten Monat. Welchen Grad an seelischer Belastung das für die Mitarbeiter bedeutet, lässt sich unschwer ermessen. Gerade erst haben sie eine tragfähige Beziehung aufgebaut und schon müssen sie wieder Abschied nehmen.

Pflegekräfte sind typischerweise Frauen, die nach ihrem Dienst zuhause oft eine zweite Versorgungsfront bedienen müssen. Sei es, dass sie noch kleinere Kinder haben oder selbst für pflegebedürftige Angehörige zuständig sind. Glaubt man den demografischen Prognosen, wird sich diese Situation noch verschärfen. Erschwerend kommt hinzu, dass unter dem Kostendruck viele der leichteren Tätigkeiten zunehmend von so genannten Alltagsbegleitern übernommen werden. So klagen examinierte Kräfte oft darüber, dass alles, was Wohlfühlen ausmacht, von ihnen nicht mehr geleistet werden kann bzw. darf, da sie immer stärker durch rein pflegerische Tätigkeiten absorbiert werden.

In dieser Situation brauchen die Pflegekräfte viel Begleitung und Entlastung und Rahmenbedingungen, die es ihnen ermöglichen, am „normalen Leben“ teilzunehmen.

Dafür braucht es aber einen breiten gesellschaftlichen Diskurs:

Was erwarten wir für uns von anderen?

**Was sind wir selbst bereit einzubringen –
als Angehörige, aber auch als Pflegebedürftige?**

**Wie kann sich Leben und Wohnen im Alter
anders als bisher gestalten?**

Wie wollen wir das finanzieren?

Und – wie bereiten wir uns selbst auf diesen Lebensabschnitt vor?

Bürokratie statt Dienst am Menschen – Ein Bericht aus der Praxis

Besonders für Laien, aber selbst für Fachleute im pflegerischen Sektor, ist es fast unmöglich, einen vernünftigen Überblick über die in der Pflege relevanten Vorschriften zu erlangen und zu behalten. Diese Schwierigkeit ergibt sich aufgrund der Vielzahl unterschiedlicher Zuständigkeiten wie z. B. EU, Bund, Länder, Kommunen, Krankenkassen, Pflegekassen, Sozialhilfeträger etc. mit unterschiedlichen Interessen. Außerdem erschwert eine Vielzahl an Gesetzen, Verordnungen, Richtlinien und Verträgen, die z. T. widersprüchlich sind, hier den Überblick.

Kooperationspartner wie Ärzte, Pflegeberatung, Apotheken, Optiker, Frisör, Fußpflege, Kommune, Kranken-/Pflegekasse oder Gericht etc. entscheiden ebenso mit wie viele Personen und Ämter (z. B. Bewohner/Patienten, Angehörige, Betreuer, Sozialamt und MDK).

Die Schwierigkeiten werden noch erhöht durch unzählige Gesetze, die in der Pflege und hier insbesondere im stationären Bereich zum Tragen kommen. Hier wirken vor allem die SGB-Gesetze (I – XII), das Heim-, Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz, das Wohn- und Teilhabegesetz, das Landespflegegesetz, das Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst NRW, das Infektionsschutzgesetz, das Medizinproduktegesetz, das Krankenpflege- und Altenpflegegesetz, die Altenpflegeausbildungsverordnung NRW, die Europäische Lebensmittelhygieneverordnung VO EG 852/2004, die Trinkwasserverordnung, die Arbeitsgesetze, das BGB und das Steuergesetz.

Der Gesetzgeber hat darüber hinaus unterschiedliche Kontrollgremien, auch hier vor allem im stationären Bereich, Aufgaben übertragen, die zum Teil mit unterschiedlichen, nicht übereinstimmenden Ansichten je nach Kontrollinstanz durchgeführt werden. Als Prüfungs- und Kontrollorgane dienen hier u. a.

- der MDK, welcher regelmäßig unangekündigt einmal im Jahr oder anlassbezogen erscheint und die Pflegefachlichkeit sowie die Vertragserfüllung prüft;
- die Heimaufsicht kontrolliert ebenfalls regelmäßig unangekündigt einmal im Jahr oder anlassbezogen Selbstbestimmung, Teilhabe, Sicherheit für Leben und Gesundheit sowie den Verbraucherschutz;
- das Gesundheitsamt prüft z. B. Hygiene, Trinkwasser sowie Medikamente.
- das Ordnungsamt kontrolliert, ob die Lebensmittelhygienevorschriften eingehalten werden.

- die Bezirksregierung prüft die vorhandenen Medizinprodukte (z. B. elektrisch betriebene Pflegebetten);
- die Feuerwehr nimmt Begehungen bezüglich der Brandschutzverordnung vor.
- der Zoll prüft u. a. die Bezahlung nach Mindestlohn;
- zukünftig wird eine weitere Prüfung stattfinden, die von der Nationalen Stelle zur Verhütung von Folter durchgeführt wird.

Aus all diesen vorangegangenen Darstellungen ergibt sich eine enorme Verpflichtung zur Dokumentation, zu Prüfungsvorbereitungen und zu vielem anderen, so dass letztlich ein hoher Anteil an Zeitressourcen nicht für den zu Pflegenden aufgebracht werden kann.

Bis zu 30 Prozent der vorhandenen Zeit wird so für Dokumentationen verschiedenster Art aufgewendet. Diese Zeit fehlt für Pflege und Betreuung.

Durch die verschiedensten gesetzlichen Vorgaben und unterschiedlichsten Überprüfungsorgane ergeben sich zahlreiche Widersprüchlichkeiten und Uneindeutigkeiten:

- Die Feuerwehr bemängelt bezüglich der Brandschutzvorschriften teilweise Dekorationsmaterial (z. B. Plastikblumen), das auf der anderen Seite für die Wohnlichkeit der Bewohner spricht.
- Die europäische Lebensmittelhygieneverordnung verbietet z. B. weich gekochte Frühstückseier, was gegen den Bewohnerwunsch spricht, wofür die Heimaufsicht sich wiederum einsetzt.
- Freiheitsentziehende Maßnahmen sprechen gegen den Bewohnerwunsch, sind aber zu dessen Schutz nötig (Abwehr Regressforderungen, Krankenkassen).
- Die Schutzbedürftigkeit im Allgemeinen kann in Kontrast zur Selbstbestimmung der Bewohner stehen.

Die derzeitige Diskussion und Gesetzesinitiative zur Reduzierung der Dokumentation ist unabdingbar, um die Pflege insbesondere im stationären Bereich zukünftig zum Wohl der Bewohner aufrechterhalten zu können.

Bürokratieabbau im Bereich Pflege – Ein Projekt der Bundesregierung

Mark Spindler, Geschäftsstelle Bürokratieabbau, Bundeskanzleramt

Die Vermeidung neuer bürokratischer Hemmnisse und zusätzlicher Belastungen für Bürgerinnen und Bürger, Wirtschaft und Verwaltung ist ein wichtiges Ziel des Regierungsprogramms Bürokratieabbau und bessere Rechtsetzung. Dies gilt ebenso für den Abbau bestehenden Aufwands. Die Suche nach Vereinfachungsmöglichkeiten findet unter anderem über rechtsbereichs- und ebenenübergreifende Projekte statt. Bestandteil dieser Projekte ist i. d. R. die Erfassung des Erfüllungsaufwands¹ durch das Statistische Bundesamt (StBA). Auf dieser Grundlage können besonders kostenintensive Regelungen identifiziert und Vereinfachungsmöglichkeiten entwickelt werden. Durch ein maßgeschneidertes Untersuchungsdesign können die oft komplexen Projektuntersuchungen in konkreten und überschaubaren Politik- und Rechtsbereichen spürbare Vereinfachungen und Entlastungsmöglichkeiten für die Betroffenen aufzeigen.

In einem dieser Projekte wurde ebenenübergreifend der aus Bundesrecht und aus dessen Vollzug durch Länder und Kommunen sowie bei den Sozialversicherungsträgern entstehende Erfüllungsaufwand in der Pflege ermittelt. Im Fokus stand dabei die Frage, wie bestimmte gesetzliche Sozialleistungen schneller, einfacher oder kostengünstiger gewährt werden können, ohne die Standards der Leistungen selbst oder bestehende Vorkehrungen zum Missbrauchsschutz zu verringern. Einbezogen wurde auch die Pflegedokumentation mit ihren verschiedenen Prozessschritten. Am Projekt beteiligten sich Vertreter der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen sowie der privaten Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen, der Ärzte und weiterer Institutionen aus dem Bereich Gesundheitswesen.

Für die Ermittlung des Erfüllungsaufwands bei den „Antragsverfahren auf gesetzliche Leistungen für Menschen, die pflegebedürftig oder chronisch krank sind“ – so die offizielle Projektbezeichnung – wurde in enger Abstimmung mit allen Projektbeteiligten eine exemplarische Lebenslage ausgewählt. Anhand dieser wurden die Verfahren jeweils von der Beantragung bis zum Bescheidversand betrachtet. Es wurden nur Personen einbezogen, die nicht mehr im erwerbstätigen Alter waren (65 Jahre und älter) und erstmalig den Antrag auf Feststellung der Pflegestufe stellten. In die Berechnung des jährlichen Erfüllungsauf-

¹ Nach § 2 Abs. 1 des Gesetzes zur Einsetzung eines Nationalen Normenkontrollrates (NKRK) umfasst der Erfüllungsaufwand den gesamten messbaren Zeitaufwand und die Kosten, die durch die Befolgung einer bundesrechtlichen Vorschrift bei Bürgerinnen und Bürgern, Wirtschaft sowie der öffentlichen Verwaltung entstehen. Ermittelt wird er mit einem pauschalierten Verfahren.

wands ist, soweit ermittelbar, als Fallzahl ausschließlich die Anzahl der Antragstellenden eingegangen, die die oben genannten Kriterien erfüllen. Alle Fallzahlen stellen auf das Jahr 2009 ab.

Damit wurde das Spektrum der möglichen Antragsverfahren und der zuständigen Kostenträger eingegrenzt und eine detaillierte Betrachtung der einzelnen Verfahrensschritte gewährleistet. Gleichzeitig konnten damit rund 84 Prozent aller pflegebedürftigen Menschen berücksichtigt werden.

Zu den Antragsverfahren wurden alle beteiligten Akteure – von Antragstellenden über Antragsbearbeitende bis hin zu Leistungsprüfenden – zu ihren Zeit- und Kostenaufwänden für die einzelnen Verfahrensabschnitte befragt.

Die wesentlichen Ergebnisse sind²:

- Die betrachteten Antragsverfahren verursachen bei den Normadressaten Wirtschaft und Verwaltung insgesamt einen jährlichen Erfüllungsaufwand von rund 450 Millionen Euro. Davon trägt die Verwaltung rund 60 Prozent und die Wirtschaft knapp 40 Prozent. Zur Wirtschaft zählen neben den privaten Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen die Arztpraxen, die Pflegeeinrichtungen, MEDICPROOF und die Sozialdienste in Krankenhäusern. Die gesetzlichen Versicherungen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) sowie die Sozialhilfeträger zählen zum Normadressatenkreis Verwaltung.
- Die Verfahren zur (erstmaligen) Feststellung der Pflegestufe und der Antrag auf Befreiung von gesetzlichen Zuzahlungen verursachen zusammen mehr als die Hälfte des gesamten Erfüllungsaufwands. Hiervon entfällt der größte Teil auf die Verwaltung durch die Bearbeitung der Anträge. Die Wirtschaft wird am stärksten von Anträgen auf Heilmittel belastet.
- Für die betroffenen Bürgerinnen und Bürger liegt der Erfüllungsaufwand je Verfahren zwischen drei Minuten und 435 Minuten. Am zeitaufwändigsten ist die Beantragung von Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch des Sozialgesetzbuchs. Diese weist im Vergleich zu anderen untersuchten Anträgen mit rund 64.000 zugleich eine relativ niedrige Fallzahl aus. Das Antragsverfahren zur Feststellung der Pflegestufe – bestehend im Einzelfall aus Antragstellung, Antragsbearbeitung, Begutachtung und ggf. Widerspruchsverfahren – wurde von den Befragten als sehr zeitaufwändiges Verfahren beschrieben. Die mit Abstand größte Fallzahl hat der Antrag auf Heilmittel, wobei die zeitliche Beanspruchung für die Betroffenen mit 20 Minuten verhältnismäßig gering ist.

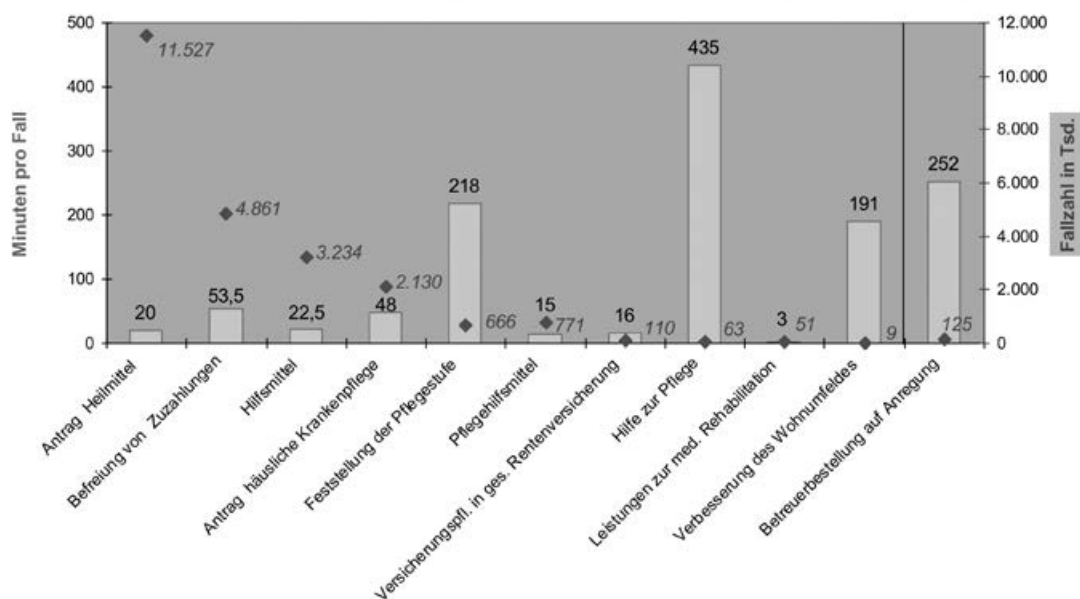
2 Das Projekt wurde bereits im Frühjahr 2013 abgeschlossen und der Projektbericht veröffentlicht: www.bundesregierung.de/buerokratieabbau (Jahres- und Projektberichte).

Ergebnisse im Überblick (Wirtschaft/Verwaltung)

Untersuchte Anträge und Verfahren	Erfüllungsaufwand in Mio. Euro (gerundet)
10 untersuchte Antragsverfahren	449
Feststellung Pflegestufe (Grundantrag)	110
Materielle Unterstützung (3 Anträge)	149
Technische Unterstützung (3 Anträge)	69
Medizinische Unterstützung (3 Anträge)	122
Verfahren zur Bestellung eines rechtlichen Betreuers	0,09
Verfahren der Pflegedokumentation	2.700

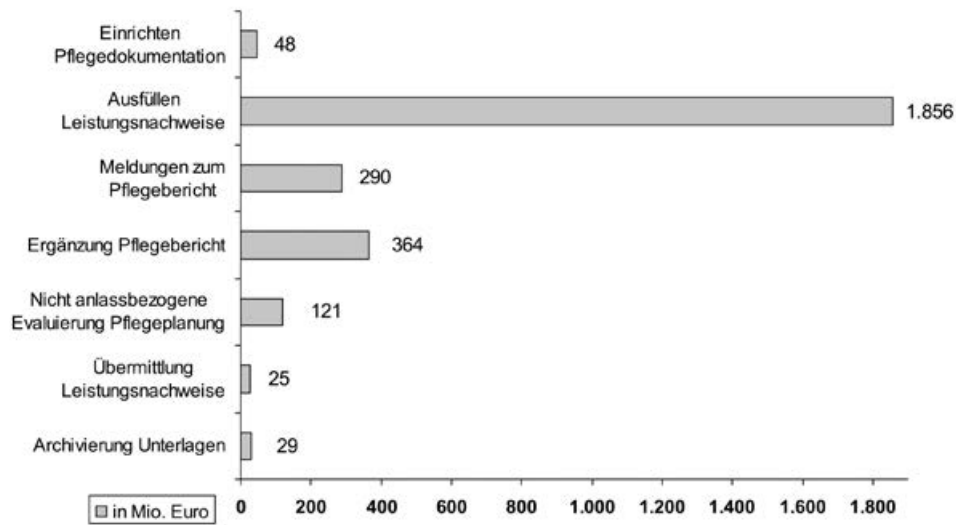
© Statistisches Bundesamt, A3 - Bürokratiekostenmessung

Ergebnisse für die Bürger/innen: Zeiten, Fallzahlen



© Statistisches Bundesamt, A3 - Bürokratiekostenmessung

Ergebnisse zur Pflegedokumentation: 2,7 Mrd. Euro



© Statistisches Bundesamt, A3 - Bürokratiekostenmessung

Zusätzlich zu den betrachteten Antragsverfahren wurde das Verfahren der Pflegedokumentation in die Untersuchung aufgenommen. Der Erfüllungsaufwand der Wirtschaft für alle Pflegedokumentationsschritte wurde mit insgesamt rund 2,7 Milliarden Euro pro Jahr ermittelt. Für die Pflegedokumentation wurden die Zeit- und Kostenaufwände bei Neuaufnahme einer pflegebedürftigen Person und für die darauf folgende Dokumentation des Pflegeprozesses ermittelt.

Die Höhe der Kosten ergibt sich maßgeblich aus der Zahl der einzelnen Nachweise bzw. Arbeitsschritte. Das Ausfüllen der Leistungsnachweise verursacht mit rund 1,9 Milliarden Euro pro Jahr zwei Drittel und damit den größten Teil des Erfüllungsaufwands. Das Ausfüllen eines einzelnen Leistungsnachweises ist zeitlich wenig aufwändig. Jedoch wird ein Nachweis mehrmals täglich und für jede pflegebedürftige Person erstellt. Daraus resultiert ein Zeitaufwand von durchschnittlich neun Minuten pro Tag und Pflegebedürftigem. Jährlich werden 408 Millionen Einzelnachweise erstellt.

Im Rahmen der Erhebung wurden alle Normadressaten nach Vereinfachungs- und Verbesserungsvorschlägen gefragt. Dabei haben sich die

- Gestaltung von Antragsformularen,
- Übermittlungswege von Antragsverfahren, Informationen und Bescheiden sowie
- Transparenz, Aufklärung und Beratung

als zentrale Bereiche herauskristallisiert. Nahezu alle Befragten sahen hier Vereinfachungspotenziale.

Die im Bericht zusammengeführten Erkenntnisse und Vorschläge zeigen, dass erfolgreicher Bürokratieabbau ein Zusammenwirken der verschiedenen staatlichen und privaten Verantwortungsträger verlangt. Durch das Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz (PNG) sind bereits zahlreiche der Vereinfachungs- bzw. Verbesserungsvorschläge, die durch Gesetz geregelt werden können, umgesetzt worden.

Die Einführung einer vereinfachten Pflegedokumentation ist hingegen eine freiwillige unternehmerische Entscheidung. Das im Auftrag des BMG entwickelte vereinfachte Modell einer Pflegedokumentation (sog. „Strukturmodell“³) zeigte in der praktischen Erprobung, dass sich sehr viel bürokratischer Aufwand bei der Pflegedokumentation vermeiden lässt, ohne fachliche Standards zu vernachlässigen, die Qualität zu gefährden oder haftungsrechtliche Risiken aufzuwerfen. Anstelle des seitenlangen Ankreuzens erbrachter Routineleistungen im stationären Bereich werden beim vereinfachten Modell grundsätzlich im Pflegebericht nur Abweichungen von der Routineversorgung hinsichtlich der Grundpflege und Betreuung dokumentiert. Maßnahmen der Behandlungspflege (wie: Verabreichen von Injektionen oder Gabe von Medikamenten) müssen nach wie vor in Form von Einzelleistungsnachweisen, sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich, dokumentiert werden.

Durch die effizientere Dokumentation gewinnen Pflegekräfte wieder mehr Zeit für ihre eigentlichen Pflegeaufgaben. Außerdem werden die Pflegebedürftigen wieder stärker in den Mittelpunkt der Dokumentation gerückt. Der Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung unterstützt deshalb seit Frühjahr 2015 die Träger von Pflegeeinrichtungen mit Schulungen und Beratung dabei, die vereinfachte Pflegedokumentation flächendeckend in Deutschland einzuführen. Er stellt weiterhin eine enge Abstimmung mit den verantwortlichen Kosten- und Einrichtungsträgern sowie mit den Bundesländern und Medizinischen Diensten der Krankenversicherungen sicher, damit ein nachhaltiges Umdenken bei der Dokumentation in Pflegeeinrichtungen möglich gemacht wird. Mit einem Beschluss der Organe der Selbstverwaltung in der Pflege vom Juli 2014 liegen die Voraussetzungen für die flächendeckende Umsetzung einer vereinfachten Pflegedokumentation vor. Es bleibt zu hoffen, dass davon rege Gebrauch gemacht wird, um den ermittelten Erfüllungsaufwand von rund 2,7 Milliarden Euro pro Jahr allein für die Pflegedokumentation für alle Beteiligten spürbar zu reduzieren.

3 Vgl. Abschlussbericht des Projektes „Praktische Anwendung des Strukturmodells – Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation in der ambulanten und stationären Langzeitpflege“.

Solidarität in der Pflege

Das System Pflegeversicherung – Absicherung gegen ein Lebensrisiko

*Dr. Steffen J. Roth, Geschäftsführer des Instituts für Wirtschaftspolitik
an der Universität zu Köln*

Es ist wichtig zu betonen, dass hilfebedürftige ältere Menschen nicht erst seit der Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung (GPV) 1995 die notwendige Pflege und Betreuung erhalten. Neu war 1995 nur die zwangsweise Versicherung eines Teils der finanziellen Belastungen, denen man als Pflegebedürftiger oder Angehöriger eines pflegebedürftigen Menschen ausgesetzt ist. Schon vor Einführung der GPV in Deutschland blieb keinem Pflegebedürftigen die Pflege selbst verweigert. Die gesetzliche Pflegeversicherung deckte von vornherein und planmäßig keineswegs die tatsächlich im Pflegefall zu erwartenden Kosten, sondern wurde nach dem Teilkaskoprinzip organisiert. Bis heute deckt die GPV nur etwa die Hälfte der anfallenden Kosten.

Seit der Einführung der GPV werden beständig Versuche unternommen, die Pflegeversicherung zu verbessern. So gewährte beispielsweise zuletzt 2013 ein unter Gesundheitsminister Bahr eingeführtes Gesetz immerhin geringe Leistungen an demenziell erkrankte Pflegebedürftige durch Einführung einer Pflegestufe 0 und die Aufstockung der Leistungen in den Pflegestufen I und II in der häuslichen Pflege. Durch Einführung des so genannten „Pflege-Bahr“ versuchte man, die finanziellen Anreize zum Abschluss einer ergänzenden privaten Zusatzversicherung zu stärken. Auch auf der Seite der Leistungserbringung verändern sich die Rahmenbedingungen: Inzwischen gibt es ein großes Angebot ambulanter Hilfsdienste, die Eingruppierung der Pflegebedürftigen durch den medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) und damit die Entscheidung über Leistungsansprüche funk-

tioniert überwiegend gut und es existiert ein Netz von „Regionalen Pflegestützpunkten“, die Betroffene rund um alle erdenklichen Schwierigkeiten bei Pflegebedürftigkeit beraten. Dennoch kann nicht geleugnet werden, dass die grundlegenden Probleme bislang nicht zufriedenstellend gelöst werden konnten. Erstens setzt die bereits vor Einführung der GPV hinlänglich bekannte demografische Entwicklung das System finanziell unter Druck, die Finanzierung der GPV war nie nachhaltig: Konstante Beiträge sind in Anbetracht der alternden Bevölkerung schon bei real konstanten Preisen und bei konstanter Leistung nicht zu halten. Tatsächlich muss zweitens im Pflegebereich aber zusätzlich aufgrund der hohen Personalintensität auch bei gleichbleibender Leistung mit steigenden Kosten gerechnet werden. Verschärfend kommt drittens hinzu, dass weitgehende Einigkeit darüber besteht, dass die Leistungen ausgedehnt werden müssen. Experten mahnen seit Jahren insbesondere die systematische Einbeziehung von demenziell erkrankten Pflegebedürftigen (Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz) an.

Die lohnabhängigen Beiträge zur gesetzlichen Pflegeversicherung reduzieren die Attraktivität sozialversicherungspflichtiger Beschäftigungsverhältnisse, ohne zu einer nach sinnvollen Maßstäben „sozialen“ Verteilung der Lasten beizutragen. Schließlich bleiben sowohl bei der Beitragsgestaltung als auch bei der Leistungsgewährung Ersparnisse, Vermögen, Erbschaften und auch laufende Einkommen aus anderen Quellen unberücksichtigt. Beitragssatzsteigerungen im aktuellen System sind also abzulehnen. In der öffentlichen Debatte und leider auch in den politischen Entscheidungszirkeln dominiert aber ein logischer Fehlschluss: Vielen Menschen erscheint es offenbar eingängig zu fordern, dass die Beiträge zur GPV steigen müssen, wenn man umgekehrt keinen Weg sieht, den Trend der Kostensteigerung in der Pflege zu brechen. Tatsächlich ist dies mitnichten zwingend. Schließlich war und ist die GPV eben keine Vollkaskoversicherung. Pflegebedürftigen könnte, ähnlich wie vor Einführung der GPV, natürlich auch dann die notwendige und erwünschte Pflege und Betreuung zukommen, wenn die GPV nicht ausgedehnt würde. Steigende Pflegekosten würden dann automatisch den Anteil der privat zu tragenden Pflegeleistungen erhöhen. Dies würde dazu führen, dass die Attraktivität privater Vorsorge zunehmen würde, ohne dass dies durch Subventionen begünstigt werden müsste. Zugleich würden größere Anteile der Ersparnisse pflegebedürftiger Menschen in die eigene Pflegefinanzierung fließen und weniger zur Vererbung übrig lassen. Nur wo keine ausreichenden Mittel vorhanden sind, müsste schließlich die Gesellschaft durch die nachrangige Hilfe zur Pflege einspringen, wie es im Rahmen der sozialen Mindestsicherung auch angemessen wäre.

Die Politik geht allerdings den entgegengesetzten Weg: Tatsächlich hat die große Koalition großzügig eine enorme Steigerung der Beitragssätze und Leistungsausweitungen beschlossen. Die Anhebung um 0,5 Prozentpunkte klingt zwar gering, es geht dabei aber um immerhin rund 5 Milliarden Euro jährlich und es entspricht der stolzen Ausweitung der Beitragseinnahmen um etwa ein Viertel. Damit lassen sich bequem alle möglichen Wohltaten ankündigen. Nur geschieht dies natürlich zulasten sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung, zulasten zukünftiger Generationen und entgegen jeglicher sozialpolitisch sinnvollen Verteilungspolitik.

Solidarität zwischen den Sozialversicherungssystemen

Die Verlängerung der Lebenszeit und der daraus folgende demografische Wandel bedürfen einer Optimierung der Versorgung der pflegebedürftigen Menschen. Angesichts dieses Wandels rückt die pflegerische Langzeitversorgung in den Fokus. Diese soll bedarfs- und bedürfnisgerecht ausreichende stationäre, teilstationäre und ambulante Pflegeangebote gewährleisten. Bei dem Ausbau an Pflegeangeboten spielt die Frage der Autonomie und der Teilhabe der Pflegebedürftigen eine immer wichtigere Rolle. Gleichzeitig steigt ihre Zahl: Während im Vergleich der Jahre von 1999 bis 2011 bei der vollstationären Pflege mit 30,5 Prozent ein überdurchschnittlicher Anstieg zu verzeichnen ist, stieg die Zahl der Pflegebedürftigen, die zu Hause versorgt werden, im selben Zeitraum um rund 22 Prozent. Gleichzeitig versorgten die ambulanten Dienste rund 38,8 Prozent mehr Pflegebedürftige, hierbei stieg deren Zahl von durchschnittlich 38,4 in 1999 auf 46,7 Pflegebedürftige im Jahr 2011⁴.

Um der Versorgung bei Pflegebedürftigkeit im Alter gerecht zu werden, müssen daher folgende Prioritäten gesetzt werden:

Zur Vermeidung bzw. Verzögerung der Pflegebedürftigkeit im Alter bedarf es eines Aufbaus einer altersspezifischen Prävention und Gesundheitsförderung

Prävention und Gesundheitsförderung können auch im hohen Alter Gesundheit und Lebensqualität verbessern. Allerdings richten sich die Präventionsangebote vor allem an junge Menschen. Dem Nutzen von Prävention auch im hohen Alter zur Steigerung der Mobilität und Gesundheitskompetenz sowie von Maßnahmen zur Ernährung und zur Gesundheitskompetenz kommen zwar hohe Bedeutung zu, sie finden aber zu selten Eingang in die Pflege. Die Verbesserung der Infrastruktur bei der Versorgung Pflegebedürftiger im Alter erfordert hinreichende Kapazitäten für eine bedarfsgerechte Versorgung. Allerdings kann der bloße Ausbau der Infrastruktur diesem Anspruch nicht alleine gerecht werden. Das zeigt sich deutlich an der Präferenz der Menschen hinsichtlich einer ambulanten bzw. häuslichen Pflege: Die steigende Zahl derjenigen, die im häuslichen Umfeld betreut werden wollen, weil sie im eigenen Zuhause die größtmögliche Lebensqualität erwarten, erfordert daher eine Stärkung der Angebote rund um das Zuhause unter Einbeziehung der Prävention.

4 Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2014, Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche, 207, 210.

Schnittstellen zwischen Pflege- und Krankenversicherung im Rahmen der Integrierten Versorgung überwinden

Angesichts zunehmender Multimorbidität, oft mit der Folge von Gesundheitseinschränkungen, ist für die Lebensqualität der Pflegebedürftigen ein Miteinander von Pflege und ambulanter ärztlicher, insbesondere hausärztlicher Versorgung unabdingbar. Denn gerade diese Schnittstellen bedingen Ineffizienzen und Qualitätsverluste. Je höher die Schwere und Komplexität der Problem- und Bedarfslagen der Pflegebedürftigen sind, desto aufwändiger und komplexer ist die Koordination und Kooperation der pflegerischen und ärztlichen Versorgung. Ohne eine strukturierte Schnittstellengestaltung und Integration von pflegerischer und ärztlicher Versorgung, ohne die gezielte Weiterentwicklungen und die Etablierung zukunftsweisender Konzepte für eine integrierte und stärker koordinierte Versorgung, ist die Qualität und Effizienz der Gesundheitsversorgung Pflegebedürftiger mit einem großen Risikopotenzial behaftet.

Dass bereits heute aufgrund dieser Schnittstellen Versorgungsdefizite bestehen, belegt u.a. die Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen SÄVIP mit den Ergebnissen, dass Frauen-, Augen- und HNO-Ärzte in 782 untersuchten Heimen fast völlig fehlten. Gerade für Demenzerkrankte zeigte diese Studie alarmierende Ergebnisse: So wurden nur 30 Prozent der Heimbewohner von Neurologen oder Psychiatern betreut, obwohl 53 Prozent an Demenz erkrankt waren. Diese Unterversorgung ist umso gravierender, da Heimbewohner wegen ihrer Immobilität auf Hausbesuche angewiesen sind.

Sowohl in der gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V) als auch im Gesetz zur Sozialen Pflegeversicherung (SGB XI) findet sich daher die Verpflichtung zur Vermeidung von Schnittstellenproblemen durch Integrierte Versorgungsangebote zur Verbesserung der Versorgungskontinuität. Diese auch an der Schnittstelle zwischen ärztlicher und pflegerischer Versorgung zu stärken, ist eine multiprofessionelle Aufgabe, die unterschiedliche Aufgabenschwerpunkte bei den beteiligten Gesundheitsprofessionen setzt. Hierbei haben insbesondere die Hausärzte die Aufgabe, bei der kontinuierlichen medizinischen Behandlung der Pflegebedürftigen deren Weiterbehandlung von Patienten mit umfangreichen Versorgungserfordernissen in Zusammenarbeit von Leistungserbringern sowohl im ambulanten wie stationären Bereich, zwischen Haus- und Fachärzten und in Zusammenarbeit mit den Pflegeeinrichtungen und Pflegediensten zu koordinieren.

Nicht ohne Grund hat der WHO-Bericht vom 14. Oktober 2008 mit dem Titel „Primary health care: now more than ever“ die Notwendigkeit einer starken Primärversorgung u. a. auch mit den zunehmenden Herausforderungen durch eine alternde Bevölkerung und die Zunahme chronischer Erkrankungen begründet. Statt eines „Business as usual“ fordert die WHO alle Staaten, auch die Industrieländer, dringend auf, den bestehenden Gesundheitssystemen eine stärkere Prägung zur Primary Health Care-Orientierung (PHC) zu geben. Um der zunehmenden Fragmentisierung entgegen zu wirken, sei Primary Health Care ein wichtiger Schlüssel um eine gute, kosteneffektive und (verteilungs)gerechte Versorgung bereit zu stellen. Für das deutsche Gesundheitswesen hat der Gesetzgeber diesen Weg

zur Stärkung der primärärztlichen Behandlung durch die Etablierung der verpflichtenden hausarztzentrierten Versorgung seit 2009 beschritten.

Die Ergebnisse dieser Verträge zeigen, dass solche Selektivverträge die richtigen Anreize setzen, um Versorgungsprobleme gerade bei älteren multimorbiden Patienten zu beheben und dem Hausarzt die zentrale Funktion des Koordinators sowohl inter- also auch intrasektoral zu geben.

Versorgungskontinuität bei Pflegebedürftigen erfordert Kooperation zwischen den Gesundheitsprofessionen der Kranken- und Pflegeversicherung

Versorgungskontinuität bei Pflegebedürftigen geht mit einem besonders hohen Koordinationsaufwand und Informationsbedarf zwischen mit- bzw. weiterbehandelnden Gesundheitsprofessionen und Sozialversicherungssystemen einher. Daher gilt hier im besonderen Maße das Postulat einer integrierten Versorgung zur Überwindung dieser Schnittstellen. Die integrierte Versorgung an den Schnittstellen muss durch stationäre und ambulante Versorgung im Sinne eines Miteinanders aufgebaut werden. So kann die Lebensqualität pflegebedürftiger Menschen durch die Vernetzung mit Hausärzten, Fachärzten Therapeuten und Gesundheitshandwerke sowie einer ambulanten bzw. stationären Pflegeeinrichtung verbessert werden. Für solche Modelle bietet die hausarztzentrierte Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung den entscheidenden Anknüpfungspunkt: Pflegebedürftige sind in besonderem Maße auf die kontinuierliche ganzheitliche Betrachtung des Krankheitsgeschehens und des jeweiligen Umfeldes angewiesen – diese Aufgabe kommt – dies zeigt nicht zuletzt der WHO-Bericht von 2009 – insbesondere dem Hausarzt als Koordinator einer lebenslangen Begleitung chronisch kranker Patienten zu.

Entscheidend ist hier der Wandel von der Akutmedizin hin zu den Erfordernissen einer gemeinsam mit dem Patienten durchdachten und geplanten Betreuung nicht nur chronisch erkrankter Pflegebedürftiger. Denn gerade die zunehmende Komplexität der Multimorbidität macht eine Prioritätensetzung und Planung von Betreuungskonzepten chronischer Erkrankungen notwendig.

Hierbei kommt dem Ausbau der Informationstechnologien entscheidende Bedeutung zu: Sektorenübergreifende Informationsverfügbarkeit durch Dokumentenaustausch auf Basis von Dokumentenstandards, z.B. zur Befundweitergabe und Verordnungsinformationen, elektronische Arztbriefe und Patientenakten unter Berücksichtigung der datenschutzrechtlichen Sicherheitsstandards, sind notwendige Meilensteine für die Versorgungskontinuität.

Gemeinsame Versorgungsziele zur zielgerichteten Verzahnung erforderlich

Für die künftigen Herausforderungen an die Versorgung Pflegebedürftiger ist die Umsetzung verschiedener Ziele in integrierten Versorgungskonzepten unter Einbeziehung insbesondere der Hausärzte erforderlich: Steigerung der Lebensqualität, Verhinderung oder Hinauszögerung des Zeitpunktes der Pflegebedürftigkeit oder deren Verschlimmerung, zeitnaher Informationsaustausch aller an der Behandlung Beteiligten, Koordinierte Pflegeberatung auch von Angehörigen.

Ziel sollte sein, die Qualität und Effizienz der Gesundheitsversorgung der pflegebedürftigen Patienten durch eine enge Abstimmung zwischen Hausärzten und Pflegeeinrichtungen auf regionaler Ebene zu verbessern. So sollte die Kooperation u.a. die Gewährleistung eines hausärztlichen Bereitschaftsdienstes, ein vorausplanendes Krisenmanagement, die von Pflege und Ärzten gemeinsam gewährleistete Abstimmung von Besuchszeiten und Erreichbarkeit sowie die Überwachung des Therapieverlaufs beinhalten.

Fallkonferenzen sowie fachübergreifende Fortbildungsmaßnahmen zu den wichtigsten Krankheiten, deren Verlauf und Komplikationen sind sinnvolle Ergänzungen. Die wiederkehrende Prüfung von individuell festgelegten Zielwerten, zusammen mit Patienten und Angehörigen, auch vor dem Hintergrund möglicherweise vorliegender bio-psychosozialer Hindernisgründe, ist ein wichtiger Bestandteil einer solchen Versorgungslandschaft Pflege.

Konkrete Versorgungsziele können hierbei sein:

- Steigerung der Lebensqualität: Berücksichtigung der individuellen Möglichkeiten und der Lebensziele des Patienten,
- die Verhinderung oder das Hinauszögen des Zeitpunkts der Pflegebedürftigkeit oder deren Verschlimmerung,
- Vermeidung nicht notwendiger Transporte von Pflegebedürftigen zu ambulanten/stationären Behandlungen,
- zielgerichteter zeitnaher Informationsaustausch aller an der Behandlung Beteiligten,
- die Unterstützung der hausärztlichen Versorgung auch durch Delegation von Leistungen an Pflegeeinrichtungen,
- die Vermeidung von nicht erforderlichen Krankenhausaufenthalten und nicht notwendiger Polypharmazie, Ausbau des Medikamentenmanagements, die koordinierte Pflegeberatung auch von pflegenden Angehörigen, Verbesserung des Zeitmanagements von Ärzten und Pflegekräften sowie die Beachtung abgestimmter Handlungsleitlinien im Einzelfall.
- Hierbei ist ein besonderer Fokus auf die Einbindung und Unterstützung der pflegenden Angehörigen zu legen, um die Unterstützungs- und Pflegepotentiale von Familien zu fördern.

Potenziale im solidarischen System heben durch mehr unternehmerisches Denken und Handeln

Wie lassen sich begrenzte Ressourcen besser nutzen, so dass Solidarität weiter finanzierbar ist, ohne die Solidargemeinschaft übermäßig zu beanspruchen? Eine Antwort auf diese Frage kann der Blick auf die unternehmerischen „Hebel“ geben.

Am Anfang jeder Neuordnung und Fortentwicklung der Organisation von Unternehmen, wie hier von Pflegeheimen, steht die Bestandsaufnahme von Leistungen und Kosten. Auf dieser Grundlage sind langfristige und operationale Ziele mit den Mitarbeitern zu vereinbaren. Im Pflegebereich sind dies, insbesondere eine hohe Qualität der Pflege und der Betreuung der Bewohner, große Zufriedenheit der Mitarbeiter, ausgeprägte Identifizierung mit dem Heim und den jeweiligen Aufgaben und dauerhafte Profitabilität.

Zur qualifizierten jährigen und unterjährigen Steuerung der Häuser dienen interne und externe Betriebsvergleiche.

- Für den internen Betriebsvergleich sind vergleichbare Wohngruppen nach Arbeitsaufwand und Personalbesetzung zu organisieren. Der Betriebsvergleich umfasst insgesamt und je Wohngruppe den jährlichen tiefgestaffelten Personal- und Sachaufwand.
- Der externe Betriebsvergleich ist mit den Besten der Branche zu führen, und zwar über Qualität, Zufriedenheit und Rentabilität mit zwei oder drei Heimen. Für seine Auswertung und darüber hinaus für den Austausch über die wesentlichen Erfolgsfaktoren und die geplanten Innovationen werden halbjährliche Sitzungen mit den Verantwortlichen der jeweiligen Häuser empfohlen.

Der interne und externe Betriebsvergleich sind wesentliche Grundlagen für die Finanzplanung, der Erfahrungsaustausch für die sogenannten weichen Erfolgsfaktoren, wie Qualität der Pflege und Zufriedenheit der Mitarbeiter.

Zu den Instrumenten erfolgreicher Organisation und Führung zählen Kompetenzen für alle Führungskräfte, also auch für die Wohngruppenleiter. Das heißt, 95 Prozent aller Sachvorgänge sollen vor Ort entschieden werden. Die Übereinstimmung von Kompetenz, Auf-

gaben und Verantwortung wird vorausgesetzt. Qualität, Zufriedenheit und Profitabilität können nur mit hochmotiviertem und qualifiziertem Personal erreicht werden. Dieses lässt sich gewinnen durch besten Ruf des Hauses nach innen und nach außen, durch überdurchschnittliche Besoldung und nicht zuletzt aus der eigenen Ausbildung (über Bedarf ausbilden, nur die Besten übernehmen). Es gilt der Erfahrungssatz, dass bei 10 Prozent überdurchschnittlicher Besoldung (in Verbindung mit guter Führung) eine um 20 Prozent höhere Arbeitsproduktivität erreicht wird.

Aus der Analyse von Pflegehäusern und darüber hinaus aus Gesprächen mit Heimleitern und Pflegern kann man den Eindruck gewinnen, dass wirklich qualifizierte Personalführung kaum stattfindet. Hier ist mit höchster Priorität anzusetzen. Denn was erreichen qualifizierte Führungspersönlichkeiten? Sie schaffen eine hohe Profitabilität, geringe Fehlzeiten und niedrige Fluktuation. Bedenke, jeder Personalwechsel bringt Unruhe in den Betrieb und verursacht Mehrkosten.

Abschließend ein Blick auf die Ergebnisse aus Organisationsanalysen mit dem Schwerpunkt Sachaufwand: Eine effiziente Maßnahme ist neben einer Absenkung der Sachkosten um 20 Prozent, vor allem die Entlastung der Mitarbeiter im Verwaltungsbereich durch Bürokratieabbau. Eine Kostensenkung ist auch durch Rücknahme von Outsourcing, Leasing und Personalleihe möglich.

Für die Teilnehmer des Hauses ist die Projektarbeit ein Workshop über Organisationsentwicklung an den eigenen Aufgaben – Mitarbeiter lernen Unternehmertum.

Auch hier gilt der Erfahrungssatz, dass unternehmerische Betriebsführung und soziale Mitarbeiterführung zusammen gehören. Nur wer gleichermaßen unternehmerisch und sozial handelt, hat langfristig Erfolg.

Subsidiarität und Eigenverantwortung in der Pflege

Eigenverantwortung für Individuen

In einer Zeit, in der Menschen gewohnt sind, dass Gesundheitsleistungen von einer dritten Instanz komplett erstattet werden und „Andere“ für die Pflege zur Verfügung stehen, ist das Prinzip der selbstverantworteten Vorsorge im Eigen- wie Solidarinteresse etwas aus dem Blick geraten.

Der Gesetzgeber geht davon aus, dass der Erhalt der eigenen Gesundheit, und damit jede Prävention, im Interesse eines jeden einzelnen Bürgers liegt. Dazu gehören sowohl Gestaltung des individuellen Lebensstils als auch Ernährungsgewohnheiten, sportliche Betätigung, Vermeidung von Genussmitteln und vieles mehr. Erst wenn jemand erkrankt, durch welche Umstände auch immer, wird die Solidargemeinschaft über die Kostenträger aktiv und unterstützt durch Erstattung der Krankenhaus-, Arzt- und Apothekerkosten etc. den Genesungsprozess. Damit ist die gesetzliche Krankenversicherung letztlich eine Vollkaskoversicherung. Im Unterschied zu anderen Versicherungsformen kann diese Versicherung allerdings im Schadensfall, hier bei einer Erkrankung nicht einseitig gekündigt werden.

Verglichen mit der Krankenversicherung ist die Pflegeversicherung eine Teilkaskoversicherung, die durch Eigenleistungen der Betroffenen bzw. deren Angehörigen ergänzt wird. Wie stark dabei das Engagement jedes Einzelnen ist – und das nicht erst im „Schadensfall“ – hängt von den Umständen ab. Das kann die Übernahme der häuslichen Pflege

durch die Familie sein, das kann aber auch den Wechsel in eine Senioren-WG bedeuten, die sich untereinander unterstützt und versorgt.

Viele Menschen tun sich schwer, sich rechtzeitig auf ihren Lebensabend vorzubereiten. Entscheidungen über Wohnformen und Wohnort werden gerne bis zum letzten Moment hinausgezögert. Auch die Frage, wer mit wem die letzten Jahre verbringen wird, ist eher von der Erwartung geprägt: „Wenn nichts mehr geht, kann ich immer noch...“. Das erinnert an die Bitte: „Lass diesen Kelch möglichst an mir vorüber ziehen.“

Nicht erst heute lebt die nachwachsende Generation nicht mehr am selben Ort wie die Elterngeneration. Damit entfällt meist auch schon das ungeschriebene Versorgungsgesetz, dass Kinder für ihre Eltern zeitnah zur Verfügung stehen. Die Demografie tut ihr übriges. Die „späte Elternschaft“ führt zunehmend dazu, dass Familien noch zu versorgende Kinder haben während die eigenen Eltern schon zur Pflege und Betreuung anstehen.

Es ist eine große Aufgabe – nicht erst für die kommenden Generationen – sich dieser Herausforderung anzunehmen und aktiv das eigene Alter vorzubereiten. Das ist nicht immer einfach, verlangt es doch Klarheit, Flexibilität und Zugeständnisse.

Den Generationsvertrag neu formulieren – Herausforderungen für die Familien

Angeblich war früher alles besser. Alt und Jung blieben zusammen. Alt hütete Enkel, während Jung seinen Aufgaben nachging. Wer jemals den Alten zugehört hat, wird wissen, dass diese so gepriesene Zeit auch nicht ohne Konflikte war und die Milieubeschreibung nur für einen Teil der Gesellschaft zutraf. Wer zum Beispiel im ausgehenden 19. Jahrhundert im Ruhrgebiet oder an anderen Industriestandorten lebte, sah Familien, die ums Überleben kämpften, mit Kinderarbeit, Säuglings- und Müttersterblichkeit und einer relativ kurzen Lebenserwartung. Da traten Fragen wie jahrelange Pflege der Eltern erst gar nicht auf oder in den Hintergrund.

Heute erleben viele Menschen bei guter Gesundheit ein hohes Lebensalter. Selbst wenn sie pflege- und unterstützungsbedürftig werden, sind ihnen in der Regel noch viele Jahre beschieden. Das hat es vorher bei keiner Generation gegeben. Dieses Geschenk des langen Lebens ist aber gleichzeitig eine Herausforderung für die nachfolgenden Generationen. Sie stehen im Stand by, um, wenn die Pflegeversicherung nicht reicht, in die Bresche zu springen und pflegerische Tätigkeiten zu übernehmen, finanzielle Unterstützung zu leisten oder sich ehrenamtlich zu engagieren.

Die Familien sind aktuell der größte Pflegeanbieter in Deutschland. Das wird aber nicht so bleiben. Nicht nur, weil die Bevölkerungspyramide auf dem Kopf steht. Immer mehr Menschen bleiben kinderlos. Da ist keine nachfolgende Generation vorhanden, auf der sie sich abstützen könnten. Doch selbst, wenn Kinder da sind, ist die familiäre Situation nicht immer dazu geeignet, sich der älteren Familienmitglieder anzunehmen. Abwesenheiten von der Familie durch Arbeitsplätze in größerer Entfernung zum Wohnort, lange An- und Abfahrten zur Arbeit, Suche nach Betreuungsplätzen für den eigenen Nachwuchs, die Notwendigkeit, dass beide Elternteile arbeiten etc. prägen heute zunehmend das Familienleben. Weitere Herausforderungen: Alleinerziehende Mütter, die sich neben Beruf und Kindern um die Eltern kümmern sollen, lange Wege zu Ämtern und Versorgungsinstitutionen wie Arztpraxen und Krankenhäusern im ländlichen Raum gepaart mit langen Wartezeiten etc.

Aber auch die Wohnraumsituation ist in den meisten Fällen nicht darauf ausgerichtet, mit mehreren Generationen unter einem Dach zu leben. Hinzu kommt, dass das auch nicht geübt ist. Mit anderen Worten, der so genannte Generationenvertrag muss neu formuliert werden. Vielleicht ist dies die Lösung: Weg vom inter-generativen hin zum intra-generativen Vertrag, in dessen Rahmen sich „fittere alte Menschen“ der weniger fitten annehmen. Eines ist aber jetzt schon deutlich: So, wie wir es gewohnt sind, wird es zukünftig nicht mehr funktionieren.

Pflege und Beruf – Zeit zu handeln für Unternehmer

*Christiane Flüter-Hoffmann, Senior Researcher und Projektleiterin Betriebliche Personalpolitik,
Institut der deutschen Wirtschaft Köln*

In vielen Unternehmen ist das Thema „Pflege und Beruf“ bereits angekommen – kein Wunder, pflegen doch heute schon 1,2 Millionen Menschen als „informelle Hauptpflegepersonen“ ihre Angehörigen. Manche Unternehmen widmen diesem Thema schon mehr Aufmerksamkeit als der Kinderbetreuung. Denn sie wissen: Wenn sie heute Strukturen und Angebote schaffen, unterstützen sie damit morgen ihre Beschäftigten, die plötzlich mit dieser Situation konfrontiert sind.

Im Dezember 2013 gab es in Deutschland 2,63 Millionen Pflegebedürftige nach dem Pflegeversicherungsgesetz. Bis 2050 geht das Statistische Bundesamt von einer Verdopplung aus. Dies birgt ein großes Risiko für die Pflegeversicherung: Bereits im Jahr 2030 würden die Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung ihre Beitragseinnahmen selbst unter optimistischen Annahmen um 1,7 Milliarden Euro übersteigen, so eine aktuelle Studie des Instituts der deutschen Wirtschaft Köln.

Das Pflegerisiko betrifft aber auch Unternehmen als Arbeitgeber: Denn knapp die Hälfte der Pflegebedürftigen wird zu Hause ausschließlich durch Angehörige gepflegt (siehe Grafik 1 auf Seite 33). Insofern ist die Pflege nicht nur ein persönliches Schicksal der betroffenen Personen und ihrer Familien, sondern auch die Unternehmen leiden darunter: Angesichts der demografischen Entwicklung benötigen die Firmen ihre Mitarbeiter, denn immer mehr Fachkräfteengpässe treten in den verschiedenen Branchen auf. Aber solange Staat und Pflegebranche keine finanzierbaren Angebote für stationäre oder häusliche Pflege unterbreiten können, werden weiterhin zahlreiche Erwerbstätige ihre Angehörigen als informelle Hauptpflegepersonen selbst pflegen und dadurch nur eingeschränkt oder vorübergehend gar nicht dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen können. Dass dies vor allem Frauen sind, ist besonders fatal, denn einerseits will und kann die Wirtschaft aufgrund ihrer sehr guten Qualifikation nicht mehr auf diese Frauen verzichten. Andererseits haben sie bereits durch die Kinderbetreuung und Hausarbeit mindestens eine Doppelaufgabe, wenn sie gleichzeitig erwerbstätig sind. Ihre Erwerbsbiografie ist ohnehin über weite Strecken von Teilzeitarbeit und Erwerbsunterbrechungen geprägt. Und die Pflege schafft eine neuerliche Belastung, die manche Frauen wieder (nach der Kinderphase) vorübergehend vollständig vom Arbeitsmarkt fernhält und später in Teilzeit einsteigen lässt – mit den bekannten Negativ-Folgen für den Gender Pay Gap (Verdienstabstand zwischen Frauen

und Männern: unbereinigt 22 Prozent, bereinigt 7 Prozent und dem Gender Pension Gap (prozentuale Differenz zwischen dem Renteneinkommen von Frauen und Männern: in Deutschland bezogen Frauen im Jahr 2010 durchschnittlich um 44 Prozent geringere eigene Alterssicherungseinkommen als Männer).

Nach einer Allensbach-Studie pflegt heute schon jeder zehnte Bundesbürger und jeder zehnte Bundesbürger im Alter von 45 bis 59 Jahren einen Angehörigen, darunter 73 Prozent Frauen und 27 Prozent Männer. Und 30 Prozent dieser Altersgruppe rechnen damit, dass in den nächsten fünf Jahren ein weiteres Familienmitglied pflegebedürftig wird. Die Brisanz des Themas nimmt gerade bei den Erwerbstätigen zu. Eine aktuelle Studie des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung in Berlin (DIW) konnte nachweisen, dass der Anteil der Erwerbstätigen an allen informell Pflegenden unter 65 Jahren von knapp 53 Prozent im Jahr 2001 auf fast 66 Prozent im Jahr 2012 angestiegen ist.

Da erscheint es nur logisch, dass die Unternehmen inzwischen eine Vielzahl von Maßnahmen bieten, um ihre Beschäftigten bei der Pflege ihrer Angehörigen zu unterstützen und ihnen so eine Weiterbeschäftigung zu ermöglichen: Neben der Information und Beratung in persönlichen Gesprächen, Workshops, Flyern und Intranet bieten die Betriebe vor allem flexible Arbeitszeitmodelle, Freistellungen und die Vermittlung von Kurzzeitpflege an (siehe Grafik auf Seite 33).

Mitarbeiter, die nicht nur die Pflege ihrer Angehörigen organisieren, sondern selbst die pflegerische Arbeit übernehmen möchten, nehmen in der Regel eine Auszeit – sei es ein Sabbatical, unbezahlten Urlaub oder Familienpflegezeit. Dabei wird die Arbeitszeit der Beschäftigten für maximal zwei Jahre beispielsweise um die Hälfte reduziert, ohne dass das Gehalt im gleichen Umfang sinkt. Sie erhalten 75 Prozent der letzten Bezüge. Im Anschluss an die Pflegephase arbeiten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter trotz Anhebung der Arbeitszeit mit dem reduzierten Gehalt so lange weiter, bis das Zeitkonto wieder ausgeglichen ist. 27 Prozent der Unternehmen berichteten im Unternehmensmonitor Familienfreundlichkeit 2012 darüber, dass ihre pflegenden Mitarbeiter eine solche Familienpflegezeit beantragt und genommen hätten.

LITERATUR:

Christiane Flüter-Hoffmann / Jochen Pimpertz / Holger Schäfer: Pflege in Deutschland – Eine Megaaufgabe für alle, Thema Wirtschaft Nr. 131, Köln 2012.

Johannes Geyer / Erika Schulz: Who cares? Die Bedeutung der informellen Pflege durch Erwerbstätige in Deutschland. In: DIW-Wochenbericht 14/2014, 294–301.

Susanna Kochskämper / Jochen Pimpertz: Finanzierung des Pflegefallrisikos – Reformperspektiven im demografischen Wandel. IW-Analysen Nr. 99, Köln 2014.

Grafik 1 – Pflegestatistik 2011

So viele pflegebedürftige Angehörige wurden im Dezember 2011 in einem Pflegeheim, durch ambulante Pflegedienste zu Hause oder durch eine informelle Hauptpflegeperson (Angehörige) gepflegt:

	absolute Zahlen	in Prozent
<i>Pflegebedürftige Angehörige insgesamt</i>	2.501.441	100,0
... darunter in stationären Einrichtungen	743.120	29,7
... darunter in häuslicher Umgebung	1.758.321	70,3
... in häuslicher Umgebung durch ambulante Dienste gepflegt	576.264	23,0
... in häuslicher Umgebung durch informelle Hauptpflegepersonen gepflegt	1.182.057	47,3

Quelle: Statistisches Bundesamt 2013.

Grafik 2: Betriebliche Angebote zur Unterstützung von pflegenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern

So unterstützen Unternehmen in Deutschland ihre pflegenden Angehörigen

So viel Prozent der Unternehmen in Deutschland haben 2003 und 2012 das genannte Instrument/die Maßnahme zur Unterstützung ihrer pflegenden Mitarbeiter angeboten:

	2003	2012
Flexible Tages- und Wochenarbeitszeit	58,0	73,3
Arbeitsfreistellung für die Pflege von Angehörigen	23,4	26,6
Gelegentliches Arbeiten von Zuhause (Tearbeit)	7,8	21,1
Sabbaticals (mehrmonatige Freistellung aufgrund von Vorarbeit oder anteiligem Gehaltsverzicht)	4,1	9,7
Angebot von haushaltsnahen Dienstleistungen (z. B. Bügel- und Wäscheservice, Abhol- und Bringdienste für pflegebedürftige Angehörige)	4,1	1,9
Vermittlung von Kurzzeitpflege oder Tagespflege	1,6	3,1

Befragung von 978 (2003) bzw. 1.556 Unternehmen (2012).

Quelle: Unternehmensmonitor Familienfreundlichkeit, Institut der deutschen Wirtschaft Köln, 2012.

Die Aufgaben von Kirche und die besondere Rolle kirchlicher Unternehmen

Seitdem die Beratungsgesellschaft McKinsey in die katholische Kirche mit ihren Einrichtungen Einzug gehalten hat, ist es auch innerkirchlich modern geworden, nach dem unterscheidend Christlichen zu fragen und zwar gerade dort, wo Kirche und kirchliche Unternehmen eng mit der Gesellschaft verwoben sind. Das Benennen des unterscheidend Christlichen soll Profil sichern und nur allzu oft laufen die kirchlichen Unternehmen damit in eine Ideologiefalle⁵, denn die Sorge um den kranken- und pflegebedürftigen Menschen unterscheidet nicht, sondern eint vielmehr kirchliche Einrichtungen mit ihren Mitbewerbern.

In seiner Enzyklika *Deus caritas est* (DC) führt Benedikt XVI. unmissverständlich aus, dass die Sorge um den kranken Menschen zum innersten Auftrag von Kirche gehöre. Das Wesen der Kirche, so die Enzyklika, vollziehe sich nicht nur in der Verkündigung des Wort Gottes und der Feier der Sakramente, sondern ebenso gleichwesentlich im Dienst der Liebe. „Der Liebesdienst ist für die Kirche nicht eine Art Wohlfahrtsaktivität, die man auch Anderen überlassen könnte, sondern er gehört zu ihrem Wesen, ist unverzichtbarer Wesensausdruck ihrer selbst.“ (DC 25) Kirchliche Unternehmen und kirchliches Tun vollziehen sich in dieser Welt und unterscheiden sich zunächst nicht von sogenannten weltlichen Anbietern. Immer geht es auch um professionelles Handeln, in der Intention, dem kranken Menschen die bestmögliche Therapie angedeihen zu lassen. Sie teilen mit den Anderen die ökonomischen Risiken des Marktes und werden erbarmungslos aussortiert, wenn die Anpassung an den zunehmenden Wettbewerb nicht gelingt.

Trotzdem ist nicht von der Hand zu weisen, dass die kirchlichen Unternehmen angesichts ihrer Verwobenheit in weltliche Strukturen zunehmend in eine Identitätskrise geraten. Einbindung in den Sozialstaat, Rückgang von kirchlicher Sozialisation der Mitarbeiter und die Ausdifferenzierung der Gesellschaft in funktionale Teilsysteme scheinen immer mehr die Identität kirchlicher Einrichtungen zu bedrohen (vgl. Fischer, 256). Es besteht die Gefahr für sie, sich in der Welt zu verlieren.

So soziologisch ambivalent kirchliches Handeln beschrieben werden kann, so klar und eindeutig ist die Verortung kirchlich-unternehmerischen Tuns über allem Ökonomischen und Gesellschaftsrelevanten, in seiner jahrhundertelangen Tradition, die sich auch mit den Phänomenen Krankheit, Lebensförderung und Pflege befasst. Bereits das Alte Testament

⁵ Vgl. Höhn, *Fremde Heimat Kirche*, 71.

nimmt Stellung zu diesen menschlichen Fragen und bietet unter anderem eine Tradition an, dass Gott selber der Arzt ist und alles ärztliche und therapeutische Tun von ihm her Vollmacht empfängt (vgl. Ex. 15,26). In Jesus von Nazareth vollzieht sich Gottes Herrschaft und Reich in Wort und Tat, in seinen Krankenheilungen und Dämonenaustreibungen. Im 4. Jahrhundert war es schließlich Basilius von Caesarea, der als Ortsbischof eine erste „Sozialstation“ (vgl. Schockenhoff, 132) ins Leben rief. Hinzuweisen ist auch noch auf die großartige Tradition der Spitäler und Stiftungen im Mittelalter und das Aufkommen der caritativen Ordensgemeinschaften sowie der institutionellen Caritas im 19. Jahrhundert (vgl. Kotzka, 373–383). Indem Caritas ein Wesensvollzug von Kirche ist, haben die kirchlichen Unternehmungen mit einer weiteren Dimension ihres Tuns zu rechnen, die über ihre gesellschaftliche Funktion hinausgeht. Wenn man so will, nimmt kirchliches Tun Maß an dem Offenbarungshandeln Gottes in der Welt, welches sich in Jesus Christus durch den heiligen Geist jedem Einzelnen zuwendet. Es geht um die Gottebenbildlichkeit des Menschen, die die Menschenwürde jedes Einzelnen grundlegt und sich so gegen jede Instrumentalisierung von Menschsein stemmt und sei es nur dessen Ökonomisierung. Gefragt ist ein wahrer Humanismus der „im Menschen das Ebenbild Gottes erkennt und ihm helfen will, ein Leben gemäß dieser seiner Würde zu verwirklichen“ (DC 30).

Gegen einen utopischen Krankheitsbegriff (vgl. von Balthasar, 170) etwa der Weltgesundheitsorganisation (WHO), die Gesundheit definiert „als Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur des Freiseins von Krankheit und Gebrechen“, wird man angesichts des biblischen Befundes weder die Gesundheit als höchstes Gut (vgl. Lütz, 318 – 326) und immanenten Sinn des Lebens ansehen, noch die Krankheit als dessen äußerste Bedrohung fürchten. Ebenso wenig wird die religiöse Deutung dem anderen Extrem einer Mystifizierung des Leidens das Wort reden, in dem sie der Krankheit einen eigenständigen Erlösungswert zuschreibt oder sie in anderer Weise verklärt (vgl. Schockenhoff, 56).

Krankheit, Gebrechen und Pflegedürftigkeit sind keinesfalls natürliche Feinde (auch wenn alles unternommen werden muss, um diesen medizinisch, therapeutisch und pflegerisch auf höchstem Niveau zu begegnen), sondern Ausdruck der *conditio humana*, die im Kern von Abhängigkeit, Kontingenz und Verdanktsein gezeichnet ist.

So wird Gesundheit nicht als Abwesenheit von körperlichen und seelischen Störungen verstanden, sondern als die Fähigkeit, mit Einschränkung, Behinderung und Schädigung leben zu können (LThK 4, 605). Hier heißt es achtsam zu bleiben, dass die Annahme der Krankheit und ihre Integration in das eigene Leben nicht um den Preis erreicht wird, dass sie zu Anpassung an oder gar Kapitulation vor Krankheit und Gebrechen führt. Es geht nicht um resignierte Inkaufnahme oder Brechen von heilsamen Widerstandskräften gegen die Krankheit, sondern um das Wissen, dass Menschenwürde durch Gebrechen nicht beschädigt wird.

Das kirchliche Liebeshandeln sollte so immer absichtslos sein und nicht primär der eigenen religiösen Selbstverwirklichung mit dem Schielen auf einen vermeintlich sicheren Platz in

der Ewigkeit dienen. Es hat sich jenseits aller Parteien und Ideologien zu realisieren; kurz: „Die Liebe ist umsonst, sie wird nicht getan, um damit andere Ziele zu erreichen“ (DC 31).

Kirchliche Unternehmen tun gut daran, diese Einsicht bei ihren Mitarbeitenden zu befeuern und zu unterstützen, um so letztendlich der Gottebenbildlichkeit von Patient und Mitarbeiter Rechnung zu tragen. So steht dann jenseits aller Prozesswirklichkeit die mit Würde ausgestattete Person im Mittelpunkt, die nicht nur ärztlich, therapeutisch und pflegerisch, sondern auch seelsorgerisch begleitet wird und über das Ehrenamt jene Zuwendung erfährt, die ihr ökonomisch vom System verwehrt wird.

LITERATURNACHWEIS:

Balthasar v., Hans Urs: Gesundheit zwischen Wissenschaft und Weisheit.

In: Arzt und Christ, Vierteljahresschrift für medizinisch-ethische Grundsatzfragen.

Bd. 32. Schwabenverlag. 1955 – 1992. Ostfildern, Wien 1986, 165–173.

Benedikt XVI: Enzyklika DEUS CARITAS EST von Papst Benedikt XVI.

An die Bischöfe, an die Priester und Diakone, an die gottgeweihten Personen und an alle Christgläubigen über die christliche Liebe. (25.12.2005) In: Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (Hrsg.):

Verlautbarungen des Apostolischen Stuhls, Nr. 171. Bonn 2006.

Fischer, Michael: Das konfessionelle Krankenhaus. Begründung und Gestaltung aus theologischer und unternehmerischer Perspektive. In: Alfred Jäger und Jürgen Gohde (Hrsg.): Leiten. Lenken. Gestalten.

Theologie und Ökonomie. Bd. 21. 2. Auflage. LIT Verlag, Berlin 2010.

Höhn, Hans-Joachim: Fremde – Heimat – Kirche. Glauben in der Welt von heute. Verlag Herder GmbH.

Freiburg im Breisgau: 2012.

Kasper, Walter (Hrsg.): Lexikon für Theologie und Kirche. Bd. 4, Verlag Herder GmbH.

Freiburg im Breisgau 1993, 2006. Sonderausgabe 2009.

Kostka, Ulrike: Die Sorge für die Kranken. Kirchliches Engagement zwischen göttlichem

Heilungsmonopol und institutionalisierter Caritas. In: Internationale Katholische Zeitschrift Communio.

Jahrgang 43. Schwabenverlag. Ostfildern 2014. 373–383.

Lütz, Manfred: Höchstes Gut Gesundheit. Risiken und Nebenwirkungen einer neuen Religion. In: Inter-

nationale Katholische Zeitschrift Communio. Jahrgang 43. Schwabenverlag. Ostfildern 2014. 318–326.

Schockenhoff, Eberhard: Krankheit – Gesundheit – Heilung. Wege zum Heil aus biblischer Sicht.

Verlag Friedrich Pustet, Regensburg 2001.

Branchengerechte Tarifpolitik im Spagat zwischen Kostendruck und Fachkräftemangel

Die Pflege von alten Menschen wie auch Menschen mit Behinderungen ist ein klassischer Dienstleistungsberuf. Die Mitarbeiter sind der Dreh- und Angelpunkt einer solchen Einrichtung und verursachen dementsprechend auch den weitaus größten Teil der Gesamtkosten. In der Regel bestehen über 70 Prozent der Gesamtkosten in Pflegeeinrichtungen aus Personalkosten.

In Anbetracht knapper Refinanzierung stellt sich die Aufgabe, Entgelte und insgesamt die Arbeitsbeziehungen so zu regeln, dass einerseits der soziale Auftrag erfüllt wird und andererseits die betriebswirtschaftlichen Erfordernisse erzielt werden.

Die Kostenträger der Pflege verantworten die Einzahlungen der Bürger in die Pflegeversicherung und deren Steuern in die Grundsicherung. Sie müssen sorgsam mit den knappen und hart erarbeiteten Geldern der Bürger umgehen und sie leistungsgerecht, aber auch nach sozialer Notwendigkeit ausgeben. Dabei stehen die refinanzierten Pflegeheime – Alten- wie Behindertenheime – in hartem Wettbewerb untereinander.

Vor diesem bereits angespannten Hintergrund gilt es, den Mitarbeitern in der Pflege ein adäquates Entgelt zu zahlen, das in sich leistungsgerecht ist, d.h. den Qualifikationsunterschieden und dem Engagement des einzelnen Mitarbeiters gerecht wird. Dabei ist das Entgelt ein wesentlicher Baustein der gesamten Arbeitsbedingungen, die auch weitere Faktoren wie Arbeitszeit, Bereitschaftsdienst, Nacht- und Feiertagsdienste und vieles mehr regeln. Erst diese Regelungen in Gänze wie auch die Anforderungen an einen konkreten Arbeitsplatz machen das aus, was beim Arbeitnehmer dazu führt, sich für die Arbeit einzusetzen (oder nicht), wobei hier noch ganz wesentlich Faktoren wie Arbeitsklima (dazu gehören auch die anderen Mitarbeiter), Personal- und Unternehmensführung, Räumlichkeiten bzw. Infrastruktur generell sind.

Da die Kostenträger in der Regel nicht zu viel Mittel zur Verfügung stellen, sind die Möglichkeiten, sofern sie von finanziellen Mitteln abhängen, eher gering. Eine umso höhere Gewichtung kommt den menschlichen Faktoren zu, was nicht nur ein Zwang ist, sondern auch eine Chance bedeutet.

Aufgrund der demografischen Entwicklung besteht insbesondere bei den Pflege-Fachkräften schon jetzt ein Mangel, der bei weiter zunehmenden Pflegebedürftigen und abnehmendem Nachwuchs an Mitarbeitern dazu führen muss, dass das Entgelt, aber auch die gesamten Arbeitsbedingungen im Vergleich zu denen anderer Branchen attraktiv sind. Hier besteht sicherlich derzeit Nachholbedarf. Andererseits wird der Kostendruck dazu führen, die Arbeiten immer mehr aufzuteilen, so dass die Fachkräfte nur noch die Aufgaben erfüllen, die nur sie erledigen können, während einfachere Tätigkeiten auf die Hilfskräfte wie auch technische Hilfsmittel verlagert werden. Aber der Gesetzgeber hat natürlich sein Auge darauf, so dass an dieser Stellschraube nicht beliebig gedreht werden kann. Letztlich wird der Arbeitgeber schon aus existenzsichernden Gründen darauf bedacht sein, attraktive Arbeitsbedingungen zu schaffen sowie Anreize zur Weiterbildung zu bieten, um die Menschen professionell pflegen, den Qualitätsstandards gerecht werden und Bewertungen durch Kunden und deren Angehörigen positive Einschätzungen bieten zu können. Nur so wird er im Wettbewerb und bei Kontrollen bestehen und genug Fachkräfte finden.

Sofern ein Pflegeheim tarifgebunden ist, ist der Arbeitgeber bei der Regelung der Arbeitsbedingungen auf die Gewerkschaften angewiesen, insbesondere ver.di. Dies gilt auch für kirchliche Einrichtungen, die dem Dritten Weg folgen, da sie i.d.R. den Tarifvertrag des öffentlichen Dienstes (TVöD) übernehmen, wenn auch zeitversetzt und ggf. geringfügig modifiziert. Seit den Urteilen des Bundesverfassungsgerichts 2012 müssen die Kirchen auch die Gewerkschaften an der Festsetzung der arbeitsvertraglichen Richtlinien (AVR) beteiligen. So oder so orientieren sich viele Mitarbeiter, Bewerber, aber auch Arbeitgeber an den Regelungen des öffentlichen Dienstes, weil viele Altenheime in öffentlicher Hand sind oder auch der TVöD wiederum bundesweite Tarifverträge großer Wohlfahrtsverbände wie AWO oder DRK geprägt hat.

Das Problem liegt aber darin, dass die Tarifverträge für den öffentlichen Dienst (TVöD in verschiedenen Ausprägungen wie für Länder, Kommunen oder Bund) von Mitarbeitern des klassischen öffentlichen Dienstes und deren Arbeitgebern ausgehandelt werden. Ein Streik z.B. der Müllabfuhr reicht meistens, um die Politiker in die Knie zu zwingen und hohe Entgelterhöhungen durchzusetzen. Die Politiker können den Konsequenzen insofern entgehen, als sie anschließend die Steuern und Gebühren sowie die Verschuldung erhöhen können. Diese Auswege bleiben Betreibern von privaten oder kirchlichen Pflegeeinrichtungen versperrt.

Die Gewerkschaften machen es sich zu einfach, wenn sie auch bei Pflegeeinrichtungen beziehungsweise überhaupt sozialen Dienstleistern mit aller Macht (zum Beispiel Streik) versuchen, die durchaus arbeitnehmerfreundlichen Arbeitsbedingungen des TVöD durchzudrücken. Und Abweichungen nach unten akzeptiert ver.di nicht. Unter vier Augen sagen die Gewerkschaftsvertreter klar, dass eine Einrichtung lieber in Konkurs gehen solle als dass die Mitarbeiter weniger als im TVöD verdienen.

Dieser ideologische Kurs ist unverantwortlich. Er verhindert, dass Menschen freiwillig in Pflegeheimen und ähnlichen Einrichtungen zu einem auch nur etwas geringeren Entgelt

arbeiten als im öffentlichen Dienst. Wir sprechen hier nicht von Dumping-Löhnen, weil sich die – abgesehen von ethischen Gründen – kein Arbeitgeber leisten kann, weil er dann keine Mitarbeiter fände. Ist es den Gewerkschaften egal, dass bei zu hohem Entgelt Defizite entstehen, die auf Dauer keiner durchhalten kann, so dass dann Arbeitsplätze verloren gehen? Ist es auch egal, dass kaum noch jemand bereit ist, sich zur Fachkraft weiterzubilden, wenn er als Hilfskraft (fast) genauso viel verdienen kann? Ist es egal, wenn Arbeitgeber keinen Geringqualifizierten und Schwachen mehr durch eine Einstellung eine Chance geben können, weil sie nach TVöD zu teuer sind? Und ist auch egal, ob die Infrastruktur eines Heimes gut ist oder Leistungsverdichtung für den einzelnen Mitarbeiter entsteht, weil der Heimträger das Geld ja nur einmal ausgeben kann? Das würde letztlich bedeuten, dass angesichts immer stärker steigender Entgelte nur an Infrastruktur, Personal und allem anderen gespart werden muss. Selbst dem sind aber enge Grenzen gesetzt, weil eben mehr als 70 Prozent der Gesamtkosten bereits Arbeitskosten sind.

Die Gewerkschaften müssen endlich ihrer Verantwortung gerecht werden, branchengerechte Tarifverträge mit denen zu verhandeln, die davon betroffen sind. Letztlich sparen sie nämlich an ihrem eigenen Personal und wollen einen Einheits-TVöD möglichst vielen Branchen aufoktroieren – egal ob er passt oder nicht, Hauptsache, es macht der Gewerkschaft nicht viel Arbeit.

Die Tarifparteien müssen sich aber die aufwendige Arbeit machen, für die wichtige Branche Pflege einen eigenen geeigneten Tarifvertrag zu entwickeln, der den Einrichtungen mit ihren Menschen – alt oder behindert – wie auch den Mitarbeitern eine Zukunft ermöglicht.

Altern als gesamtgesellschaftliches Paradigma

Die Bundestagswahl 2013 war die letzte mit einer Mehrheit von Wählern jünger als 55 Jahre. Beim nächsten Urnengang kippt das Verhältnis. Schon warnen Apologeten vor einer heraufziehenden Gerontokratie. Beleg für dieses Zerrbild ist ihnen etwa das neue Phänomen der Wut- und Protestbürger gegen Großprojekte wie Stuttgart 21 – tatsächlich meist hoch motivierte westdeutsche Ältere, die in Jugendjahren reichlich Demonstrationserfahrung gesammelt haben. Auch das 2014 geschnürte milliardenschwere Sozialpaket der Großen Koalition aus Mütterrente und Rente mit 63 wird zur Beweisführung herangezogen.

Dieses Augurenlächeln unterstellt den so genannten Best-Agern, dass sie als egoistische Hedonisten von Babyboomern das demokratische Mehrheitsprinzip kühl und in unheiliger Allianz mit nur auf Machterhalt schielenden gleichermaßen alternden Politikern missbrauchen, um eine Raffgier-Herrschaft der neuen Alten durchsetzen. Für Wählerstimmen werde den Saturierten das Wort geredet. Die Notleidenden an den breiter werdenden Rändern der Gesellschaft würden mehr schlecht als recht ruhig gestellt.

Die neue Minderheit der Jungen schließlich zahle und bleibe zugleich auf der Strecke, weil ihr Freiräume sowie gesamtgesellschaftlich organisierte Ressourcen für Fortschritt und Entfaltung vorenthalten würden. Innovationsfeindlichkeit sowie Stagnation seien die Folge und beraubten letztlich alle ihrer Zukunfts- und Wohlstandschancen im immer härteren globalen Wettstreit.

Dabei wird verkannt, dass erstmals in der Menschheitsgeschichte ganze Völker in nie gekanntem Ausmaß altern. Ein vormals eher seltenes individuelles Schicksal des hohen, als segensreich empfundenen Alters, wird früher oder später zum politischen und ökonomischen Bedürfnisschicksal vieler Menschen und erfasst nahezu alle Staaten der Erde. Deutschland durchlebt diese Entwicklung lediglich früher als andere Länder. Damit verbunden ist die Chance, einen solchen fundamentalen Transformationsprozess gut zu meistern und im Ergebnis gestärkt zu durchlaufen sowie beispielgebend für europäische Nachbarn und letztlich einen ebenso erfolgreichen Weg der EU zu sein. Genauso wenig lässt sich aber ausschließen, dass grundlegend falsche Weichenstellungen tatsächlich zu langfristigen Wohlstandsverlusten und verfestigten sozialen Konflikten führen.

Entscheidend für den noch offenen Ausgang dieses unentrinnbaren Großexperiments ist mithin, unter welchem Blickwinkel die Herausforderungen der alternden Gesellschaft betrachtet und angegangen werden. Wie fehlleitend die verführerische wie eingängige These

der Besitzstandswahrung und des Generationenegoismus geht, falls man sie als selbsterfüllende Prophezeiung zulässt, zeigt sich wie in einem Brennglas beim Thema Pflege: Wer pflegebedürftig ist, bedarf gerade der Hilfe anderer und zwar mehrheitlich jüngerer: Ganz hautnah in Person des Pflegenden, sei es nun ein Familienmitglied oder immer häufiger die professionelle Pflegekraft. Aber auch gesamtgesellschaftlich wird das Band zwischen den Generationen durch den demografischen Wandel bei Lichte betrachtet zwar angespannter, aber mitnichten gekappt, sondern im Gegenteil notgedrungen enger, da stets knappe kollektive Ressourcen zunächst erarbeitet und danach umverteilt werden müssen. Die umlagefinanzierte Pflegeversicherung ist nur ein Beispiel von vielen in diesem Zusammenhang.

Somit wird die Auseinandersetzung mit Pflegebedürftigkeit und Altern insgesamt zwangsläufig zur umfassenden Gemeinschaftsaufgabe, die eines gesamtgesellschaftlichen Konsenses wie Handelns bedarf. Da die weniger werdenden Jungen ökonomisch produktiv und der Globalisierung geschuldet selbst über Ländergrenzen hinweg tendenziell mobiler sind, droht sogar bei streng utilitaristischer Betrachtung keine Entsolidarisierung entlang der neuen Mehrheitsverhältnisse der Bevölkerungspyramide: Preis, Nutzen und Wertschätzung knapper Güter – auch knappen Humankapitals – steigen, sie fallen nicht. Allerdings müssen die Gewichte und Spielregeln neu austariert werden. Der Umgang mit der größer werdenden Zahl an pflegebedürftigen Hochbetagten taugt insofern zum Lackmusest, wie Junge und Alte im Bewusstsein eines gemeinsamen individuell-kollektiven Schicksals eine gleichermaßen humane wie produktive alterngerechte Gesellschaft gestalten. Chancen und Risiken liegen dabei wie immer dicht beieinander, eine Veränderung der Realität ist ohnehin unausweichlich.

Das beginnt im Wirtschaftsleben. Längst ist der demografische Wandel am Arbeitsmarkt angekommen. Fachkräfte werden knapp, Belegschaften älter, aber auch bunter. Arbeitsmedizin und betriebliches Gesundheitsmanagement bekommen eine ganz neue Bedeutung jenseits ihrer tradierten Wurzeln des Unfallschutzes aus den Anfängen der Industrialisierung. Lebenslanges Lernen wird aufgrund des beschleunigten Strukturwandels notwendig, stellt neue Ansprüche an unser Bildungssystem, bietet dem Einzelnen aber auch durchlässigere Erwerbsbiographien. Aufgrund des latenten Mangels an Arbeitskräften müssen alle vorhandenen Potenziale gehoben werden. Positiv ausgedrückt: jeder wird gebraucht. Das eröffnet Frauen, Migranten und Geringqualifizierten, gerade aber auch Älteren, breitere Teilhabemöglichkeiten als vormals und erhöht zugleich die Anforderungen an Diversitymanagement und partizipative Beteiligungsformen der Personalverantwortlichen in den Unternehmen.

Die unaufgeregter geführten Diskussionen um Drittstaaten-Einwanderung oder Entgeltgleichheit von Frauen und Männern sowie Geschlechterquoten zeigen exemplarisch, wie die neue demografische Wirklichkeit unmerklich einst ideologiebehaftete gesellschaftliche Diskurse positiv verändert. Geisterdebatten um das „Ende der Arbeit“ sind verstummt. Selbst das Ringen um die umstrittene Rente mit 67 verklingt allmählich. Statt über Frühverrentung streiten Sozialpartner heute über fließende Übergänge in den Ruhestand

jenseits starrer Altersgrenzen. Die Vereinbarkeit von Familienfürsorge und Beruf rückt in den Mittelpunkt und fordert gerade dem kleinen Mittelstand kreative Lösungen ab. Ehrenamtliches und nachbarschaftliches Engagement können und müssen dabei helfen. Und am Horizont zeichnet sich noch schemenhaft ab, wie die digitale Revolution auch die Arbeitswelt tiefgreifend verändern wird.

Die technologisch längst mögliche Automation einfacher Tätigkeiten, Robotik und Big Data läuten einen schleichenden Abschied von Normalarbeitsverhältnis und Präsenzkultur ein. So zweischneidig diese Entwicklung für klassische Arbeitnehmerschutzrechte sein mögen: Die damit einhergehende Entgrenzung ermöglicht eine nie dagewesene zeitliche und räumliche Souveränität künftiger Beschäftigter mit neuen Freiräumen gerade auch für familiäre Betreuung. Gelingt dieser Spagat, kann er eine Renaissance des Sozialverbands Unternehmen jenseits der ökonomischen Verwertungsinteressen von Arbeitskraft einleiten.

Die professionelle Pflegebranche wird davon unbesehen weiter an Bedeutung gewinnen. Veränderte Familienstrukturen und Frauenerwerbstätigkeit, aber auch der Bevölkerungsschwund in den ländlichen Regionen erhöhen die Zahl der Betroffenen, die sie in Anspruch nehmen. Neue Betreuungsgruppen wie Migranten erfordern dabei spezifische Antworten auf deren kulturell-religiösen Hintergrund. Und gesamtwirtschaftlich rücken gewerbsmäßige wie zivilgesellschaftliche Pflege endlich als Basisdienstleistung in den Rang der Daseinsfürsorge auf, da sie das reibungslose Funktionieren aller anderen Branchen erst ermöglicht. Das setzt nicht nur eine deutlich gesteigerte gesellschaftliche Wertschätzung und höhere ökonomische Anerkennung, sondern vor allem einen Abschied aus der nach wie vor vorherrschenden sozialpolitischen Engführung voraus. Pflegepolitik ist dann eben auch Familien- und Bildungspolitik, zuvorderst grundlegende Wirtschaftspolitik verbunden mit neuen Wachstumsmärkten jenseits von Medizinprodukten, etwa beim Ambient Assisted Living.

Die Politik ist deshalb mehr denn je gefordert, auf den demografischen Wandel im Allgemeinen und die Zunahme von Pflegebedürftigkeit im Speziellen sowohl ganzheitlich als auch konsistent zu reagieren, mindestens jedoch widerspruchsfrei. Die Ursprünge deutscher Pflegepolitik verortet man gemeinhin im Jahr 1995 mit der Schaffung der eigenständigen sozialen Pflegeversicherung. Auslöser damals war gerade nicht vorausschauendes politisches Handeln, sondern eine Kostenlawine, die Krankenkassen und Kommunen als seinerzeit verantwortliche Träger durch einen sprunghaften Anstieg des Sozialhilfeempfangs durch Langzeitpflegefälle überforderte. Anders als in den verklärten Jubiläumsreden dieser Tage gern suggeriert wird, stand am Beginn der fünften Säule unserer umlagefinanzierten Sozialsysteme schlicht monetäre Umschichtung von der sprichwörtlichen linken in die rechte Tasche.

Zwei Dekaden später findet sich das Thema Pflege erneut prominent auf der politischen Agenda vertreten. Wieder geht es vordergründig um finanzielle Tragfähigkeit und Engpässe. Immerhin weitet sich die Diskussion allmählich durch ein ernsthaftes Ringen um einen neuen Pflegebegriff oder die Auseinandersetzung mit neuen Versorgungsstrukturen und

der Palliativmedizin. Doch nach wie vor gelingt es nur mühsam, über den Tellerrand der klassischen Gesundheitspolitik und des Sozialgesetzbuches hinaus zu blicken. Dabei endet das Ringen um eine altersgerechte Gesellschaft gerade nicht beim Leistungskatalog der Pflegekasse, flächendeckender Betreuungsinfrastruktur oder Rechtsansprüchen Berufstätiger zur Reduzierung ihrer Arbeitszeit bei Akutpflege eigener Angehöriger, sondern geht weit darüber hinaus, da letztlich alle Lebensbereiche und alle Generationen betroffen sind.

Verfolgt man einen solchen ganzheitlichen Politikansatz konsequent, ergeben sich viele oftmals unbequeme Fragen und neue Zielkonflikte, die bislang nur hinter vorgehaltener Hand geäußert wurden: Macht es Sinn, im Rahmen von Energiewende und globalem Klimaschutz mit der Gießkanne die energetische Sanierung von Gebäuden in Gegenden zu fördern, die aufgrund der Bevölkerungsentwicklung demnächst entleert sind? Oder wäre der altersgerechte Umbau von Wohnraum nicht vordringlicher? Stehen bei der gesteuerten Zuwanderung Ingenieure oder Pflegekräfte im Zentrum der Bemühungen? Soll Deutschland im digitalen Wettlauf den Silicon-Valley-Giganten und ihren Produktwelten nachrennen oder die neuen Technologien nicht besser für altersgerechte Geschäftsmodelle nutzbar machen? Ist die hergebrachte Forschungspolitik noch zeitgemäß oder gelingt stattdessen gerade dann der Beweis, dass eine alternde Gesellschaft nicht technologiefeindlich ist, wenn auch demografisch nützliche Innovationen gefördert werden? Diese Liste ließe sich mannigfach fortsetzen.

Solche und weitere unbequeme Fragen zu stellen, ist vordringlich Aufgabe der heute Jungen, die später die vielen Alten sind. Sie haben sich deshalb schon aus Überlebensinstinkt der Herausforderung zu stellen, gegen die Diskriminierung des Alterns vorzugehen. Nicht durch ein neues Jugend(wahn)bild, sondern nur durch eine „militante Revolution des Bildes des eigenen Alterns“. So Frank Schirrmacher⁶, erhält unsere Gesellschaft die Chance, sich wieder zu verjüngen. Sie muss dazu Gegenbilder in der Breite der Gesellschaft schaffen: in der Kunst, in den Medien, in Politik und Wissenschaft, im Leben selbst. Sie muss Märkte und Meinungen umformen. Nur durch einen „gemeinsamen Komplott“ gegen den biologischen und sozialen Terror der Angst vor dem Alter und dem Sterben bekommen die Jungen und mit ihnen ihre Kinder und Enkel, Eltern und Großeltern eine Chance für ihr eigenes Altern. Methusalem war bekanntlich der Großvater von Noah, dessen Arche nach der Sintflut einen Neuanfang möglich machte.

6 Frank Schirrmacher: Das Methusalem-Komplott, 2014

Rationierung und Priorisierung – Wie gehen wir mit begrenzten Mitteln verantwortlich um?

Rationierung und Priorisierung sind Begriffe, die vor allem in der gesundheitspolitischen Diskussion eine Rolle spielen. Gleichwohl sind sie überall dort von Belang, wo begrenzte Ressourcen auf prinzipiell unbegrenzte Erwartungen, Ansprüche oder Möglichkeiten treffen. Besonders deutlich wird dieses Spannungsfeld im Bereich der sozialen Sicherung und insbesondere im Gesundheitssystem. Hier treffen eine immer älter werdende Gesellschaft und teilweise dramatische Fortschritte in Medizin und Technologie auf begrenzte Mittel, die verteilt werden müssen.

Zum Finanzproblem werden diese Zusammenhänge aufgrund der spezifischen Konstruktionsweise der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme, die zum überwiegenden Teil am Erwerbseinkommen ansetzt und durch Steuermittel ergänzt wird. Ausgabenanstiege führen damit regelmäßig zu steigenden Beiträgen und kleiner werdenden persönlich verfügbaren Budgets.

In der gesetzlichen Pflegeversicherung tritt das demografische Problem besonders deutlich und ungeschminkt zutage, da Pflegebedürftigkeit größtenteils eine Erscheinung des Alters ist. So trifft hier eine deutlich an Zahl zunehmende Schicht alter Menschen auf eine stetig geringer werdende Zahl an Erwerbsbevölkerung. Raffelhüschen's Projektionen führen zu dem Ergebnis, dass sich die Relation zwischen Beitragszahlern und pflegebedürftigen Menschen von heute 1:22 auf 1:9 im Jahre 2050 verändern wird.⁷

Selbst wenn die Kosten der Pflege insgesamt kaum oder nur maßvoll stiegen, würde sich das immer ungünstiger werdende Verhältnis zwischen Beitragszahlern und Leistungsempfängern unweigerlich einem Punkt nähern, der auf eine finanzielle Überforderung des einzelnen Beitragszahlers hinausläufe.

Die Erwerbsbevölkerung befindet sich in einer wenig beneidenswerten Lage: auf der einen Seite wird von ihr erwartet, Ansprüche an das Sozialsystem, die andere Menschen in anderen Zeiten erworben haben, heute und morgen zu erfüllen. Gleichzeitig soll sie Eigenvorsorge betreiben sowie Kinder gebären und erziehen. Eine finanziell überforderte

7 Bernd Raffelhüschen, Johannes Vatter: Pflegereform: Ausgangspunkt und Weichenstellungen, in: Wirtschaftsdienst, 91. Jg., Heft 10, 664.

Gesellschaft ist aber immer weniger in der Lage, diese Vorsorgeleistungen zu erbringen und deshalb im Grunde selber darauf angewiesen, dass die sozialen Sicherungssysteme auch die eigene Existenz schützen. Ein Teufelskreis.

Eine Möglichkeit, der finanziellen Überforderung zu entgehen, besteht in der Reduktion (oder – etwas weniger effektiv – im Einfrieren) von Leistungen bei gleichzeitig mehr oder weniger gleich bleibenden Beiträgen. In diese Richtung zielte die Rentenreform des Jahres 2001. Flankiert wird diese Vorgehensweise durch finanzielle Anreize zur eigenverantwortlichen, ergänzenden Rentenvorsorge (u.a. „Riester-Rente“).

Die Konsequenz aus Leistungsreduktion und Beitragssatzstabilität besteht allerdings nicht nur darin, künftig stärker selber ergänzend vorzusorgen. Sie besteht auch im „Ertragen“ etwaiger Auswirkungen durch Unterlassen ergänzender Vorsorge. Das betrifft dann vor allem jene, die sich das nicht leisten wollen (Präferenz für Gegenwartsverbrauch) oder können (mangelnde finanzielle Leistungsfähigkeit). Der betroffene Personenkreis muss folgerichtig damit rechnen, dass er von einer Form der Altersarmut, der Unterversorgung mit Gütern der sozialen Sicherung, betroffen sein wird und seinen Lebensstandard gegebenenfalls stark einschränken muss.

Es stellt sich hierbei allerdings die Frage, ob eine Gesellschaft bereit sein wird, solche Konsequenzen tatsächlich zu (er)tragen. Denn Ansprüche an die sozialen Sicherungssysteme dürften über den eigenen Beitrag hinaus im Nachhinein nicht geltend gemacht werden. Es wäre die drastische Umsetzung des Sprichworts „Spare in der Zeit, so hast Du in der Not“. Es ist deshalb enorm wichtig, die Bevölkerung deutlich über die Konsequenzen von Tun oder Lassen, von Gegenwarts- und Zukunftskonsum zu informieren.

Bei dem niedrigen Stand an Kenntnis der Funktionsweisen und Zusammenhänge der sozialen Sicherungssysteme in Deutschland darf hier keine tiefere Einsicht in der Bevölkerung vorausgesetzt werden. Zudem trüben gelegentliche Skandale um Finanzprodukte, die Finanz- und Schuldenkrise an sich sowie eine historische Niedrigzinsphase die Einsicht in die Notwendigkeit ergänzender kapitalgedeckter Vorsorge.

Die zu beantwortende Frage für die Pflege der Zukunft, aber auch für die gesamte soziale Sicherheit, lautet folglich: Wie kann vor diesem Hintergrund ein System, das vom Leitgedanken der Solidarität und Subsidiarität getragen wird, auch künftig ausreichend Gesundheits- und Pflegeleistungen bereitstellen?

In der Vergangenheit versuchte man vor allem auf dem Weg administrativer Kostendämpfungsmaßnahmen, durch Rationalisierung und Effizienzsteigerung (etwa durch Einführung von Wettbewerbselementen und Nutzenbewertungen usw.) dieses Ziel zu erreichen. Das ist zumindest im Gesundheitswesen leidlich gelungen. Fraglich ist, ob „leidlich“ für die Zukunft ausreicht.

Eine breite Diskussion über die weiteren Alternativen „Rationierung und Priorisierung“ zu führen, ist allerdings unbequem, da sie die Grundfesten unseres solidarischen, subsidiären Gesundheitssystems zu erschüttern vermag. Gleichwohl scheint es nur eine Frage der Zeit, bis uns die demografische Entwicklung diese Diskussion aufzwingt. Es ist deshalb angeraten, sich beizeiten darüber klar zu werden, was ein Gesundheits- und Pflegewesen künftig leisten soll.

Es geht dabei dann insbesondere um die Definition von „Kriterien, die es erlauben, nachvollziehbare Entscheidungen zur Rangreihenbildung medizinischer Behandlungsoptionen zu erstellen und damit zwischen verschiedenen Bedürftigkeiten zu gewichten.“⁸ Das gleiche gilt für Kriterien einer Vorenthaltung von Leistungen bzw. einer Zuteilung. Akzeptanz fänden die Ergebnisse solcher Überlegungen lediglich, wenn sie in ethischer Hinsicht und aus der Perspektive eines allgemeinen Gerechtigkeitsempfindens nachvollziehbar wären.

Möglicherweise gibt es jedoch auch Alternativen zur Priorisierung und Rationierung. Solche Alternativen könnten das Problem künftig abfedern und entschärfen. Raffelhüschen hat in die Diskussion um die Pflegereform neben der Einführung begleitender Teilkapitaldeckung („Pfleger-Bahr“) sog. Karenzzeiten eingebracht. Für diesen Karenzzeitraum träte die Pflegeversicherung gar nicht erst ein und die Versicherten müssten obligatorisch und eigenständig vorsorgen⁹. Solche Vorschläge nicht zur Kenntnis zu nehmen oder im Rahmen eines „weiter so“ zu ignorieren, wäre unverantwortlich.

8 Christoph Fuchs et.al.: Rationalisierung, Rationierung und Priorisierung – was ist gemeint?, in: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 106, Heft 12, 555.

9 Bernd Raffelhüschen in Stiftung Marktwirtschaft (Hg.) 2011, Die Pflegeversicherung als Pflegefall, Tagungsbericht der Tagung der Stiftung Marktwirtschaft am 24. Mai 2011, 4.

Gefahr einer Zunahme von „Sterbehilfe“ und Suizid (Selbsttötung)

Thomas Sitte, Vorstandsvorsitzender der Deutschen Palliativ Stiftung

Eine angemessene und leidensfreie Gestaltung des Lebensendes beschäftigt zunehmend die Öffentlichkeit. Begrifflichkeiten wie „Sterbehilfe“ und assistierter Suizid bestimmen die Diskussion. Dabei sind Argumente wie „Das ist dem Patienten nicht zuzumuten. So ein Leben ist nicht mehr lebenswert. Die Sterbebegleitung ist zu aufwändig und belastend für die Familie, das Umfeld. Jeder hat das Recht, über seinen Körper und seinen Tod selbst zu bestimmen“ und auch die Frage der Finanzierbarkeit von langem Sterbelager immer öfter zu hören. Ob und wie das die Betroffenen in der Situation selbst sehen, bleibt nicht selten außen vor. Sie fühlen sich vielfach als Last, wollen anderen nichts mehr zumuten, haben Angst vor noch mehr Leiden und Angewiesensein.

Sterbehilfe und Suizid (Selbsttötung) aber sind keine Antwort auf diese Herausforderungen. Sie sind ein inhumaner Offenbarungseid und ignorieren die heutigen Möglichkeiten, Menschen in ihrer letzten Phase lindernd und lebensbejahend zu begleiten.

Wieso diese Diskussion zum aktuellen Zeitpunkt?

Die Verlagerung des Sterbens aus dem häuslich-familiären Kontext in die Institution (Krankenhaus/Altenhilfeeinrichtung) hat dem Sterbevorgang eine neue Bedeutung gegeben. Während bis vor einigen Jahrzehnten der Einzelne in der Regel noch umsorgt von Angehörigen und Nachbarn, unterstützt durch Hausarzt und Gemeindeschwester in seinem vertrauten Umfeld starb, erscheint heute Sterben als ein Ereignis, das ohne professionelle Unterstützung durch Experten, Pflegedienst, Hospizdienst, Palliative Care Team und Sozialarbeiter nicht mehr zu bewerkstelligen ist. Das Wissen um die natürlichen Vorgänge beim Sterben sind in der Bevölkerung nach und nach verloren gegangen.

Parallel zu dieser Entwicklung hat die Medizin durch neue Therapieoptionen die Lebenserwartung vieler Patienten entscheidend verbessert bzw. verlängert. Dies hat zu der Vorstellung geführt, der Mensch könne über seine Erkrankung, sein Ende oder das einer nahestehenden Person entscheidend mitbestimmen – wie und wann es zu gestalten sei – und, wenn es „gar nicht mehr geht“, selbst oder unterstützt durch andere sein Leben beenden.

Vor zwei Jahren setzte dann eine immer intensivere Debatte zum Verbot der gewerbsmäßigen sowie der organisierten und geschäftsmäßigen Beihilfe zur Selbsttötung ein, die immer wieder mit „Sterbehilfe“ gleichgesetzt wurde und wird.

Unterstützt wurde diese Entwicklung durch ein Menschenbild, das als Zielgröße den optimalen, den 100-prozentig leistungsfähigen, den ohne Einschränkung und Behinderungen lebenden Menschen hat. Ablesbar wird diese Entwicklung u.a. an den mehr und mehr geforderten Gentests vor der Geburt, die garantieren sollen, dass ein „einwandfreies Kind“ geboren wird, an der Diskussion um den Wert einer alternden Mitarbeiterschaft etc.

Was sind die Herausforderungen?

- Begriffsverwirrungen
- Da ohne eindeutige Terminologie an eine zielführende Diskussion nicht zu denken ist, ist es wichtig, aufzuzeigen, welche Aspekte heute in der Diskussion eine Rolle spielen:
- stationäre und ambulante Hospizarbeit
- Palliativstation
- spezialisierte ambulante Palliativversorgung
- mutmaßlicher Patientenwille
- Behandlungsabbruch
- Symptomkontrolle
- palliative Sedierung

Die palliativmedizinische Versorgung von Patienten (ob ambulant oder stationär) mithilfe der verschiedenen hospizlichen und palliativen Dienste und ihrem Anspruch auf Lebensqualität und Perspektive bis zum letzten Augenblick, ist aktuell noch im Wesentlichen ein Feld für Patienten mit Krebserkrankungen bzw. fortschreitenden chronischen Erkrankungen. Alle anderen Krankheitsbilder – ob terminale Herz-Kreislaufkrankung oder auch Demenz – spielen eher eine nachgeordnete Rolle, was dazu führt, dass viele der Patienten nicht in den Genuss einer guten hospizlich-palliativen Versorgung kommen.

Ziel der hospizlich-palliativen Versorgung ist die Linderung von Symptomen/Leiden, also u.a. eine angemessene Schmerzbekämpfung, Bewältigung von Ernährungs- und Begleitproblemen und Sinn- und Lebensperspektive unter Einbeziehung von Patient und Angehörigen bis zuletzt. Dabei ist entscheidend, was der Patient für sich in seinen Verfügungen im Vorfeld als für ihn relevant festgelegt hat. Problematisch dabei ist, dass es im letzten schwierig ist, alle Situationen vorauszu-denken und viele Menschen nur eine vage Vorstellung davon haben, was an Leiden auf sie noch zukommen kann. Mehr und

mehr kommt deshalb nun der mutmaßliche Patientenwille zum Tragen, wenn Ereignisse eintreten, zu denen der Patient nicht mehr befragt werden kann: „Wie würde er in dieser Situation für sich entscheiden?“ Dass diese hypothetische Frage Gefahr läuft, eher aus der Perspektive der Versorgenden beantwortet zu werden, versteht sich von selbst.

Warum besteht eine Gefahr durch eine Erleichterung der Beihilfe zum Suizid?

„Mein Ende gehört mir.“, so lautet der Slogan für eine aktuelle PR-Kampagne des Humanistischen Verbandes und der Deutschen Gesellschaft für Humanes Sterben. Das klingt logisch, ist eingängig und wird eher beifällig nickend zur Kenntnis genommen. Doch kann man dies wirklich so vereinfacht darstellen? Hat „selbstbestimmtes“ Sterben wirklich nur eine (endgültige) Wirkung auf den, der Suizid begeht? Denn:

Selbsttötungen sind ansteckend.

Das ist nicht erst seit Goethes Werther bekannt.

Selbsttötungen sind fast nie aus nicht behandelbarem, medizinischem Leid heraus begründet.

Wenn mögliche Hindernisse zu einer Selbsttötung von Dritten aus dem Weg geräumt werden, so kann dies erheblich taterleichternd wirken.

Eine Selbsttötung beeinflusst wesentlich auch jene, die als Hinterbliebene überleben. Nicht nur aus diesen Gründen besteht ein Regelungsbedarf, um die Umsetzung von Selbsttötungen nicht unangemessen zu erleichtern. Die Benelux-Länder werden immer wieder als positives Beispiel herangezogen, um zu zeigen, dass Suizidzahlen nicht zunehmen, wenn man Suizid staatlich organisiert unterstützt. Hierbei wird ein entscheidender Faktor verkannt. In den Benelux-Ländern existieren Beihilfe zum Suizid, Tötung auf Verlangen (dort unbefangen Euthanasie genannt) und terminale Sedierung als vereinfachte Form der Euthanasie parallel zueinander. Fragt man Patienten oder auch deren Angehörige mit dem Wunsch nach lebensverkürzenden Maßnahmen nach ihren Präferenzen, wird die Mehrzahl Euthanasie der Beihilfe zum Suizid vorziehen. Die Euthanasie-Zahlen nehmen kontinuierlich zu. Dies wird als Grund für die Stagnation der Beihilfe zum Suizid kaum diskutiert.

In einigen amerikanischen Bundesstaaten gibt es die Beihilfe zum Suizid als Leistung der medizinischen Mindestversorgung. Es wird berichtet, dass jene, die ihr tödliches Medikament ausgehändigt bekommen hätten, es meist nicht einnehmen würden. Allerdings gibt es keine Meldepflicht für einen mit dem Medikament vollzogenen Suizid. Außerdem ist eine Meldung mit einem Verwaltungsaufwand verbunden.

Ein Land mit einer gut organisierten Überwachung der Suizidassistenz scheint die Schweiz zu sein. Dort sind die Zahlen der sogenannten Begleitungen auch entsprechend kontinuierlich steigend.

Welche Alternativen bietet die hospizlich-palliative Versorgung?

Thomas Sitte, Vorstandsvorsitzender der Deutschen Palliativ Stiftung

Welche Verantwortung hat die Gesellschaft, welche der Einzelne?

Sind in einer Diskussion einmal die Begrifflichkeiten eindeutig geklärt, so geht trotzdem die Argumentation leicht aneinander vorbei. Befürworter der Assistenz stellen das Argument des „Frei“-todes in den Vordergrund, vor allem, wenn ein Patient leiden müsse und das Leiden nicht ausreichend behandelbar sei.

Gegner argumentieren oft mit der Nicht-Verfügbarkeit des Leben-Gebens und des Leben-Nehmens. Sie sagen, jedes Problem am Lebensende sei durch hospizlich-palliative Maßnahmen zu lösen. So müssen die Dimensionen ermessen werden, die einerseits eine Suizidassistenz auf den Einzelnen und andererseits auch auf die Gesellschaft hat:

Zunächst muss jeder entscheiden, unter welcher ethischen Sicht, unter welchen moralischen Vorstellungen, er persönlich Selbsttötungen bewertet. Ebenso muss unser Gemeinwesen entscheiden, unter welcher ethischen Sicht, unter welchen moralischen Vorstellungen, Selbsttötungen bewertet, gefördert oder verhindert werden sollten.

Dann kann eine Diskussion auf dieser Grundlage zu medizinischen Fragen geführt werden.

Eine Vermischung dieser Fragestellungen ist nicht möglich und verwirrend. Die erste Frage ist für den Einzelnen vielleicht einfacher zu lösen, führt aber zu einem von Unverständnis getragenen, grundlegendem Dissens, wenn in einer Diskussion die Haltungen aufeinander prallen. Schnell wird dann versucht, mit verschiedenen medizinischen Beispielen zu beweisen, welche Lösungen denkbar und richtig wären.

Beispiel 1:

Michaela, 23 Jahre, hat einen schweren Hirnschaden nach einer Hirnblutung vor sieben Jahren. Sie hat zwar überlebt, kann aber seitdem weder essen noch trinken. Auch gibt es keine Möglichkeit mehr, mit ihr über ihre Sorgen, Nöte und Wünsche zu kommunizieren. Hautproblem: Ist eine Lebenserhaltung durch künstliche Gabe von Flüssigkeit/Ernährung, teils auch Beatmung, indiziert und erlaubt oder zwingend geboten oder vielleicht auch verboten? Würde man als mutmaßlichen Patientenwillen mit allen Beteiligten konsterniert feststellen, dass Michaela keine lebenserhaltenden Maßnahmen hätte haben wollen, so müsste man auf Ernährung, Flüssigkeit, Beatmung, Antibiotikagabe u.v.m verzichten und sie so sterben lassen.

Beispiel 2:

Beate, 47 Jahre, leidet unter zunehmender Muskellähmung bei Amyotropher Lateralsklerose (ALS). Sie kann ihren Willen äußern, anders als Michaela im ersten Beispiel. Auch hier wäre Sterbenlassen geboten, wenn es dem Patientenwillen entspricht, den Beate ja auch äußern kann. Ein Konflikt unter den Versorgenden käme leicht auf, wenn Beate forderte, dass sie ihr Sterben nicht bewusst miterleben will und mit dem Absetzen der lebenserhaltenden Maßnahmen nach einer sogenannten Palliativen Sedierung verlangt. Oder sollte man Beate die Möglichkeit anbieten, Suizidassistenz oder Tötung auf Verlangen in Anspruch zu nehmen? Beides wäre schneller, einfacher und kostengünstiger durchzuführen.

Beispiel 3:

Anton, 95 Jahre, hat eine beginnende Demenz, nach mehreren kleinen Schlaganfällen. Täglich dauert es viele Stunden an Pflegeaufwand, um ausreichend Nahrung zu erhalten. Ist aufwändiges, liebevolles „Füttern“ eine (volks)wirtschaftliche Alternative zur wesentlich weniger personalaufwändigen PEG-Ernährung¹⁰ bei Altersschwäche. Eine Indikation zur in Deutschland so häufigen PEG-Anlage ist genau dieser hohe Aufwand des Essenanreichens. Wie kann und darf Anton sterben, wie kann und sollte er in unserer Gesellschaft sterben gelassen werden?

Konsequenzen für den Versorgungsalltag

Jede Entscheidung der Versorgung in die eine oder andere Richtung bei diesen drei Patientenbeispielen kann und wird Konsequenzen haben für den Umgang mit anderen Patienten in ähnlicher Situation.

Was braucht unsere Gesellschaft heute, um die entstehenden Fragen ernsthaft diskutieren zu können?

10 PEG – perkutane endoskopische Gastrostomie; endoskopisch angelegter künstlicher Zugang von außen in den Magen.

Überwindung der Angst vor dem „natürlichen Sterben“ durch:

- Verständliche Informationen über den Sterbeprozess
- Wissen um die Möglichkeiten der Palliativmedizin – selbst schwerstes Leiden kann noch kontrolliert oder wenigstens gelindert werden
- Zugang zu den palliativen Versorgungsstrukturen für jedermann
- Beratungsstellen für Betroffene wie Angehörige
- In der Palliativmedizin gut ausgebildete Ärzte und Pflegekräfte
- Entlastungsstrukturen für Patienten wie Angehörige
- Zusammenarbeit aller inkl. Seelsorge
- Ein Klima, das dem „Lebensschutz“ den notwendigen Raum gibt

Bedürfnisse des Einzelnen und Bedarfe für Änderungen

Es geht in der Diskussion um „Sterbehilfe“, Beihilfe zum Suizid, Tötung auf Verlangen auch um den Schutz des eigenen Lebens, so dass der Gedanke aufkommt: Heute sind es andere Patienten, morgen sind meine Eltern dran, übermorgen vielleicht ich selber...

Die aktuelle Situation in der Diskrepanz zwischen den Möglichkeiten der hospizlich-palliativen Versorgung, die doch meist in praxi nur unzureichend vorhanden sind, und dem immer wieder vernehmbaren Wunsch, den Zeitpunkt des eigenen Todes festlegen zu können, kann als Folge der kulturellen Entwicklung hin zur hundertprozentigen Normerfüllung verstanden werden, angefangen beim Social Freezing, vorgeburtlichen Screening auf mögliche „Behinderungen“, selektiven Fetozid nach Gendiagnostik, Self Optimizing, Neuro-enhancement bis hin zum selbstbestimmten Sterben als sozial-verträgliches Frühableben (Karsten Villmar, Präsident der Bundesärztekammer, Unwort des Jahres 1998).

Typisch für die zunehmende Medikalisierung ist gerade auch die Forderung, dass, wenn ich meinen Todeszeitpunkt selbst gewählt und frei verantwortlich festgelegt habe, mir auch der Arzt meines Vertrauens die notwendige (Dienst)leistung widmen müsse. Welche Auswirkungen das auf Dauer auf das Arzt-Patient-Verhältnis haben wird, lässt sich nur annähernd erahnen. Denn bisher gilt, dass der Arzt dem Leben verpflichtet ist und nicht dem Tod.

Das aus heutiger Sicht zu radikale Zitat von Christoph Wilhelm Hufeland (1762–1836):

„Der Arzt soll und darf nichts anderes tun als Leben erhalten, ob es ein Glück ist oder ein Unglück, ob es Wert hat oder nicht, das geht ihn nichts an, und maßt er sich einmal an, diese Rücksicht in sein Geschäft mit aufzunehmen, sind die Folgen unabsehbar, dann wird der Arzt der gefährlichste Mensch im Staate.“

könnte man heute leicht abgewandelt so formulieren:

„Der Arzt soll und darf nichts anderes tun als Patienten nach ihrem Willen beizustehen und deren Leiden zu lindern, ob es ein Glück ist oder ein Unglück, ob es Wert hat oder nicht, das geht ihn nichts an. Maßt er sich einmal an, diese Rücksicht aus Mitleid heraus durch aktive Lebensverkürzung zur ärztlichen Aufgabe zu machen, sind die Folgen unabsehbar, dann wird der Arzt der gefährlichste Mensch im Staate.“

Wir brauchen deshalb:

- einen großen gesellschaftlichen Diskurs über den unbedingten Schutz jeglichen Lebens unabhängig von Alter, Form, Erkrankungen und Einschränkungen und die Möglichkeiten der Palliativmedizin,
- ein Beratungsnetz, das Patienten wie Angehörige in ihrer Entscheidungsfindung begleitet,
- eine Gesetzgebung, die Ärzte davor schützt zum Thanathologen zu mutieren,
- Leitlinien für den Einsatz von palliativer Sedierung und ein entsprechendes Follow up,
- ein niedrighschwelliges ambulantes Versorgungsnetzwerk mit ausreichender Personalausstattung, das Menschen in der letzten Phase eine engmaschige palliative Versorgung ermöglicht.

Eine gute hospizlich-palliative Begleitung macht den Wunsch auf Tötung auf Verlangen und Beihilfe zur Selbsttötung zur Beendigung des Leidens überflüssig.

Impulse für den gesellschaftspolitischen Diskurs

Die (eigenen) **Erwartungen an die Pflegenden** müssen hinterfragt und auf ein normales berufliches Niveau reduziert werden.

Das Maß an Betreuung und Pflege ist daran auszurichten, die **Pflegebedürftigen als Personen** zu sehen, zu behandeln und zu respektieren, um ihnen ein Höchstmaß an Verantwortung für die eigene Existenz zu ermöglichen.

Der Mensch im Mittelpunkt

Der **Aufwand** für **Administration** und Dokumentation muss deutlich **reduziert** werden zum Wohle der zu Pflegenden und der sie Versorgenden.

Nur wenn Kranken- und Pflegeversicherung, aber auch die unterschiedlichen Gesundheitsprofessionen beim Versorgungsgeschehen **Hand in Hand arbeiten** und bestehende Schnittstellenprobleme lösen, kann ein wünschenswerter und sinnvoller längerer Verbleib im häuslichen Umfeld ermöglicht werden.

Die **Pflegeversicherung** kann aus demografischen und finanziellen Gründen nur eine **Teilkaskoversicherung** sein und muss mehr am Prinzip **Eigenverantwortung** ausgerichtet werden. So sollten zum Beispiel auch **Familien-Angehörige** einen Teil Betreuungsverantwortung mittragen müssen.

Möglichkeiten im solidarischen System

Im Pflege-Bereich muss stärker der **Fokus auf unternehmerisches Handeln** gelegt werden. Der Zwang dazu im Sinne einer Ressourceneffizienz wächst. Gleichzeitig ist ein stärkeres unternehmerisches Denken in Kombination mit sozial verantwortlicher Betriebsführung die Basis für eine qualitativ bessere Pflege.

Der **Generationenvertrag** muss neu formuliert werden von einer **inter-generativen** zu einer stärker intra-generativen Form.

Unternehmen müssen im Eigeninteresse – Stichwort Fachkräftemangel – heute Strukturen und Angebote schaffen, um ihren Beschäftigten morgen **Pflege im familiären Umfeld** zu erleichtern.

Das Prinzip der **selbstverantworteten Vorsorge** muss im Eigen- und Solidarinteresse wieder mehr Bedeutung gewinnen. Dazu gehört auch die eigene **Vorbereitung auf das Alter** und die gewünschten Umstände.

Pflegeeinrichtungen und soziale Dienstleister brauchen aus Arbeitgeber- wie Arbeitnehmersicht eigene **passgenaue tarifpolitische Branchenlösungen**. Wenn man sie in ein tarifvertragliches Einheitskorsett des öffentlichen Dienstes zwingt, geht dies letztlich zu Lasten der zu Pflegenden.

Selbstverantwortete Vorsorge – unterstützt durch Familie, Kirche, Arbeitgeber und Tarifpartner

Die **Kirche** soll aus einem wahren Humanismus heraus die Reduzierung auf die Antipoden Gesundheit – Krankheit aufbrechen und den Menschen neben der ärztlichen, therapeutischen und pflegerischen Begleitung auch eine **seelsorgerische Zuwendung** bieten.

Jedem müssen die **Konsequenzen** des eigenen Tuns und Lassens, von Gegenwarts- und Zukunftskonsum bewusst sein. Darauf basierend muss sich jeder ein Bild davon machen, was Pflege zukünftig leisten soll und kann – und ob es Alternativen zu zunehmenden **Rationierung** und **Priorisierung** gibt.

Altern und spätere **Pflegebedürftigkeit** werden vom Einzelschicksal zur prägenden **Gesellschaftsrealität**. Diese neue Gemeinschaftsaufgabe mit all ihren Zielkonflikten sollten wir annehmen, statt in sozialpolitische Engführung zu flüchten. Es ist höchste Zeit für ein **neues Bild des** (eigenen und gemeinsamen) **Alterns**.

Die Diskussion um **Sterbehilfe** muss deutlich zwischen der **persönlichen Perspektive** und den Konsequenzen für die **Gemeinschaft** trennen.

Sterben und Sterbehilfe

Das **natürliche Sterben** (und nicht die Sterbehilfe) gilt es zu **enttabuisieren** und wieder stärker in die Gesellschaft zurückzuholen.

Sterbehilfe und Suizid sind keine Antworten auf körperliche, seelische oder soziale Probleme in der letzten Lebensphase und sie dürfen nicht von den Versorgenden (Familienangehörigen) gegeben werden.

MITARBEIT:

BKU-Arbeitskreis Soziale Ordnung

Die Texte des Impulspapiers wurden von den Mitgliedern des BKU-Arbeitskreises Soziale Ordnung im Rahmen ihres Schwerpunktthemas Pflege 2013/2014 gemeinsam diskutiert und erstellt:

Stephanie Becker-Berke, Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG, Vorstand

Dr. Vera Bünnagel, Referentin beim Bund Katholischer Unternehmer e.V.

*Marie-Luise Dött, Mitglied des Deutschen Bundestages,
Umwelt- und Baupolitische Sprecherin sowie stellv. Vorsitzende des
Parlamentarischen Mittelstand der CDU/CSU-Fraktion im Deutschen Bundestag,
Vorsitzende des Bundes Katholischer Unternehmer*

Otmar Eickmeier, Sparkassendirektor a. D.

Dr. Thomas Franke, Geschäftsführer Deutscher Orden – Ordenswerke

Dr. Ralf Kieser, Leiter Kundenmanagement / Steuerung bAV Konzern bei der Longial GmbH

Peter Leyendecker, Unternehmer

Günter Oelscher, Vorstandsvorsitzender Franz Sales Haus

Dr. Josef Peters, DRK-Kreisgeschäftsführer, DRK-Kreisverband Leverkusen e. V.

Elisabeth Schulte, Geschäftsführerin des bundesweiten Unternehmerverbandes Soziale Dienstleistungen + Bildung e.V. mit Sitz in Duisburg, Vorsitzende der BKU Diözesangruppe Ruhrgebiet

Karl-Sebastian Schulte, Geschäftsführer des Zentralverbandes des Deutschen Handwerks (ZDH)

Dr. Ursula Sottong, Leiterin der Malteser Fachstelle Demenz

*Dr. Elmar Waldschmitt, Leiter Unternehmensentwicklung BIG direkt gesund,
Dortmund und Berlin*

Als Gäste brachten ihren Sachverstand ein:

*Ingrid Fischbach, MdB, Parlamentarische Staatssekretärin beim
Bundesminister für Gesundheit*

*Christiane Flüter-Hoffmann, Senior Researcher und Projektleiterin
Betriebliche Personalpolitik, Institut der deutschen Wirtschaft Köln*

*Dr. Steffen J. Roth, Geschäftsführer des Instituts für Wirtschaftspolitik
an der Universität zu Köln*

Thomas Sitte, Vorstandsvorsitzender der Deutschen Palliativ Stiftung

Mark Spindler, Geschäftsstelle Bürokratieabbau, Bundeskanzleramt

*„Das Maß der
Wirtschaft ist
der Mensch.*

*Das Maß des
Menschen ist
sein Verhältnis
zu Gott.“*

Wilhelm Röpke

Die Christliche Gesellschaftslehre ist unser Fundament, die Soziale Marktwirtschaft und der demokratische Rechtsstaat sind unser ordnungspolitisches Leitbild. Als katholische Unternehmer bekennen wir uns zu unserer Verantwortung vor Gott und den Menschen. Auf diesen Grundlagen reflektieren wir die Gestaltungszusammenhänge von Wirtschaft und Gesellschaft und an ihnen orientieren wir unser Handeln.

Schon bei der Gründung 1949 stand das Selbstverständnis des BKU fest, wie es bis heute gilt: Er soll langfristig strategisch wirken und von erarbeiteten Positionen aus einen Dialog führen.

Der BKU ist organisiert in 34 Diözesangruppen und wird vom Bundesvorstand, unterstützt durch die Bundesgeschäftsstelle in Köln, geleitet. Die Diözesangruppen und der Bundesverband organisieren verschiedene Veranstaltungen, Tagungen und thematische Arbeitskreise. Mitglieder des BKU sind Unternehmer, Führungspersonen, angestellte Manager und Freiberufler.



■ **Bund Katholischer Unternehmer e.V.**

Georgstraße 18 · 50676 Köln

Tel.: 02 21/2 72 37-0 · Fax: 02 21/2 72 37-27

service@bku.de · www.bku.de

Pax Bank Köln · IBAN: DE14 3706 0193 0013 7370 10

BIC: GENODED1PAX