

15. LANDTAG VON BADEN-WÜRTTEMBERG

Enquetekommission

„Pflege in Baden-Württemberg zukunftsorientiert und generationengerecht gestalten“

Öffentlicher Teil

4. Sitzung

Freitag, 24. Oktober 2014, 13:00 Uhr

Stuttgart, Plenarsaal

(Kunstgebäude)

Beginn: 13:00 Uhr

Schluss: 15:07 Uhr

T a g e s o r d n u n g

Teil I – öffentlich

- Fachgespräch: „Gute Arbeit in der Pflege“..... S. 1

Teil II – nicht öffentlich

- Allgemeiner Beratungsstoff (Punkte 1 bis 7).....(gesondertes Protokoll)

Externe Mitglieder bzw. Referenten:

Referent
Prof. Dr. habil. Thomas Klie Leiter des Prüfungsamtes
Thomas Reumann Vorstandsvorsitzender
Ernst Olbricht
Prof. Dr. med. Volker Köllner
Herbert Weisbrod-Frey Bereichsleiter
Michael Wipp Geschäftsführer

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Ich darf Sie alle sehr herzlich zur ersten öffentlichen Anhörung der Enquetekommission „Pflege in Baden-Württemberg zukunftsorientiert und generationengerecht gestalten“ begrüßen. Diese Anhörung wird heute im Rahmen eines öffentlichen Fachgesprächs stattfinden. Ich darf die Damen und Herren Mitglieder der Enquetekommission und vor allem unsere Gäste sehr herzlich begrüßen. Wir freuen uns über das rege Interesse, das die Arbeit der Enquetekommission findet.

Weiter darf ich ganz herzlich die Referenten des heutigen Nachmittags begrüßen: Herrn Professor Dr. Thomas Klie – Professor für Rechts- und Verwaltungswissenschaften, Gerontologie an der Evangelischen Hochschule Freiburg –, Herrn Thomas Reumann – Vorstandsvorsitzender der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft –, Herrn Ernst Olbricht – Vorsitzender der Landesgruppe Baden-Württemberg des Katholischen Pflegeverbands –, Herrn Professor Dr. Volker Köllner – Chefarzt der Fachklinik für Psychosomatische Medizin und Professor an der Medizinischen Fakultät der Universität des Saarlandes –, Herrn Herbert Weisbrod-Frey – Bereichsleiter für Gesundheitspolitik beim Bundesvorstand von ver.di – und Herrn Michael Wipp – Geschäftsführer der Haus Edelberg Dienstleistungsgesellschaft.

Meine Damen und Herren, ich möchte keine langen Vorreden halten. Wir wollen gleich zum Thema kommen.

Fachgespräch „Gute Arbeit in der Pflege“

Ich darf darauf hinweisen, dass wir einen engen Zeitplan haben und ich nach 20 Minuten bzw. nach zehn Minuten – teilweise haben die Fraktionen die Vortragsdauer aufgeteilt – unerbittlich mit der Glocke bzw. mit einem visuellen Zeichen den Redner bitten werden, mit seiner Rede zum Ende zu kommen.

Zuerst darf ich Herrn Professor Dr. Klie ans Rednerpult bitten.

Dr. Thomas Klie, externes Mitglied: Herr Vorsitzender, meine sehr verehrten Damen und Herren! Vielen Dank für die Gelegenheit, hier heute etwas zu dem wichtigen Thema „Gute Arbeit in der Pflege“ zu sagen. Es freut mich, dass die Enquetekommission einen besonderen Akzent auf diesen Aspekt legt, hängt doch die Zukunft der Pflege auch ganz entscheidend davon ab, dass Menschen dort arbeiten wollen, sie sich gewürdigt sehen, sie sich mit ihrer Verantwortungsbereitschaft, ihrer Kreativität und ihrer Kompetenz mit den vielfältigen Aufgaben identifizieren, die sich in den Pflegeinstitutionen und überhaupt im Berufsfeld der Pflege stellen.

Ich bin Gerontologe. Ich glaube, dies ist in diesem Zusammenhang kein unwichtiger Begriff, da wir in einer älter werdenden Gesellschaft leben und uns gerade diesen Herausforderungen zu stellen haben. Ich glaube, dass die interdisziplinär angelegte Gerontologie hier auch wichtige Wissensbestände beizusteuern hat. Aus der Perspektive eines Gerontologen, aber auch aus der eines Juristen darf ich Ihnen hier heute etwas zu dem sagen, was ich meine, welche Bedingungen gute Arbeit in der Pflege ausmachen.

Das sind nicht meine persönlichen Ansichten – zumindest nicht überwiegend –, sondern meist Erkenntnisse aus der Forschung, die ich Ihnen darlege und die wir zur Diskussion stellen können.

(Der Redner begleitet seinen Vortrag mit einer Präsentation, *Anlage 1.*)

Drei Bereiche greife ich heraus – Sie können es nachlesen, denn ich habe es ausführlich dargelegt –, die mir entscheidend zu sein scheinen, von denen wir auch wissen, dass sie maßgeblich sind für solche Fragen wie Berufsverbleib, Berufseinmündung und die Gewinnung von Menschen für diese wichtigen Arbeitsfelder.

Das sind zunächst die Arbeitsbedingungen, und da gibt es Schlüsselfaktoren, die gute Arbeitsbedingungen in der Pflege ausmachen. Das ist auch empirisch erhärtet. Das will ich Ihnen hier nicht mit Zahlen belegen. Wir haben gerade für das Bundesgesundheitsministerium eine Studie mit dem Titel „Herausforderung Pflege – Modelle und Strategien zur Stärkung des Berufsfelds Pflege“ abgeschlossen, die dort auf breite und gute Resonanz gestoßen ist. Hintergrund ist – das wissen Sie –: Uns fehlen im Jahr 2030 500 000 Pflegekräfte in Deutschland. Ein „Weiter so!“ nach dem Motto „Die nächsten 15 Jahre wird sich nichts ändern“ ist eine völlig unverantwortliche Grundhaltung. Ich denke, dass sich die Enquetekommission hier genau dieser Frage stellt; wahrscheinlich deshalb einig Interesse von der Öffentlichkeit.

Das war der Hintergrund des Auftrags, den wir, AGP Sozialforschung und HWA, angenommen haben. Wir haben es neu berechnet. Das kann man auch regionalisiert berechnen. Die Daten liegen eigentlich vor, auch für Baden-Württemberg, auch auf Kreisebene. Es ist wichtig zu wissen: Wie bekommen wir die Antworten auf diesen Mangel an Pflegefachkräften und anderen Beschäftigten? Wir haben identifiziert: Es sind die Arbeitsbedingungen, die von größter Relevanz sind.

Ich durfte schon ein bisschen lesen, was diejenigen sagen werden, die heute auch noch Gelegenheit haben, etwas zu sagen. Ich glaube, da gibt es insofern große Übereinstimmung.

Da ist zum einen die Verlässlichkeit. Es ist gerade für Frauen unerträglich, wenn sie nicht wissen, wann sie Dienst haben. Wir haben es häufig mit erheblichen Defiziten im Management zu tun: Im Dienstplan sind Unsicherheiten enthalten, man weiß nicht für die nächste Woche schon Bescheid, wird am Wochenende gerufen, muss auf einmal eine andere Schicht übernehmen. Das ist zerstörerisch. Man fragt sich, warum man sich das antut, und das bei einer hohen Motivation. Wir haben kaum einen Arbeitsbereich, der eine höhere Identifikation der Fachkräfte mit ihrem Arbeitgeber kennt als den Bereich der Pflege. Genau dort sind natürlich Arbeitsbedingungen von größter Bedeutung, die auch die anderen Aspekte des Lebens dieser hoch engagierten Personen reflektieren. Hier ist das Stichwort Verlässlichkeit.

Weiter geht es um attraktive, lebensphasengerechte Arbeitszeitmodelle, bei denen auch bestimmte Lebensthemen – Kindererziehung oder andere Passagen des Lebens – in

Bezug auf die der Arbeitszeit und überhaupt die Arbeitsgestaltung mit berücksichtigt werden. Wir hatten in diesem Projekt Herrn Kast dabei, der international dekorierte Personaler in Deutschland. Er hat uns beraten und begleitet und auch die Modelle aus Baden-Württemberg ausgewählt, in denen wir ausgezeichnete Arbeitsbedingungen gefunden haben. Die gibt es unter den bestehenden Bedingungen; und es gibt sie in einer Weise, die sogar Herrn Kast beeindruckt hat, der auch international in ganz anderen Branchen unterwegs ist. Ich will das nicht ausführen. Ich denke, man kann sich mit den Erkenntnissen professioneller Personalarbeit auseinandersetzen. Die sind bekannt; man muss sie nur entsprechend rezipieren.

Es geht um Work-Life-Balance. Wir haben es vielfach – das wird nachher noch ausgeführt werden – mit psychischen Belastungen in diesem Bereich zu tun, nicht so sehr mit körperlichen. Hier sind genau diese Fragen, was wir heute Salutogenese und Achtsamkeit nennen – auch im Umgang mit sich –, hoch bedeutsam, wenn man in diesem Bereich nicht zynisch werden will, sondern seinen ethischen und anderen Anforderungen, die man sich in dem Beruf gestellt hat, auch weiter gerecht werden will.

Es bedarf der Qualifizierungsoptionen. Pflege bietet noch nicht hinreichend Perspektiven. Wir sind noch viel zu sehr in einer klassischen Versorgungslogik nach dem Motto „Hauptsache, 50 % Fachkraftquote“. International sind wir in Deutschland völlig hinterher. Das sagt auch der deutsche Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Hier muss man strategisch – das ist auch eine landespolitische Aufgabe – Optionen formulieren und die entsprechend mit Aufgaben, mit Funktionen und mit Finanzierung hinterlegen.

Eine zentrale Erkenntnis auch unserer eigenen Studien ist: Wenn die Übereinstimmung von Wissen, Berufsethik und Praxis nicht gegeben ist, dann hauen sie ab. Dann hauen vor allem die Guten ab, wenn sie nicht das verwirklichen können, was ihnen wirklich wichtig ist. Davon ist man sowohl im klinischen Bereich als auch in der Langzeitpflege häufig betroffen.

Wir können nachweisen: Ein kooperativer Führungsstil hat einen positiven Einfluss auf die Arbeitsbedingungen, die Bürokratie ist ein Motivationskiller sondergleichen. Hier ist auch die Bundesebene mit verantwortlich. Vor allem jedoch sind die Träger verantwortlich, die sich häufig nicht gerade professionsstützend bewährt haben, sondern einfach mitmachen, wenn irgendjemand sagt, was alles dokumentiert werden muss. Das ist toxisch, hat doch gerade das Bayerische Staatsministerium herausgearbeitet, was wir im Pflegebereich an Dokumentationsverpflichtungen haben. Diese Dokumentationsverpflichtungen haben nichts mit Professionalität zu tun, sie zerstören Arbeitsmotivation und binden Kräfte und Zeit.

Attraktive Vergütungsbedingungen. Doch der Weg in die Pflege geht nicht über das Geld. Heute verdient eine Pflegekraft durchschnittlich schon in der Erstvergütung mehr als ein Mechatroniker. Diese dusseligen Vergleiche, ein Automechaniker würde pro Stunde viel mehr verdienen als eine Pflegekraft, sind nur Rhetorik und haben gar nichts mit der Wirklichkeit zu tun. Doch es bedarf eben attraktiver Vergütungsbedingungen, die

flexibel sind hinsichtlich bestimmter Qualifikationen, hinsichtlich neuer, anderer und ergänzender Aufgaben und auch hinsichtlich eines lebensphasenorientierten Personalmanagements, das vielleicht auch Sabbaticals, Arbeitszeitkonten etc. kennt.

Schließlich ist das betriebliche Gesundheitsmanagement bzw. die Gesundheitsförderung ein ganz wichtiger Faktor. Wir wissen z. B. aus der vorbildlichen Einrichtung, die gerade den Weltpreis für den besten Arbeitgeber im Bereich der Sozialunternehmen gewonnen hat, das Unternehmen Sozial-Holding in Mönchengladbach, dass gerade die psychischen Belastungen zum Thema Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement gehören.

Daraus folgt manches für die Landesebene:

Personalausstattung qualifizieren. Was die Personalbemessung anbelangt, verzichtet man in Baden-Württemberg noch auf leistungsgerechte Vergütungs-aushandlung. Das wird nicht gemacht, die Pflegesätze werden letztlich inkrementell errechnet. Auch der Personaleinsatz folgt sehr formalen Gesichtspunkten, aber nicht wirklich dem Anforderungsprofil. Vielleicht könnte man sich statt Pflegenoten auch etwas in Richtung Benchmark für Arbeitsbedingungen in der Pflege überlegen. Das wäre wesentlich attraktiver.

Qualifizierungsgerechter Einsatz von Pflegefachkräften, Kontrolle der Mittelverwendung für Personal. Wir haben auch hier in Baden-Württemberg Missverwendungen von Pflegesatzkosten im Bereich der stationären Pflege. Auch die Renditeerwartungen im klinischen Bereich für die Arbeitsbedingungen des Personals dort sind nicht immer zuträglich.

Qualifizierungsoffensive, Pflege mit differenziertem Berufskonzept, Bürokratieabbau unter Beteiligung der Strukturierten Informationssammlung, die jetzt durch das BMG und Frau Beikirch mit unterstützt wird, und branchenspezifische Qualifizierung der Personalarbeit. Das könnte man herunterbuchstabieren und dann ganz konkret sagen, was das für die Landespolitik heißt. Dazu ist heute nicht die Zeit, doch die Enquetekommission wird das beraten.

Der zweite Punkt ist Herrn Schirmer, dem stellvertretenden externen Mitglied benannt von der Fraktion GRÜNE, besonders wichtig, und hier beziehe ich mich auch auf seine Aussagen. Meine Damen und Herren, Beruf und Profession ist etwas Verschiedenes. Profession bezeichnet berufssoziologisch betrachtet Selbstständige, an eigene Wissensbestände gebundene, mit einer eigenen Berufsethik ausgestattete Personen. In diese Richtung bewegt sich die Pflege. Es wird nicht gesagt, dass es irgendein Beruf ist. Es gibt viele andere Berufe, die auch wichtig sind. Das hat man aber zu differenzieren. Das ist in der Sprache häufig überhaupt nicht geschehen.

Wir brauchen ein klares Berufs- und Kompetenzprofil. Wir haben es mit einem Ganzheitlichkeitssyndrom zu tun. Darüber durfte ich neulich auch mit Frau Altpeter sprechen. Es hat mich sehr gefreut, dass wir da ganz ähnlicher Meinung sind. Im Verstehen und

Gestalten ist die Ganzheitlichkeit wichtig und unverzichtbar. Wir haben den ganzen Menschen in den Blick zu nehmen, aber bitte nicht im Alltagshandeln. Da wird Ganzheitlichkeit durch Kooperation hergestellt, und nicht dadurch, dass einer alles macht.

Die Steuerung, die Interaktion und das spezifische Handwerk sind der Kern professionellen Handelns. Wir brauchen hier entsprechend Differenzierung und Spezialisierung im Handwerk in Richtung Advanced Nurses, in der Steuerung in Bezug auf die verantwortliche Pflegekraft und in Richtung Case Management und in Funktionen, Management und PDL. Diese Differenzierungen müssen sich auch in entsprechenden Ausbildungsgängen auch in der Akademisierung abbilden. Das tun sie bisher nicht, zumindest nicht hinreichend.

Wir müssen die Selbstverantwortung und Autonomie der Pflegekräfte stärken, und das wird auch eingefordert. Das ist die Voraussetzung für professionelle Pflege im Sinne eigenverantwortlicher Pflege. Berufsrechtlich sind einheitliche Ausbildungsvorgaben gefragt. Ob man das in einer einheitlichen Ausbildung macht oder nicht, darüber kann man gern diskutieren. Ich bin da leidenschaftslos, sehe nur die unterschiedlichen Herkünfte der Pflegeberufe. Altenpflege hat soziologisch betrachtet eine völlig andere Herkunft als Kinderkrankenpflege. Es ist naiv, zu glauben, man bekomme über eine einheitliche Ausbildung beide automatisch zusammen. Dazu gibt es auch Einiges an Empirie.

Wir brauchen Vorbehaltsaufgaben, die jetzt nicht nur tätigkeitsbezogen, sondern vor allem aufgabenbezogen formuliert werden. Sozialrechtlich bedarf es eines Verordnungsrechts für Pflegekräfte, beispielsweise im Hilfsmittelsektor die Übertragung von Aufgaben, die „advanced“ sind.

Man ist dabei, in Modellprojekten in der Organisation eigenverantwortliche Zuordnungen von Aufgabenfeldern und klare Kooperationsregeln zwischen den verschiedenen Berufsgruppen zu machen.

Wissenschaftlich: Standardbildung. Bitte nicht wie bisher im Bereich des SGB XI – das macht keinen Sinn –, sondern so, wie wir das vorschlagen, im Übrigen auch Herr Hohberg, früherer Vorstandsvorsitzender der AOK, im IQWiG und nicht im Sondersystem der Pflegeversicherung.

Berufsständisch muss man Fragen von Register und Kammer diskutieren. Ich bin da skeptisch. Ich bin nebenberuflich auch Rechtsanwalt, und wir sind nicht immer nur ganz froh über die Kammerbildungen, aber wir müssen in diese Richtung denken. Ich hoffe, wir haben in dieser Frage gute Diskussionen in der Enquetekommission. Die anderen Bundesländer machen uns vor, dass man es diskutieren kann.

Es folgt daraus manches für die Landesebene. Ich habe das angesprochen. Wir brauchen leistungserbringungsrechtliche Rahmenbedingungen; die sind zu qualifizieren. Das ist längst bekannt. Das wird leider häufig nicht aufgegriffen.

Heimrechtlich müssen wir die Fachkraftquote entmythologisieren und qualifizieren sowie administrative Bevormundungen und Bürokratieschäden vermeiden, um das einmal so zu formulieren.

Auch die Träger sind gefragt. Wir brauchen eine konzertierte Zurückweisung sozialadministrativer Vorgaben, die Professionalität behindern. Hier ist die Managementebene im Klinik- und im Langzeitpflegebereich letztlich auch Anwalt für die Professionalität der Pflegekräfte in den Institutionen. Das hat man in der Vergangenheit nicht hinreichend einlösen können.

Schließlich komme ich zum Arbeitsfeld. Das Arbeitsfeld der Pflege ist weit. Es ist nicht nur Pflege im engeren Sinn. Wir haben einen Fachkräftemangel zu erwarten – auch heute schon regional – und müssen das Berufsfeld öffnen. Das Berufsfeld ist auch viel offener, als wir es diskutieren. Pflege ist mehr als berufliche Pflege.

Der Rückgang informeller Pflege provoziert den größten zusätzlichen Arbeitskräftebedarf. Das müssen wir uns einmal vor Augen führen. Das haben wir auch errechnet. Es ist nicht der Fachkräftebedarf an Kliniken usw.; auch bei dem ist die Rekrutierung schon schwierig. Der größte quantitative Bedarf entsteht durch den Rückgang des informellen Pflegepotenzials, auch und gerade – weil wir hier so gebildet sind – in Baden-Württemberg. Denn Bildung und Einkommen sind ein Prädiktor für den Grad der häuslichen Versorgung, und zwar in negativer Hinsicht. Je höher die Bildung, desto geringer die Bereitschaft, häusliche Pflege in klassischer Weise zu übernehmen. Das ist so; damit muss man sich auseinandersetzen.

Das heißt, wir brauchen ein offenes Berufsgruppenkonzept. Das erhöht die Attraktivität des Arbeitsfelds.

Wir brauchen eine vertikale und horizontale Durchlässigkeit. Das fördert die berufliche Mobilität. Nicht alle sind schon am Anfang erfolgreiche Schüler, sondern werden es im Laufe des Lebens. Das ist gerade für Menschen mit Migrationshintergrund eine wichtige Perspektive.

Meine Damen und Herren, für die Motivation für das Arbeitsfeld wird früh der Grund gelegt. Wer geht in „Berufe für Menschen“? Derjenige, der früh soziale Erfahrung gemacht hat. Uns ist es – ich bin Vorsitzender der Engagementberichtscommission der Bundesregierung – eines der zentralen Anliegen, früh jungen Menschen soziale Verantwortung zu vermitteln, denn anders werden wir nie in der Breite Verantwortungsträger für diese Berufe finden.

Da sind letztlich Imagekampagnen völlig verfehlt, wenn sie nicht mit berücksichtigen, dass wir es hier mit einer anthropologischen Orientierung und einer Vorstellung von Gesellschaft zu tun haben, in der jede Person als Mitverantwortlicher gefragt bin. Das ist nicht irgendwie Sonntagspolitik von einem evangelischen Kirchenbeamten, sondern man kann nachzeichnen, dass das für die regionale Rekrutierung von Pflegekräften und anderen höchst bedeutsam ist. Das kann man auch empirisch nachzeichnen.

„Berufe für Menschen“ statt Verengung auf Pflege, das würde ich auch für Baden-Württemberg empfehlen als eine Strategie, die auch in Richtung Öffentlichkeitsarbeit oder Kampagne geht.

Was folgt daraus für die Landespolitik? Ein Berufsgruppenkonzept zwischen Cure und Care ist landesrechtlich zu flankieren und zu qualifizieren. Das kann man. Da sind auch Diskussionen notwendig, auch über diese Differenzierung zwischen Cure und Care. Das wird in der Pflegewissenschaft gut diskutiert, und da müssen wir weiterkommen.

Abkehr von hierarchisierender Semantik mit Pflegehilfskräften, zusätzlichen Betreuungskräften und niederschwelligen Hilfen. Was heißt das? Geringere Qualifikationserwartung, geringere Bezahlung, geringere Achtung und Würdigung. Das ist schon von der Semantik her nicht gut. Darum sprechen wir in diesem Bereich insgesamt von Assistenzkräften. Auch hier war ich sehr froh, dass Frau Altpeter und ich uns in unserem Gespräch darin einig waren, dass die Begriffe „Betreuung“ und „Betreuungskräfte“ letztlich nicht weiterführend sind. Der Begriff kommt jedoch von der Bundesebene.

Strategische Kooperation mit Agenturen für Arbeit und dem Bildungssektor, das kann man regional nachweisen. Wir kennen Regionen, in denen so viele in die Pflege gehen, weil es dort eine regional gute Arbeitsmarktpolitik für die Pflege gibt, dass es dort auch keine Rekrutierungsprobleme gibt. Das hängt natürlich auch mit den Branchenkonkurrenzen zusammen. Doch da kann man viel tun.

Man kann den Deutschen Qualifizierungsrahmen konsequent nutzen. Sie haben vielleicht gesehen, ich bin Prüfungsamtsleiter, aber das bin ich heute hier nicht. An der Hochschule liegt es uns an der Durchlässigkeit zwischen den verschiedenen Bildungsektoren.

Wir müssen das Fachkräftekonzept z. B. im Heimrecht öffnen, und zwar in der Differenzierung, die uns auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in Deutschland nahelegt.

Folie 5 zeigt – das können Sie auch nachlesen – ein neues Berufsgruppenkonzept, das breit diskutiert wird, das genau auch diese Gedanken aufgreift.

Auf Folie 6 sehen Sie eine – wenn man so will – noch nicht in eine Zeitschiene gebrachte Road Map, wie man es heute nennt. Wo muss man ansetzen, wenn man in der Langzeitpflege und für den Cure-Bereich eine Gesamtstrategie für gute Arbeitsbedingungen schaffen will? Da müssen wir an Zielgruppen im Bereich der Personalgewinnung, an Personalentwicklung, an Personalbindung, an Personalfindung denken, und das kennt jede Menge Rahmenbedingungen, die ich hier angedeutet habe.

Ich danke Ihnen für die Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Vielen Dank, Herr Professor Dr. Klie. Sie sind einwandfrei in der Zeit geblieben.

Dr. Thomas Klie, externes Mitglied: Das ist die Hauptsache.

(Vereinzelt Heiterkeit – Abg. Manfred Lucha GRÜNE: Das hätte keiner geglaubt!)

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Ich möchte noch ein Versäumnis meinerseits nachholen. Ich begrüße natürlich auch die Vertreter des Sozialministeriums sehr herzlich.

Wir schließen nun eine zehnmünütige Fragerunde an. Ich darf um Fragen bitten.

Abg. Jochen Haußmann FDP/DVP: Sehr geehrter Herr Professor Klie, herzlichen Dank für die umfangreichen Ausführungen. Ich will im Hinblick auf die Zeit nur einen Aspekt von den Punkten, die ich mir notiert habe, ansprechen.

Sie hatten angedeutet, dass wir international stark hinterherhinken, was das Thema Fachkraftquote anbelangt. Vielleicht können Sie, wenn Sie das im internationalen Kontext betrachten, einmal erläutern, wie das in anderen Ländern gemacht wird bzw. ob es vielleicht Länder gibt, die das in ihrem Sinn fortschrittlich handhaben.

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Ich würde vorschlagen, dass wir die Fragen erst sammeln und Sie dann insgesamt antworten können.

Abg. Jutta Schiller CDU: Herr Professor Klie, vielen Dank für Ihren Vortrag. – Ich habe folgende Frage: Sie vertreten die Auffassung, dass sich die Berufsverweildauer in der Pflege nicht sehr von der in anderen Berufssparten unterscheidet. Vielleicht können Sie da etwas konkreter werden und auch konkrete Zahlen der Verweildauer in der Pflege benennen.

Vielen Dank.

Abg. Bärbl Mielich GRÜNE: Herzlichen Dank für diesen wirklich inspirierenden Vortrag. – Meine Frage geht in eine ähnliche Richtung wie die des Kollegen Haußmann. Sie sprechen das Thema „Fachkraftquote in der stationären Versorgung, in der Altenpflege“ an. Dies bezieht sich im Moment sehr stark auf die Pflegefachkraft. Doch eine Fachkraft ist natürlich in der stationären Pflege noch deutlich mehr. Ich möchte Sie bitten, noch einmal auszuführen, wie man das Thema Fachkraftquote insgesamt so verändern kann, dass das Spektrum der Betreuung und Unterstützung von Menschen in der stationären Pflege besser abgebildet wird. In diesem Zusammenhang frage ich auch: Wie können wir das machen? Wie können wir, die Landespolitik, das befördern?

Abg. Rainer Hinderer SPD: Herr Professor Klie, vielen Dank für diese geballten Informationen und die vielfältigen Themen. – Ich knüpfe kurz an. Sie haben gesagt, die Fachkraftquote gilt es zu entmythologisieren. Vielleicht können Sie einmal ausführen:

Was ist mythologisch an der Fachkraftquote? Entweder sie ist zu hoch, oder sie ist zu niedrig, oder wir müssen den Fachkraftbegriff erweitern.

Besonders hellhörig bin ich geworden bei Ihrer Aussage, Fachkräfte in der Pflege hätten einen guten Verdienst, sie brauchten nur attraktivere Vergütungsbedingungen. Was verstehen Sie darunter? Oder gibt es vielleicht bereits Modelle, Tarifverträge, die attraktiver sind – ich höre von den Pflegenden zumindest anderes –, wenn es anscheinend gar nicht an der Gehaltshöhe liegt?

Dr. Thomas Klie, externes Mitglied: Vielen Dank für diese Fragen. – Ich darf vielleicht mit der Fachkraftquote beginnen. Herr Haußmann, Deutschland kennt eine Fachkraftquote, die man formal anderswo gar nicht kennt. 50 % der Beschäftigten in Betreuungszusammenhängen sollen Fachkräfte sein. Dabei ist noch nicht einmal richtig beschrieben, was sie tun sollen und wer sie sind. Da liegt schon einmal ein definitorisches Vakuum.

Ich weiß genau, wie diese Fachkraftquote zustande kam. Man hat sich im Bundesrat im Verordnungsgebungsverfahren irgendwann einmal einigen müssen, und Herr Hasinger, der damalige Staatssekretär im heutigen BMFSFJ – das hieß damals noch anders –, hat das als eine seiner letzten Taten noch durchgesetzt. Es war wichtig, dass man kurz vor Einführung der Pflegeversicherung in einer Verordnung überhaupt Fachlichkeit auf diese Weise geschaffen hat. Man war sich damals schon völlig klar darüber, dass das eine Forderung ist, die symbolisch dokumentiert: Wir setzen auf Fachlichkeit, können aber inhaltlich nicht genau bestimmen, was sie tun, und wir können es auch nicht quantifizieren. Quantifizieren konnte man im Heimrecht damals auch nicht, denn der Bund kann nicht über das Ordnungsrecht festlegen, was die Sozialleistungsträger zu zahlen haben. Das ist ein Hintergrund, den man mit bedenken muss.

Das Wichtigste scheint mir – da sind wir in Deutschland hinterher –, dass wir berufsrechtlich absolut zurückhaltend sind, was Berufsausübung von Profession in diesem Bereich anbelangt. Wir können Berufsrecht weder durch Sozialrecht noch durch Heimrecht oder Ordnungsrecht ersetzen. Dann kann man sie kontrollieren – das ist schön –, doch man beschreibt nicht, was die Aufgabe ist. Das ist bei den Ärzten und auch bei anderen Berufen anders. Ich glaube, hier und da – das kann man am Ausland lernen – gibt es eine viel klarere berufsrechtliche und berufspolitische Verortung der Aufgaben von Fachkräften und Fachberufen im Gesundheitswesen. Das muss man so weit sehen. Wir müssen auch die Durchlässigkeit zwischen den Gesundheitsberufen hinsichtlich der Ärzte schaffen. Das geht gar nicht anders. Wir haben regional schon extrem wenige Ärzte, und international sind wir da auch sehr, sehr zurückhaltend.

Man sollte beschreiben, was eine Pflegefachkraft nach ihrem Bachelorabschluss oder nach ihrer dreijährigen Ausbildung tut, was ihr Aufgabenbereich ist, gern nach Feldern differenziert. Kinderkrankenpflege ist anders profiliert als Altenpflege, mit einem gemeinsamen Grundverständnis von Pflege; das finde ich politisch auch ausgesprochen bedeutsam. Was ist, wenn sie bestimmte Aufgaben im OP mit übernimmt? Das wird im Wesentlichen bisher innerbetrieblich geregelt, aber zum Teil auch über Weiterbildung.

Was hat sie für ein Aufgabenprofil, wenn sie als verantwortliche Pflegefachkraft im ambulanten Dienst unterwegs ist? Das kann ich profilieren. Das setzt schon eine andere Qualifikation voraus.

Dann brauchen wir für die komplexen Steuerungsaufgaben in der Pflege sowohl betrieblich als auch systemisch akademisierte Pflegekräfte. Da sind wir in Deutschland mit null Komma irgendetwas Prozent absolut im Hintertreffen. Schauen Sie in andere Länder; die haben 10 %. Der deutsche Sachverständigenrat sagt, man sollte 10 bis 15 % der Beschäftigten als Akademiker mit klaren Aufgabenbeschreibungen haben. Es sollte nicht passieren, dass man, wenn man einen Hochschulabschluss hat, genau das gleiche wie vorher macht. Das ist ja wohl nichts. Da bekommt man auch keine wirklichen Verantwortungsträger, sondern diejenigen, die sagen: „Ich mache noch einmal eine Pause und studiere.“ Doch damit erreicht man keine wirklich strategische Ausrichtung der Pflegeberufe.

Doch in die Richtung müssen wir uns bewegen und müssen sagen: Wir streben auch in Baden-Württemberg einen vielleicht zehnzehentigen – die genaue Prozentzahl ist zunächst einmal egal – akademisierten Kreis von Pflegekräften an, die dann auch die Verantwortung übernehmen können, die bisher in die Einrichtungen immer nur „hineinkontrolliert“ und nicht aus der Einrichtung von den Professionellen selbst wahrgenommen wird. Das mag vielleicht eine Andeutung von Antwort sein.

Zur Entmythologisierung. Das habe ich eben schon angedeutet. Die Fachkraftquote will ich auch nicht einfach zur Disposition stellen. Eine Argumentationslast zu schaffen, dass man sagt, mit einem anderen Personalkonzept als einer Vorstellung von 50 % Fachkräften gehe ich soundso vor; diese Argumentation will ich provozieren. Sonst geht es in Richtung Personaleinsparung oder vielmehr Einsparung von qualifiziertem Personal. Es gibt eine Menge Leute, die in diesem Bereich einfach nur Geld machen wollen. Dagegen bitte eine Bremse, aber dann bitte befördern.

Noch einmal zur Mythologie. Daran glaube ich. Das ist die Vorstellung, damit sei alles gut. Doch wenn man in die Praxis schaut, ist nicht alles gut. Man muss dahinter schauen. Deshalb geht es auch hier darum, genau zu beschreiben: Was sind die Aufgaben von Fachkräften in der stationären Pflege? Wenn Sie sich Arbeitszeitanalysen ansehen – das haben wir vor Jahren auch einmal für die Evangelische Heimstiftung gemacht –, dann sehen Sie, dass Fachkräfte in einem Großteil ihrer Arbeitszeit genau das Gleiche machen wie Hilfskräfte. Das kann nicht sein. Das müssen wir ändern. Insofern brauchen wir eine klare Beschreibung dessen, was die Aufgaben von Fachkräften in der Institution zwischen Steuerung, Handwerk und Interaktion sind. Wenn das nachgewiesen wird, dann sollte man ein anderes Personaleinsatzkonzept realisieren lassen, auch von denen, die als Aufsichtsbehörden Mitverantwortung tragen, und sollte auch andere Fachkräfte wie die der Hauswirtschaft und der sozialen Arbeit, die für die Einbindung von Institutionen in das soziale Umfeld von größter Bedeutung sind, einbeziehen und zulassen. Denn die Fachkraftquote – völlig richtig – bezieht sich nicht nur auf Pflegefachkräfte, sondern auch auf Hauswirtschaftsfachkräfte und möglicherweise Therapeuten und Sozialarbeiter.

Da zeigt sich dann auch das Ernstnehmen eines Konzepts, das sich wirklich auf Öffnung, auf Normalisierung und auf Wohnen konzentriert. Mit einer klassischen freien Pflegeausrichtung bekommen Sie das nie realisiert. Darum scheinen mir Konzepte angemessen zu sein, in denen man die Fachkräfte als ambulanten Dienst in einer stationären Einrichtung organisiert, indem sie zu Besuch in die Wohnbereiche kommen; und dort verantworten Hauswirtschaftskräfte oder andere den Alltag. Die können es in der Regel besser und weniger klinisch als eine Pflegefachkraft, die hier möglicherweise ganz anders orientiert ist. Verstehen Sie, in die Richtung kann man arbeiten.

Ich hoffe sehr, dass sich das Land Baden-Württemberg nicht nur auf ein Modellprojekt konzentriert, in dem man das, was man weiß, noch einmal – um das ein bisschen scharf zu sagen – nachspielt, sondern man insgesamt das Signal gibt: „Bitte, Heimträger, öffnet euch für solche Ansätze, und wir unterstützen euch darin. Wir sind Ermöglicher, Verwaltung und nicht Erledigungsverwaltung, die möglicherweise das behindert, was es an hochinteressanten Konzepten bundesweit und international gibt.“ Diese Konzepte gibt es. Es nicht so, dass es die nicht geben würde.

Nun noch zum Berufsverbleib. Ich kann Ihnen die Zahlen nicht alle auswendig nennen. In Paragrafen bin ich besser, in der Empirie muss ich manchmal nachschlagen. Die Zahlen, die kommuniziert werden, sind im Übrigen als Imagekampagne für die Altenpflege katastrophal. Sie können eine solche Berufsgruppe gar nicht besser kaputtreden, als wenn wir die Altenpflege weiterhin schlechtreden, indem wir sagen, dass die Arbeitsbedingungen und die Bezahlung schlecht sind und die Personen dort nicht lange bleiben.

Wir sehen in der Altenpflege eine durchschnittliche Verweildauer, wenn Sie zwischenzeitliche Auszeiten berücksichtigen, von 19 Jahren. Wissen Sie, welche durchschnittliche Verweildauer eine Physiotherapeutin im Berufsleben hat? Sechs Jahre. Das ist nicht uninteressant. Wir haben es hier zum Teil mit einer anderen Realität zu tun als die, die in der Öffentlichkeit immer wieder verkündet wird. Ich glaube, hier sollten wir sehr sorgsam sein, dass wir nicht in der Sorge um die Zukunft der Pflege die Pflege schlechtreden und die Leute demotivieren, für die es der Beruf ist.

Wir haben parallel eine hochproblematische Diskussion um die Würde des Menschen. Wenn wir sagen, es ist nicht mehr würdig, so hochbetagt leben zu wollen, dann ist das gewissermaßen das Eingeständnis einer Gesellschaft – das hat nichts mit Selbstbestimmung zu tun –, keine Antwort auf diese Sorgefragen zu haben. Insofern müssen wir uns um die Attraktivität dieses Handlungs- und Verantwortungsfelds und natürlich um die Bereitschaft der Bürgerinnen und Bürger, dieses wertzuschätzen, sorgen.

Ich hoffe, dass die Enquetekommission in Baden-Württemberg ihren Beitrag dazu leisten kann, jenseits jeder Parteigrenzen dieses zentrale Thema zu einem Thema zu machen, an dem sich der gesellschaftliche Konsens exemplarisch dokumentiert. Vorbildlich ist für mich hier Nordrhein-Westfalen: einstimmige Verabschiedung des Alten- und Pflegegesetzes mit harten Einschnitten, auch für die Träger. Ganz realpolitisch, Herr Kunzmann; auch die CDU hat das dort mitgetragen. Ich spreche Sie an, weil Sie sagen,

bestimmte Überzeugungen sind möglicherweise nicht geerdet. Schauen Sie sich einmal an, wie das APG in Nordrhein-Westfalen geregelt ist, mitgetragen von der CDU. Das war großartig. Das wünsche ich mir – wenn ich das abschließend sagen darf – auch für unser Land.

Vielen Dank.

(Beifall)

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Vielen Dank, Herr Professor Dr. Klie. Sie haben die Redezeit geringfügig überzogen, aber ich wollte Sie Ihre Gedankengänge zum Abschluss bringen lassen.

Ich möchte nun Herrn Thomas Reumann ans Rednerpult bitten.

Thomas Reumann, externes Mitglied: Herr Vorsitzender, liebe Jugendlichen von gestern, liebe Seniorinnen und Senioren von morgen und übermorgen! Ich möchte anknüpfen an die Ausführungen von Professor Klie. In der Tat, es dreht sich nicht nur um die Frage, wie wir die Arbeitsbedingungen verbessern können – diese Vorbemerkung sei mir gestattet –, sondern es dreht sich darum, dass wir einen gesellschaftlichen Wertewandel haben. Wir haben eine veränderte Wahrnehmung der älteren Menschen in unserer Kultur, in unserer Gesellschaft. Wir haben einen Verlust an einer angesehenen Stellung der alten Menschen in unserer Gesellschaft. Frauen lassen sich eben nicht mehr auf das traditionelle Pflegen bzw. eine erzieherische, sorgende Tätigkeit reduzieren. Auf der anderen Seite ist das Interesse der Männer, entsprechende Pflegeberufe und soziale Berufe zu ergreifen, nicht in demselben Ausmaß gestiegen.

Ich glaube, es dreht sich auch um die Veränderung einer gesellschaftlichen Haltung alten, kranken Menschen gegenüber. Es dreht sich darum, dass wir viel mehr auch die Kontakte und die Unterstützung der alten Menschen als selbstverständliche Aufgabe in Verantwortung der jungen Generation und der jungen Menschen implementieren müssen. Ich glaube, es dreht sich um eine Wertschätzung der politischen Akteure diesen Gruppierungen gegenüber.

Dieser Perspektive werde ich mich in sieben Thesen der Frage nähern: Wie können wir die Attraktivität der pflegenden Berufe verstärken? Vor Ihnen steht der Vorsitzende der BWKG. Deshalb wird es Sie nicht überraschen, dass – These 1 – gute Arbeit in der Pflege auch voraussetzt, dass die Träger in die Lage versetzt werden, ausreichend Personal einzustellen, und dass sie dieses refinanziert bekommen.

Wir freuen uns sehr über den Beschluss des Bundestags zum Pflegestärkungsgesetz in der zweiten und dritten Lesung am 17. Oktober. Das ist gut so, mit allen Konsequenzen. Fakt ist, wir stellen im Moment noch fest, dass 40 % der Häuser nach dem jüngsten BWKG-Indikator tiefrote Zahlen schreiben. Das hat etwas mit dem Auseinanderklaffen der Finanzierungslücke zwischen Tarifsteigerungen auf der einen Seite und Pflegesatzsteigerungen auf der anderen Seite zu tun.

Es geht also auch darum, den veränderten Rahmenbedingungen Rechnung zu tragen. Personalschlüssel müssen an die Versorgungsrealitäten angepasst werden. Im Bundesvergleich haben wir in Baden-Württemberg immer noch einen guten Personalschlüssel. An einer bundeseinheitlichen Festlegung in der stationären Altenhilfe können wir, kann Baden-Württemberg kein Interesse haben. Deshalb gibt es im Moment auch Verhandlungen.

Sicherlich lässt die Fachkraftquote die Art der Qualifikation unberücksichtigt, orientiert sich nicht am realen Versorgungsbedarf der Heimbewohner, sodass auf der einen Seite Probleme zulasten der Pflegebedürftigen, andererseits aber auch der Versicherten drohen.

Deshalb wird es anknüpfend an eine entsprechende Anregung des Sachverständigenrats um eine differenziertere bedarfs- und prozessbezogene Beurteilung des Personalbedarfs und um einen geeigneten Fachkräftemix gehen.

These 2: Gute Arbeit setzt voraus, dass wir bestehende Organisationsstrukturen auf den Prüfstand stellen. Ja, wir müssen vorhandene Ressourcen möglichst effizient einsetzen. Wir müssen uns die Frage stellen, ob die heute bestehenden Organisationsstrukturen zukunftsfähig sind. Ich glaube, im Kern wird es sich darum drehen, zu fragen: Wie verteilen wir die zu erledigenden Aufgaben auf die unterschiedlichen Berufsgruppen? Wer braucht welche Qualifikation? Wofür braucht man Fachpersonal, z. B. Pflegekräfte, Assistenzkräfte? Mit Veränderungen von Versorgungsformen und Konzepten verändern sich auch die Aufgaben. Profile anderer Professionen werden deshalb sicherlich umso bedeutender werden. Ich denke, es wird am Ende um eine Balance zwischen der Frage der Spezialisierung auf der einen Seite und einer ganzheitlichen Betrachtung auf der anderen Seite gehen.

Qualifikationen und Strukturen müssen Hand in Hand gemeinsam fortentwickelt werden. Anschaulich wird dies beim Thema „Ambulant betreute Wohngruppen“, bei dem zunehmend zwischen zuwendender Betreuung, Grundversorgung einerseits und medizinischer Pflege andererseits getrennt wird. Ich glaube, wir brauchen berufsrechtlich, leistungsrechtlich, ordnungsrechtlich klare Weichenstellungen, in welche Richtung wir eigentlich die professionelle Pflege weiterentwickeln wollen.

Zum Thema Akademisierung: Ich glaube, wir müssen es mit Augenmaß voranbringen – die derzeitige Regelung –, dass wir sagen, wir brauchen auf der einen Seite die Akademiker – Chancen eröffnen, da das Berufsbild aufwerten und weitere Bevölkerungsgruppen dafür erschließen, ist richtig –, aber andererseits insbesondere Mitarbeiter, die ausführend ganz konkrete Pflege und Betreuung wahrnehmen.

These 3: Gute Arbeit in der Pflege setzt gute und zielgerichtete Ausbildung voraus. Wie soll die generalisierte Ausbildung in der Pflege ausgestaltet werden? Wir halten es für wichtig, dass schon in der Ausbildung klare Schwerpunkte gesetzt werden. Ich glaube, eine gemeinsame Ausbildung sollte stattfinden, aber mit anschließender Spezialisierung in Alten-, Kranken- bzw. Kinderpflege. Ich denke, das wäre der richtige Weg.

Im Sinne einer Durchlässigkeit des Bildungssystems sollte insbesondere auch darauf geachtet werden, dass die Ausbildung in Helfer- und Assistenzberufen in der Pflege anschlussfähig bleibt. Insbesondere muss diese Ausbildung auch als zweijährige Ergänzung zur einjährigen Pflegehilfeausbildung absolvierbar sein, Stichwort „Modularer Aufbau“.

Wir brauchen eine Refinanzierung der Ausbildungskosten. Die Kosten der Praxisanleitung müssen bezahlt werden. Wir müssen uns außerdem noch viel stärker Gedanken darüber machen: Wie kann auch mit Hauptschülern und Migranten dieser Bedarf tatsächlich abgedeckt werden? Wie können wir sie durch modulare Ausbildungsbausteine zu Fachkräften qualifizieren? Wichtig ist auch die Gewinnung von Wiedereinsteigerinnen, auch nach der Familienphase.

These 4: Gute Arbeit setzt kreative Ausschöpfung aller Möglichkeiten zur Personalakquise voraus. Es dreht sich um die Anwerbung ausländischer Personen, Flüchtlinge. Wir müssen im Ausländerrecht einiges tun. Wir müssen aufenthalts- und beschäftigungsrechtliche Rahmenbedingungen verbessern: Weiterqualifizierung der Mitarbeitenden in Einrichtungen, Aufstiegsmöglichkeiten. Wir müssen auch weg von der derzeitigen Hierarchisierung in der Pflege.

These 5: Gute Arbeit braucht arbeitnehmerfreundliche Rahmenbedingungen. Die Themen sind genannt worden: familiengerechte, altersgerechte Arbeitsplätze. Wir müssen aber auch die kleinen Strukturen im Auge behalten, denn die kleinen Betriebsstrukturen der Einrichtungen und der Versorgungsauftrag rund um die Uhr setzen hier dem Machbaren zwangsläufig schnell Grenzen. Deshalb brauchen gerade diese kleinen Betriebseinheiten die Möglichkeiten. Wie können diese Personalengpässe, wie kann Krankheitsbedingtes gegebenenfalls durch externe Kräfte abgefedert werden, ohne in die Problematik einer Scheinselbstständigkeit verwickelt zu sein?

These 6: Gute Arbeit in der Pflege setzt voraus, dass das Maß an Bürokratie auf das notwendige Maß reduziert wird. Wir brauchen dringend einen Abbau der Bürokratie. Ich denke, das Vorhaben der Bundesregierung, den ressourcenbindenden Aufwand bei der Pflegedokumentation zu reduzieren, ist gut.

These 7: Gute Arbeit in der Pflege setzt auch die Ausschöpfung der Möglichkeiten zur Verhinderung von Pflegebedürftigkeit voraus. Deshalb werbe ich sehr dafür, dass man auch dem Thema „Geriatrische Rehabilitation“ und überhaupt dem Thema Rehabilitation wesentlich mehr Aufmerksamkeit widmet. Der Ausbau ambulanter Rehaangebote für den häuslichen Bereich und für die Pflegeheime ist zu unterstützen.

Schlussbemerkung: Wir sind überzeugt davon, dass in Zukunft aufgrund der genannten gesellschaftlichen und politischen Veränderungen noch viel mehr über weit gespannte Präventionsnetze, gesundheitsfördernde Netze und Versorgungsnetze gesprochen werden muss und wir noch viel mehr sektorenübergreifende Modelle unter Beteiligung der stationären Pflegeeinrichtungen machen müssen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Vielen Dank, Herr Reumann. – Herr Olbricht, bitte.

Die gemeinsame Fragerunde findet nach dem Vortrag von Herrn Olbricht statt.

Herr Ernst Olbricht: Sehr geehrte Damen und Herren! Vielen Dank an die Kommission und deren Mitglieder, dass ich aus der Pflege meine Ansichten zur guten Arbeit in der Pflege darstellen kann. Lesen Sie bitte regelmäßig die Pressemitteilungen vom Deutschen Pflegerat und auch die Mitteilungen vom Landespflegerat Baden-Württemberg, und Sie sind stets auf dem neuesten Stand.

(Der Redner begleitet seinen Vortrag mit einer Präsentation, *Anlage 2*.)

Ich habe mich des Alphabets bedient, um auf die wichtigsten Punkte einzugehen. Die rot hinterlegten Schlagworte sind die Arbeitsbedingungen, die einer Verbesserung bedürfen. Wenn ich von Pflege spreche, dann geht es nicht nur um Altenhilfe, sondern um Pflege an den verschiedenen Orten der Leistungserbringung.

Eine Anmerkung vorab: Es bedarf einer genauen Erklärung, was die Politiker unter „Pflege“ verstehen, damit sich die Pflegenden nicht ausgeschlossen fühlen.

Altersstruktur der Pflegenden: Trotz guter Präventionsmaßnahmen hinterlässt die Pflegearbeit Spuren an den Menschen, und in den nächsten Jahren gehen sehr viele erfahrene Pflegefachpersonen in Rente.

Betreuungspersonen für Demenzbetroffene in den Pflegeheimen und im ambulanten Bereich: Betreuen kann auch nicht jeder. Deshalb werden auch hier Aus-, Fort- und Weiterbildung benötigt.

Bürokratie: Die Ansätze von Frau Beikirch müssen weiterverfolgt und in die Praxis umgesetzt werden.

Bildung: Gemeinsame Ausbildung bzw. auch die generalistische Ausbildung ist als Grundvoraussetzung für eine solide Pflegearbeit zu sehen. Fort- und Weiterbildung ist als lebenslanges Lernen zu verstehen und ist vom Arbeitgeber vollständig zu unterstützen, weil nur dann die geforderte hochwertige Arbeit zu leisten ist.

Akademisierung: Ich finde, es ist ein Grad von bis zu 20 % anzustreben – Stand heute.

Dienstplan: Der Dienstplan soll ein verlässliches Instrumentarium sein und darf nicht schon am Monatsanfang Makulatur sein.

Dienstzeiten: Pflege ist ein Dreischichtbetrieb. Das muss jedem klar sein. Kreative Lösungen für eine menschen- und familienfreundliche Arbeitszeit hat es in den letzten Jahren genügend gegeben. Man sollte dies einfach flächendeckend einführen. Arbeitszeiten außerhalb einer Kernzeit, ebenso Arbeit an Samstagen, Sonn- und Feiertagen und die Nachtarbeit sind besser zu honorieren. Ab einem bestimmten Alter sollten Pflegende in ein Zweischichtsystem wechseln können.

Ehrenamt: Es sind sehr viele ehrenamtliche Helfer in den Altenhilfeeinrichtungen unterwegs. Diese sollen nicht die Hauptamtlichen ersetzen. Die zwischenmenschliche Beziehungsarbeit ist ein Hauptfeld der Ehrenamtlichen. Eine Überforderung der Ehrenamtlichen darf nicht stattfinden. Schulungen gehören auch dazu.

Familienfreundlichkeit? So, wie ich es bei dem Punkt Dienstzeiten gesagt habe, sind Dienstzeiten in der Pflege niemals familienfreundlich. Es gibt jedoch bestimmte Konstellationen, in denen Teilzeitarbeit als Wiedereinstieg in den Beruf anzusehen ist. Die Arbeitgeber sollten aktiv Kinderbetreuungsmöglichkeiten anbieten, auch wenn die Einrichtung noch so klein ist.

Gewinnmaximierung: Es ist ein Trend spürbar, dass einige Träger versuchen, durch Einsparungen, speziell im Personalbereich, ihren Gewinn zu steigern. Dies ist ein Frevel an den zu betreuenden Personen und an den Arbeitenden in den Einrichtungen. Die Gesellschaft bringt immer mehr Sozialhilfegelder für ältere Menschen auf, und auch Kassen leisten ihren Beitrag aus Mitteln der Versicherten für den Gewinn der Einrichtungen. Es darf keine Auslagerung von Tätigkeiten in Tochterunternehmen stattfinden, um Löhne zu drücken.

Image: Das Image der Pflege muss gehoben werden mit ordentlichen und anständigen Arbeitsbedingungen. Erst dann wird die Pflegearbeit zu einer attraktiven Arbeit.

Körperliche Arbeit: Die Pflege stellt körperliche Arbeit dar. Präventionsmaßnahmen sind als ein Teil der Arbeitszeit zu sehen. Viele Beschäftigte in der Pflege würden einen früheren abschlagsfreien Rentenbeginn begrüßen.

Karriere konnte bisher nur in vertikaler Richtung – Aufstieg, Stellvertretung, Stationsleitung, Pflegedienstleitung – gemacht werden. Pflegende sind auch Pflegepädagogen geworden. Wichtig wäre eine Karriere auch in die Fachlichkeit, das heißt der Verbleib am Bett, beim Bewohner, beim Patienten. Das gab es bisher nicht in dem Ausmaß, wie es sein sollte. Hier sollte in die Zukunft investiert werden, um Pflegewissenschaft und Pflegepraxis zusammenzubringen.

Kassen müssen ihren Versicherten dienen und eine ordentliche Bezahlung der geleisteten Pflege- und Betreuungsarbeit gewährleisten.

Löhne: Es sollte eine ordentliche Entlohnung erfolgen, sodass auch eine mehrköpfige Familie davon leben kann ein Lohnniveau wie in der Metallindustrie.

Multimorbide Menschen, also Menschen, die vielfach erkrankt sind: Die Anzahl dieser Menschen wird noch mehr zunehmen. Diese erwarten eine ordentliche, anständige, menschenwürdige und ganzheitliche Pflege und Betreuung durch Pflegefachpersonen in allen Bereichen der Leistungserbringung.

Minijobs: Immer mehr teilzeitbeschäftigte Pflegekräfte haben einen Minijob, meist in anderen Pflegeeinrichtungen.

Notstand der Arbeitsbedingungen: Die auf den Folien rot hinterlegten Schlagworte stellen die hauptsächlichen Merkmale der Arbeitsbedingungen dar. Diese sind zu verbessern, damit es keinen Kollaps gibt.

Psychische Belastungen sind immens groß in Pflege und Betreuung und können nicht immer vermieden werden. Diese Belastungen müssen durch Supervisionen und andere geeignete Maßnahmen aufgefangen werden. Diese Maßnahmen müssen zur Arbeitszeit zählen und sind fixer Bestandteil der Arbeit. Burn-out muss verhindert werden.

Patientendurchlauf: Der Patientendurchlauf hat sich seit der Einführung der DRGs massiv erhöht. Das DRG-System wird gekonnt durch die Kliniken genutzt, um Erlöse zu steigern. Das DRG-System wird von Patienten und Angehörigen nicht immer verstanden. Diagnose und Therapie finden in der Klinik, die Genesung findet an einem anderen Ort, sprich zu Hause oder im Pflegeheim, statt.

Pflegefachpersonen aus dem Ausland sind als Menschen immer willkommen. Das verbessert die Arbeitsbedingungen. Wir würden dann auch keine Pflegefachpersonen aus dem Ausland mehr benötigen, weil wir dann genügend Pflegende hätten. Auch die Abwanderung von deutschen Pflegefachpersonen in das nahe Ausland würde aufhören.

Wenn wir Pflegefachpersonen aus dem Ausland einstellen, ist die Sprache eine große Hürde. Sprachkenntnisse mindestens auf dem Niveau B 2 sind der Schlüssel zu anderen Menschen, speziell in Pflege und Betreuung. Pflegende aus der EU oder aus Überseeeländern haben oftmals einen akademischen Abschluss und staunen dann über die Arbeitsbedingungen bei uns. Dem WHO-Verhaltenskodex für die internationale Anwerbung von Gesundheitsfachkräften ist Rechnung zu tragen. Die Bundesregierung hat sich dazu verpflichtet.

Pflegekammer: Die Pflegekammer halten ich und mein Berufsverband und auch andere Berufsverbände für eine notwendige Einrichtung.

Pflegefremde Tätigkeiten werden immer mehr auf Auxiliarkräfte – Servicekräfte, Hol- und Bringdienst, Stationssekretärinnen usw. – verlagert. Diese Stellenanteile wurden oftmals aus den Stellenplänen der Pflege generiert. Das sollte eigentlich vermieden werden.

Personalanzahlzahlen: Wie diese auf welchen Grundlagen berechnet und umgesetzt werden, ist nicht in erster Linie entscheidend. Wichtiger ist, dass Pflegende erkennen,

dass die Willkür von einigen Trägern im Klinikbereich, Personalkosten so zu verteilen, wie es gerade gut erscheint, beschränkt wird. Im Altenhilfebereich gibt es Korridorzahlen. Diese gilt es im Sinne einer guten Pflege am Menschen voll auszuschöpfen. Gesetzlich festgelegte Fachkraftquoten, speziell in der Altenhilfe, sind nicht zu unterlaufen; denn immer mehr ältere Menschen mit vielen Erkrankungen kommen dorthin.

Selbstständige Pflegefachpersonen arbeiten zu lassen muss das allerletzte Mittel sein, wenn es darum geht, Personalengpässe auszugleichen. Viele dieser Kräfte wollen sich nicht länger den vorherrschenden Arbeitsbedingungen aussetzen und suchen deshalb die Selbstständigkeit. Es ist jedoch für eine Einrichtung eine sehr teure Variante. Jede Pflegefachperson muss sich verhöhnt vorkommen, wenn das Doppelte an Entgelt an Selbstständige gezahlt wird.

Team: Ein Team ist die kleinste Einheit einer Einrichtung. Ein besonderes Augenmerk ist auf die Tragfähigkeit der Teams zu richten, denn mit ihnen steht und fällt die Arbeit.

Teilzeit- versus Vollzeitarbeit: Teilzeitarbeit hat in den letzten Jahren überproportional zugenommen. Es gibt viele Gründe für Teilzeitarbeit. Einrichtungen stellen einfach keine Vollzeitmitarbeiter mehr ein, um Mehrarbeitszuschläge nach Tarif zu vermeiden oder Ausfälle besser abfangen zu können. Bei manchen weiblichen Beschäftigten steht auch die Familie im Vordergrund. Doch immer mehr weibliche Beschäftigte sagen, sie wollen sich den vorherrschenden Arbeitsbedingungen nicht länger unterwerfen.

Überstunden sollten einfach nicht anfallen. Wenn doch, ist Freizeitausgleich anzustreben. Aufschläge müssen gezahlt werden

Verdichtung der täglichen Arbeit:

Im Klinikbereich: hoher Patientendurchlauf, immer mehr multimorbide Patienten, immer mehr Diagnostik in weniger Tagen mit viel Vor- und Nachbereitung, demenziell veränderte Menschen, besorgte Angehörige, die viele Fragen zu ungünstigen Zeiten haben, und Ärzte, die nicht ohne „ihre Schwester“ auskommen können.

Im Altenhilfebereich: Übergeordnete Aufgaben werden immer mehr eingefordert, auch von staatlichen Stellen – z. B. Hygienefachkraft, Qualitätsmanagement, nicht zu vergessen Mentoren, auch Stationsleitung, Pflegedienstleitung. Diese Stellenanteile werden der direkten Pflegearbeit entzogen. Es ist auch klar, dass 40 % der Arbeitszeit einer Pflegefachperson administrative Arbeiten sind. Dies führt zu einer klaren Verdichtung und Kürzung der Pflege beim Menschen. Der Gepflegte erwartet für 1 € gezahltes Pflegegeld auch 1 € Pflegearbeit an ihm.

Auch im ambulanten Bereich ist immer mehr Administrationsarbeit zu leisten. Auch dies sollte entsprechend honoriert werden.

Wertschätzung: Wertschätzung gegenüber der Pflege kommt erst dann zum Tragen, wenn der einzelne Mensch auf Hilfe durch unsere Berufsgruppe angewiesen ist.

Zukunft: Hier stehen einige Schlagworte, die Sie alle kennen. Ich werde nicht weiter darauf eingehen.

Mein Appell an Sie: Ändern Sie die Arbeitsbedingungen ohne Wenn und Aber, und es gibt keine Personalnot mehr. Das Image steigt ohne Hochglanzkampagnen. Die Zeit der schönen Worte ist vorbei.

Wenn Sie es auf Landesebene nicht schaffen, die Arbeitsbedingungen zu verbessern, gehen Sie auf die Bundesebene zu, und verlangen Sie von dort Verbesserungen. Wird nichts gemacht, dann stehen Sie in wenigen Jahren vor einem gesundheits- und pflegpolitischen Scherbenhaufen, und dies haben die Bevölkerung und die Pflegenden nicht verdient.

Danke schön.

(Beifall)

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Vielen Dank, Herr Olbricht. – Ich darf um Fragen bitten. Bitte kurze Fragen, damit auch kurze Antworten gegeben werden können.

Abg. Bärbl Mielich GRÜNE: Herzlichen Dank für die beiden Vorträge. – Ich werde eine kurze Frage stellen. Ich habe eine konkrete Frage an Sie, Herr Reumann. Sie sind als Vorstandsvorsitzender der BWKG auch nah dran an den Trägern und selbst – wenn ich das richtig weiß – Träger eines Akutkrankenhauses. Teilen Sie mit mir die Auffassung, dass es in den letzten Jahren zu einem wachsenden Personalabbau gekommen ist, um u. a. die Defizite in den Kliniken abzubauen mit der Konsequenz, dass die Arbeitsverdichtung für das Pflegepersonal insgesamt enorm gewachsen ist? Teilen Sie mit mir die Auffassung, dass es notwendig ist, uns auf Bundesebene dafür einzusetzen, dass wir eine Mindestpersonalbemessung bekommen und eine zusätzliche Säule in die Zusammensetzung der DRGs einbauen, die u. a. die tarifrechtlichen Steigerungen enthalten?

Abg. Rainer Hinderer SPD: Ich habe Fragen an Herrn Reumann sowie an Herrn Olbricht. Vielen Dank für die Ausführungen.

Herr Reumann, These 2 – Organisationsstrukturen auf den Prüfstand stellen und weiterentwickeln – verstehe ich für den Teil der Aus- und Weiterbildung. Das betrifft aber eine extra Anhörung. Insofern würde ich das nicht vertiefen. Welche konkreten Organisationsstrukturen haben Sie im Blick? Durch welche Umstellung erreichen wir gegebenenfalls einen Mehrwert für die Qualität der Arbeit oder für die Arbeitszufriedenheit der Beschäftigten?

Herr Olbricht, Sie haben bei Ihren vielen Punkten u. a. in den Raum gestellt, 40 % der Arbeitszeit betreffe administrative Arbeiten. Das ist auch klar, haben Sie gesagt. Wie lässt sich das belegen? Gibt es dazu Erhebungen? Ich habe ein bisschen die Sorge, dass wir aus einem Gespenst – wir alle sind der Meinung, es gebe vielleicht zu viel Bürokratie – ein Monster machen.

Wir haben heute Morgen mit unserer internen Expertin, die selbst Pflegefachkraft ist, gesprochen und das einmal hochgerechnet. Sie ist beim besten Willen nicht über 15 oder 20 % administrative Tätigkeit gekommen. Ich frage einmal andersherum: Was macht sie falsch, wenn sie trotzdem noch 80 % Zeit hat, am Patienten, am zu Betreuenden zu arbeiten und nicht bloß 60 %?

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Ich darf kurz darauf hinweisen: Je länger die Fragen sind, umso kürzer ist die Zeit für die Antworten.

Abg. Dr. Patrick Rapp CDU: Ich habe eine Frage an Herrn Reumann. Ich will es ganz kurz machen. Sie haben in These 7 die medizinische und geriatrische Reha angesprochen. Ich würde es begrüßen, wenn Sie dies im Hinblick auf die Arbeitsbedingungen, aber auch auf die dafür notwendigen personellen Ressourcen noch ein wenig spezifiziert ausführten würden.

Abg. Jochen Haußmann FDP/DVP: Ich habe eine Frage an Herrn Reumann zum Thema Bürokratie. Sehen Sie da Impulse, Chancen im Bereich der Heimaufsicht, im Bereich der Landkreise? Ich spreche Sie dazu vielleicht in der Doppelfunktion an; wir hatten das beim Landkreistag auch schon einmal angesprochen. Was könnte aus dem Bereich der Heimaufsicht beigetragen werden?

Herr Olbricht, Sie hatten das Thema Gewinnmaximierung angesprochen. Wie bewerten Sie das aktuell in der Entwicklung? Wir wissen, der Fachkräftemangel nimmt zu, und wenn man so etwas unterstellt, ist es wahrscheinlich für solche Einrichtungen schwierig.

Noch eine zweite Frage. Sie haben die Karriere in der Fachlichkeit angesprochen. Das war ein wenig in Anlehnung an die Ausführungen von Professor Klie. Ich glaube, das würde ein Stück weit in die Richtung laufen, wie es Professor Klie gesagt hat, eher wegzukommen von der Quote. Sie haben auch dargelegt, an der Quote soll festgehalten werden. Ist es nicht ein Widerspruch, wenn wir Karriere in der Fachlichkeit und die Qualifizierung und die Akademisierung wollen? Ich glaube, dann ist das zu differenzieren und würde gegen diese Quote sprechen.

Thomas Reumann, externes Mitglied: Ich beantworte die Fragen sehr gern. Frau Mielich, Sie haben eine Suggestivfrage gestellt, die ich gern mit Nein beantworte.

(Vereinzelt Heiterkeit – Zuruf)

Sie haben vier Fragen gestellt.

Die erste Frage betrifft den Personalabbau in den Krankenhäusern.

(Abg. Bärl Mielich GRÜNE: Ja!)

Das können wir in Baden-Württemberg nicht feststellen, ganz im Gegenteil. Selbstverständlich haben wir große Probleme, was die Frage der Finanzierung angeht. Sie wissen, dass jedes zweite Krankenhaus in Baden-Württemberg rote Zahlen schreibt. Dies

besagt der BWKG-Indikator. Wir haben in den vergangenen Jahren die Zahl der Pflegekräfte in Baden-Württemberg nicht abgebaut. Das trifft also nicht zu.

Zweitens: Bundesweit einen Personalbemessungsschlüssel einzuführen halte ich nicht für den richtigen Weg.

Abbildung der Tarifsteigerungen in den DRGs – genau das ist es.

(Zuruf des Abg. Dr. Patrick Rapp CDU)

Das müssen wir dringend haben, weil dies genau ein Problem ist, mit dem wir kämpfen müssen.

Herr Hinderer, Organisationsstruktur. Ich habe es am Beispiel der unterschiedlichen Berufsqualifikationen dargestellt. Ich glaube, das Entscheidende ist, die Versorgungsformen ändern sich, die Konzeptionen der Versorgungsformen ändern sich. Damit ändern sich auch die Aufgabenprofile für diejenigen, die die Pflege ausüben. Das bedeutet, dass wir organisatorisch das Zusammenspiel der unterschiedlichen Versorgungskräfte entsprechend abstimmen müssen: Pflegehelfer, hauswirtschaftliche Kräfte, Alltagsbegleiter, Betreuungsassistenz, sozialpädagogische Fachkräfte und, und, und.

(Abg. Dr. Patrick Rapp CDU: Technische Hilfsmittel!)

Übrigens müssen wir dort auch das ehrenamtliche Engagement ausbauen. Dazu müssen wir – Herr Professor Klie hat es „ermöglichende Struktur“ genannt – Rahmenbedingungen schaffen, die dieses ermöglichen. Darin sehe ich unsere Aufgabe.

Herr Dr. Rapp, medizinische, geriatrische Reha: 76 % der geriatrischen Einrichtungen in Baden-Württemberg schreiben tiefrote Zahlen. Das heißt, die Finanzierung ist nicht gesichert. Ihre Frage war: Was muss organisatorisch getan werden, damit die geriatrische Reha ihre Aufgabe erfüllen kann? Ich glaube, wir müssen aufpassen, dass wir sie nicht an die Wand fahren, sondern dass die Strukturen erhalten bleiben. Es ist eine gute Struktur, die wir in Baden-Württemberg haben, sie ist jedoch derzeit gefährdet.

Herr Haußmann, Heimaufsicht und MDK sind zwei Themenbereiche, die von der rechtlichen Systematik her unterschiedlich aufgehängt sind, auch mit zwei unterschiedlichen Prüfaufträgen. Ihre konkrete Frage zu unserer Aufgabe vor Ort – ich bin Landrat – war: Ist dieses miteinander abzustimmen?

Ich kann Ihnen am Beispiel des Landkreises Reutlingen konkret berichten, dass wir erstens sehr genau darauf achten, dass die Heimaufsicht eine begleitende, eine beratende Heimaufsicht ist, dass es darum geht, bei konkreten Fragestellungen ansprechbar zu sein und gemeinsam mit den Trägern nach Lösungen zu suchen – es ist nicht die Aufgabe, mittels rechtsfähiger Bescheide die Themen zu lösen –, und, zweitens, sich mit dem MDK abzustimmen – das klappt ganz gut –: Wann erfolgen die Prüfungen? Nicht

innerhalb kurzer Zeit aufeinander; das ist sicherlich nicht völlig zufriedenstellend und ärgert auch die Einrichtungen. Keine Frage.

Ich glaube, wenn man dort in enger Abstimmung mit dem MDK die Prüfungen macht, es damit also keine Doppelprüfungen gibt, auch inhaltlich nicht, sondern man sich abstimmt und dann noch eine begleitende Heimaufsicht macht – damit haben wir sehr gute Erfahrungen gemacht –, führt uns das in unserem Ziel weiter, dass wir eine sichere Pflege gewährleisten können.

(Abg. Manfred Lucha GRÜNE: Eine kurze Nachfrage!)

– Gern.

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Eigentlich nicht.

(Abg. Manfred Lucha GRÜNE: Nicht?)

Aber wenn es den Herrn Kollegen danach drängt.

(Abg. Bärbl Mielich GRÜNE: Er hat auch eine Frage nicht beantwortet!)

Thomas Reumann, externes Mitglied: Welche Frage habe ich nicht beantwortet?

(Abg. Bärbl Mielich GRÜNE: Die nach der Mindestpersonalbemessung!)

– Doch, dazu habe ich etwas gesagt.

(Abg. Manfred Lucha GRÜNE: Ich wollte sagen: Warum nein? Nein allein ist kein Argument!)

– Die Frage war: Teilen Sie meine Auffassung – deshalb habe ich „Suggestivfrage“ gesagt –, dass ein bundesweiter Personalbedarf in Krankenhäusern – das war Ihre Fragestellung –

(Abg. Manfred Lucha GRÜNE: Ja! – Abg. Bärbl Mielich GRÜNE: Genau!)

abgebildet werden muss?

Da habe ich mit Nein geantwortet. Da habe ich deshalb mit Nein geantwortet, weil ich absolut glaube, dass wir bei den Krankenhäusern genau vor derselben Fragestellung stehen. Ein festgelegter Personalbedarfsschlüssel löst unsere Probleme nicht. 45 % aller Häuser haben heute bereits Probleme, überhaupt entsprechende Fachkräfte zu bekommen. Wenn das so ist, dann müssen wir es mit einem entsprechenden Fachkräftemix abgestuft machen. Wir müssen fragen: Was ist die Aufgabe einer ausgebildeten Pflegefachkraft? Was kann aber auch durch Assistenzkräfte abgebildet werden?

(Abg. Dr. Patrick Rapp CDU: So ist es!)

So muss in einem Pflegemix in einer Zusammenarbeit die Aufgabe erledigt werden.

(Abg. Manfred Lucha GRÜNE: Definieren! – Abg. Bärbl Mielich GRÜNE: Das kann man alles definieren!)

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Wir wollen hier keine Diskussion führen.

Thomas Reumann, externes Mitglied: Aus diesem Grund ist die Antwort Nein, Herr Lucha.

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Vielen Dank, Herr Reumann.

Herr Ernst Olbricht: Kurz zu diesen 40 %. Es gibt Erhebungen, die das belegen. Wenn Sie einmal in ein Heim gehen, dann sehen Sie auf jedem Tisch einen Zettel für Lagerung, einen Zettel für Essen, einen Zettel zum Aufschreiben von Trinkmengen. Das setzt sich in der Dokumentation fort, und es läppert sich zusammen quer durch das Ganze und endet bei einer Pflegedienstleitung, die administrative Tätigkeiten machen muss. Ich denke, man sollte versuchen, das zu begrenzen.

(Zurufe der Abg. Dr. Marianne Engeser und Dr. Patrick Rapp CDU)

– Was ist? Es läppert sich zusammen. Genau.

(Abg. Dr. Marianne Engeser CDU: Ich dachte an die Stenografin!)

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Vielleicht können wir uns auf die Antworten und auf die Fragen konzentrieren.

Herr Ernst Olbricht: Zum Thema Gewinnmaximierung. Ich habe von einigen Trägern gesprochen; es sind nicht alle.

Fachkraft, wie Sie gesagt haben: Es gibt Karriere in die Fachlichkeit. Ich denke, das ist etwas, was in der Akademisierung anfängt. Aber auch die Pflegefachkräfte, die nicht akademisch ausgebildet sind, brauchen eine fachliche Weiterbildung, damit sie weiterarbeiten können. Wir brauchen Fachlichkeit aufgrund der Menschen, die in den einzelnen Einrichtungen sind und immer mehr werden.

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Vielen Dank, Herr Olbricht. – Ich darf nun Herrn Professor Dr. Köllner ans Rednerpult bitten.

Herr Dr. Volker Köllner: Sehr geehrter Herr Vorsitzender, meine Damen und Herren! Herzlichen Dank für die Einladung, zu diesem wichtigen Thema der psychischen Belastungen in der Pflege sprechen zu können.

(Der Redner begleitet seinen Vortrag mit einer Präsentation, *Anlage 3.*)

Ich berichte aus zwei Perspektiven: Erstens aus der Perspektive der Rehabilitationsforschung. Was kann man tun, um präventiv tätig zu sein, dass Menschen möglichst lange ihren Beruf ausüben können? Was kann man machen, um Leuten mit einer psychischen Erkrankung möglichst lange die Teilhabe am Erwerbsleben zu ermöglichen?

Die zweite Perspektive ist die eines Arztes einer Klinik, die eine Spezialstation für Leute aus Pflegeberufen eingerichtet hat. Wir haben gesehen, dass das Problem sehr groß ist. Wir hatten diese Station schon vorher und haben sie einfach zusammengefasst. Das heißt, das ist eigentlich die Perspektive, der Blick auf die Arbeitsbedingungen: Was ist, wenn schon etwas schiefgelaufen ist? So weit, dass Pflegekräfte zu uns kommen, sollte es eigentlich nicht kommen.

Sie haben mir drei Fragen gestellt:

Erstens: Was macht psychische Belastung in den Pflegeberufen aus? An erster Stelle steht ganz klar die Schichtarbeit. Das teilen Pflegekräfte mit vielen anderen Berufsgruppen. Das ist eine psychische und auch körperliche Belastung, die mit einer erhöhten Mobilität und auch Mortalität verbunden ist.

Zweitens: In der Pflege kommen häufige Überstunden und besonders das Einspringen an freien Tagen dazu. Das macht tatsächlich die Arbeitszeit nicht planbar und verhindert notwendige Erholungspausen. Wir sehen in der Klinik immer wieder Pflegekräfte, die fünf, sechs Wochen ohne einen einzigen freien Tag durchgearbeitet haben.

Drittens: Die Schwierigkeit, sich von der Arbeit abzugrenzen. Pflegekräfte sind – wie schon gesagt wurde – sehr hoch mit ihrem Beruf identifiziert. Das ist eigentlich etwas Gesundheitsförderliches. Wenn man seinen Beruf als sinnvoll erlebt, dann hält einen das gesund. Doch es kann auch eine Achillesferse sein. Denn wenn sich die Arbeitsbedingungen verschlechtern, dann kann man sich gegen die schlechteren Arbeitsbedingungen nicht abgrenzen. Für Pflegekräfte ist es viel schwieriger – in einem anderen Dienstleistungsbereich oder in der Industrie ist es anders – zu sagen: „Nein, ich springe an diesem Wochenende nicht für jemanden ein“, weil sie wissen, dass leidende Menschen dann unversorgt sind. So kommt es eben zu diesen langen, langen Arbeitszeiten ohne Pause und zu den Überstunden, was – das wissen wir – mit einer erhöhten Morbidität einhergeht.

Ein weiterer Bereich ist die psychische Belastung und zum Teil auch Traumatisierung. Das Miterleben von Leid ist eine Belastung. Auf das Thema Traumatisierung ist bei Pflegekräften zu wenig geschaut worden. Bei Rettungssanitätern ist das gut untersucht. Es gibt zwei Punkte. Das eine ist indirekte Traumatisierung. Man erlebt etwas sehr Schlimmes mit, z. B. wie jemand qualvoll stirbt oder jemand eine entstellende Verletzung hat. Noch tabuisierter ist es, über direkte Traumatisierung zu sprechen. Wir haben bei uns auf der Station viele Pflegekräfte, die zum Teil wirklich schweren Angriffen durch verwirrte oder demente Patienten bzw. Bewohner ausgesetzt waren und mit den Folgen alleingelassen worden sind und zum Teil das Vollbild einer posttraumatischen Belastungsstörung haben.

Bei der Frage, ob es eine tatsächliche Zunahme von Arbeitsunfähigkeitszeiten und vorzeitigem Ausscheiden aus dem Beruf aus psychischen Gründen gibt, kann man erst einmal schauen, wie es insgesamt aussieht. In den letzten 20 Jahren gab es eine Verdopplung der Arbeitsunfähigkeitstage wegen psychischer Störungen bei insgesamt gleichbleibendem Krankenstand. Psychosomatische und psychische Krankheitsbilder sind inzwischen die häufigste Ursache für ein gesundheitsbedingtes vorzeitiges Ausscheiden aus dem Beruf. Da sind Pflegeberufe genauso stark betroffen wie alle anderen Berufe auch.

Wie dramatisch diese Entwicklung ist, zeigt die rechte Grafik zu Frühberentungen. Die rote Linie stellt die Zahl psychischer Störungen dar, die in den Neunzigerjahren noch im Mittelfeld lagen. Inzwischen – 2010 – werden mehr Leute wegen psychischer Störungen vorzeitig berentet als wegen orthopädischer Erkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und onkologischer Erkrankungen zusammengenommen. Über die Hälfte des vorzeitigen Ausscheidens erklärt sich über psychische Gründe. Wenn wir über Fachkräftemangel reden, dann ist das ein wichtiger Punkt, ein zentrales Problemfeld.

Ist die Pflege davon besonders betroffen? Wir haben dazu zu wenige aussagekräftige Studien, alle Indizien sprechen jedoch dafür. Die Techniker Krankenkasse veröffentlicht z. B. jährlich einen Fehlzeitenreport, in dem sie nach Berufsgruppen aufschlüsselt. Dort sind zwölf Fehltage für alle Berufe insgesamt ausgewiesen, in der Krankenpflege über 17 Tage, in der Altenpflege, die insgesamt noch höher belastet ist – die Daten sprechen dafür –, 22 Fehltage.

Auch wenn man jetzt Gefahr läuft, den Beruf damit schlechtzureden – aber man muss die Tatsachen erwähnen; und die bleiben auch nicht verborgen –, das vorzeitige Ausscheiden aus dem Beruf, gerade aus gesundheitlichen Gründen, ist ein Problem. Von Altenpflegerinnen und Altenpflegern, die eine berufliche Wiedereingliederung machen, sind nach fünf Jahren weniger als 60 % noch dabei. Das ist eine schlechte Zahl.

Zum DGB-Index „Gute Arbeit“, der uns gleich noch geschildert wird. Die Betroffenen sagen zu über 70 %: „Ich glaube nicht, dass ich das bis zum Rentenalter durchhalte.“ Das beruht auf einer wissenschaftlich überprüften sehr validen Frage. Das ist ein Prädiktor dafür, dass es auch so kommen wird. Hier sind tatsächliche dunkle Wolken am Horizont zu sehen, auf die wir achten müssen.

Was kann man tun, um das zu verhindern? Es gibt Hinweise dafür, dass diese schlechte Abgrenzungsfähigkeit von Menschen, die einen sozialen Beruf ergreifen, teilweise als Persönlichkeitsmerkmal mitgebracht – das kann auch eine Ressource sein – oder zumindest sehr früh in der Sozialisation erworben wird. Ich glaube, das müssen wir in prophylaktischen Maßnahmen aufgreifen. Schon in der Ausbildung muss das Thema, die eigenen Grenzen respektieren, sich vor Burn-out schützen, aufgegriffen werden. Die zukünftigen Pflegekräfte müssen sozusagen gestärkt werden, damit diese Ressource nicht zur Achillesferse wird. Es gibt in der Ausbildung, in der Didaktikforschung Konzepte dafür, dass das funktionieren kann.

Ganz wichtig ist es, berufliche Problemlagen rechtzeitig zu erkennen. Projekte zur betrieblichen Gesundheitsförderung müssen die psychische Gesundheit gerade im Pflegebereich zwingend mit erfassen. Ein Monitoring kann helfen, sowohl Krankenstände insgesamt, aber auch die psychischen Belastungen zu erfassen, um eingreifen zu können, bevor die Pflegekräfte ausscheiden.

Es gibt im Pflegebereich trotz der insgesamt hohen Krankenstände schon das Phänomen Präsentismus. Das heißt, die Leute schleppen sich zur Arbeit, auch wenn es ihnen relativ schlecht geht. Wenn sie dann ausfallen, kommt es zu besonders langen Krankheitszeiten. Oft geht es so weit, dass sie nicht mehr in den Beruf zurückkehren können. Hier ist es wichtig, einzugreifen, bevor es so weit kommt.

Wir haben in Deutschland insgesamt sehr gute Versorgungsangebote im Bereich der seelischen Gesundheit – wenn man sich allein die Quantität anschaut, sind wir sicher Weltmeister –, doch die Angebote sind nicht gut vernetzt und werden oft zu spät eingesetzt. Das ist ein Problem. Bevor die Pflegekräfte zu uns in die Klinik kommen, haben über 50 % von ihnen schon Arbeitsunfähigkeitszeiten von über drei Monaten und oft über sechs Monaten und gehören damit schon zu einer sozialmedizinischen Risikogruppe. Wenn sie drei Monate früher kommen würden, wäre die Prognose des Erhalts der Berufsfähigkeit wesentlich besser. Wir sind also einfach zu langsam, um die guten Instrumente, die wir haben, einzusetzen.

Ein Bild: Wir haben das modernste, tollste Feuerwehrauto in der Garage, aber die Zeit, bis wir in dem Auto sitzen und losfahren, ist katastrophal zu lang, und dann hilft es auch nichts mehr.

Das heißt, wir müssen therapeutische Angebote vernetzen und sie so gestalten, dass Pflegekräfte niedrigschwellig daran teilnehmen können. Schichtarbeit ist ein Beispiel. Sie wissen alle, wie schwer es ist, einen ambulanten Psychotherapieplatz zu bekommen. Wenn man auch noch in Schichtarbeit arbeitet, ist es fast unmöglich. In der Automobilindustrie gibt es gute Beispiele, dass über die Kooperation von Trägern – also Firmen, Betrieben – mit Anbietern im Gesundheitsbereich das Problem gelöst werden kann. Das muss uns auch für die Pflege gelingen.

Ein letzter Satz – Sie finden es auch in meinem Handout –: Wir haben einen riesigen Forschungsbedarf. Über Gesundheit von Lehrern wurde ganz viel geforscht, über Gesundheit von Pflegenden bisher viel zu wenig. Hier muss mehr getan werden.

Vielen Dank für die Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Vielen Dank, Herr Professor Dr. Köllner. Auch das war eine Punktlandung. – Herr Weisbrod-Frey, bitte.

Herbert Weisbrod-Frey, externes Mitglied: Schönen Dank, Herr Vorsitzender. – Sehr geehrte Damen und Herren! Ich möchte mich in der Kürze der Zeit, die zur Verfügung steht, vor allem darauf konzentrieren: Was muss getan werden? Was muss jetzt bewegt werden?

Wir wissen, um die Versorgung pflege- und hilfebedürftiger Menschen zu gewährleisten, ist es in einem demokratischen Rechtsstaat auch erforderlich, dass eine ausreichende Zahl von pflegerischen und therapeutischen Fachkräften sowie weiterer Beschäftigter zu deren Unterstützung zur Verfügung stehen. Das schulden wir den Pflegebedürftigen.

In Baden-Württemberg ist das derzeit nicht der Fall. 20 600 Vollkräfte fehlen aktuell in den Einrichtungen der stationären Pflege. Dafür sind die Stellen schlichtweg nicht vorhanden, um eine gute Versorgung zu gewährleisten. Bei wachsendem Bedarf wird der Mangel an Pflegepersonal in der Zukunft so dramatisch werden, dass das die eigentliche Achillesferse der pflegerischen Versorgung darstellt.

Höchste Priorität in unserem Handeln muss es deshalb haben, eine verbesserte Personalausstattung zu gewährleisten. Die Personalrichtlinie im Rahmenvertrag für vollstationäre Pflege und nachfolgend der Personalschlüssel für die einzelnen Einrichtungen sind unbedingt an den Pflege- und Betreuungsbedarf anzupassen. Das muss auch schnell gehen. Die im Rahmenvertrag für vollstationäre Pflege gemäß § 75 Absatz 1 SGB XI genannten Bandbreiten für die zu vereinbarenden Personalschlüssel stammen noch aus den Neunzigerjahren, und im Jahr 2003 wurden sie nur geringfügig verbessert. Sie müssen vorrangig überarbeitet werden. Ich glaube, das ist eine Aufgabe, die jetzt rasch angepackt werden muss.

Als weiterer Schritt ist eine hochwertige Pflege durch Anzahl und Qualifikation des Personals zu garantieren. Die Belastung muss in angemessener Art und Weise reduziert werden. Bei der Personalausstattung muss der Empfehlungscharakter hin zu einer gesetzlichen Rahmenvorgabe weiterentwickelt werden und sich am Bedarf und nicht an den finanziellen Möglichkeiten oder sogar an den Einnahmeerwartungen orientieren. Damit ist keine gute Pflege zu gewährleisten.

Eine Abstimmung mit anderen Ländern wäre in diesem Rahmen sicherlich sinnvoll, auch wenn ich sehe, dass die Länder zuerst vorangehen müssen. Ich komme aus der Kurpfalz; das ist meine Heimat. Wenn Mannheim, Ludwigshafen und Viernheim unterschiedlichste Pflegeschlüssel haben, dann kann das nicht dauerhaft funktionieren. Hier muss eine Abstimmung her.

Als Mindestvorgabe muss gelten, dass eine Pflegefachkraft in Vollzeit für zwei Bewohner einer Pflegeeinrichtung beschäftigt werden muss. Das klingt zuerst viel. Doch wenn wir sehen, dass damit 24 Stunden an allen sieben Tage der Woche sowie auch Urlaub und Krankheitszeiten mit abgedeckt werden müssen, dann ist das, glaube ich, notwendig. Es kann nicht sein, dass eine Pflegekraft im Nachtdienst mehr als 20 Bewohnerinnen und Bewohner zu versorgen hat. Hier muss eine Pflegefachkraft in Vollzeit für 20 Bewohnerinnen und Bewohner zur Verfügung gestellt werden. Das brauchen wir vor

allem im Rahmen des derzeitigen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Wir können über Fachkraftquoten, die vielleicht künftig unter einem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff angewandt werden müssen, anders diskutieren, aber wir brauchen jetzt vor allem die Pflegefachkräfte, und die sind dafür notwendig und können nicht mit anderen Berufen „verrechnet“ werden.

Neben der ambulanten Pflege werden auch frühzeitige Unterstützungsleistungen gebraucht. Ich nenne das, auch wenn wir in der Enquetekommission später auf dieses Thema stärker zurückkommen werden. Es werden Hilfe beim Einkaufen, Haushaltshilfen benötigt, um einen möglichst langen Verbleib im häuslichen Umfeld zu gewährleisten und auch einer Vereinsamung, die häufig zu erhöhter Pflegebedürftigkeit führt, vorzubeugen. Es ist nicht mit Scheinlösungen getan, sondern es werden qualifizierte hauswirtschaftliche Dienstleistungen gebraucht, und die dürfen wir an dieser Stelle nicht ausblenden.

In der ambulanten Pflege ist so viel Personal zu finanzieren, dass prekäre Arbeit und prekäre Arbeitszeiten – z. B. geteilte Dienste oder die Nichtanrechnung von Zeiten der Fahrt von einem Patienten zum anderen – endgültig der Vergangenheit angehören müssen.

(Vereinzelt Beifall)

Ansonsten wird man dieses Personal nicht erhalten.

Zum Thema Teilzeitbeschäftigung: Das Fehlen von über 20 000 Vollzeitkräften führt im Zusammenspiel mit dem Krankenstand dazu, dass nur durch eine zu hohe Teilzeitquote – Zwangsteilzeitquote – genügend Personal vorhanden ist. Insgesamt liegt in diesem Beruf die Teilzeitquote bei über 70 %. Das ist mehr als in anderen Berufen, auch weit mehr als in den Krankenhäusern. Rund 20 % der Teilzeitbeschäftigten sagen, dass sie lieber Vollzeit arbeiten würden. Ich glaube, diese Kräfte müssen wir in der Zukunft gewinnen. Wenn wir ihnen jedoch nur Teilzeitstellen anbieten, werden wir nicht dauerhaft Pflegekräfte gewinnen können. Das reicht auch nicht dafür, dass sie es sich in der Zukunft leisten können, gepflegt zu werden.

Durch eine deutliche Senkung des Arbeitsdrucks können wir weitere Beschäftigte gewinnen. Herr Professor Köllner hat schon darauf hingewiesen, und es steht auch in Berichten zum DGB-Index „Gute Arbeit“: Es ist festzustellen, dass die Quote derer, die sagen, sie könnten sich nicht vorstellen, bis zur Rente im Beruf bleiben, von 51 % im Jahr 2008 – diese Quote war schon hoch – auf inzwischen 74 % bei der gleichen Fragestellung angestiegen ist. Das muss uns zu denken geben. Ich glaube, wir müssen ermöglichen, dass diejenigen, die in der Pflege arbeiten wollen, die auch gern in der Pflege arbeiten, weil sie einen hohen Sinngehalt in dieser Arbeit sehen – das ist auch ein Fakt –, eine Vollbeschäftigung in der Pflege finden.

Die Teilzeitquote in der Altenpflege ist unter den Beschäftigten in den Pflegeberufen deutlich zu senken. Ich glaube, das geht nur mit Anstrengung aller, auch den Arbeitgebern, die hier einmal nachdenken müssen, wie man Beschäftigung in Vollzeit anbietet.

Ich will zur Verbesserung der praktischen Ausbildung noch ein Wort sagen. Die Bildung wird später noch ein großes Thema in der Enquetekommission sein. Zu einer guten Arbeit gehört, dass eine ausreichende Zahl von Praxisanleiterinnen zur Verfügung steht und die Praxisanleitung auch arbeitsorganisatorisch gewährleistet wird. Wir gehen davon aus, dass wir in Baden-Württemberg 1 500 Praxisanleiterinnen brauchen. Diese Stellen müssen umgehend geschaffen werden. Praxisanleitung ist grundsätzlich so zu finanzieren wie in anderen Ausbildungsberufen. Auch in der Krankenpflegeausbildung haben wir das hinbekommen, und es müsste durchaus in der Altenpflege möglich sein.

Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf ist notwendig, um ein langfristiges Verbleiben im Beruf zu sichern. Wir wissen alle, welche schwerwiegenden Folgen es hat, aus den freien Tagen geholt zu werden. Auch darauf ist schon hingewiesen worden. Wir brauchen Verlässlichkeit in den Dienstplänen, und wir brauchen einen Ausgleich von Arbeitsspitzen.

Wir brauchen in den Einrichtungen sicherlich auch einiges an Bürokratieabbau. Auch der ist oft genannt worden. Ich sage jedoch: Bitte die hausgemachten Dinge berücksichtigen. Wir brauchen einen Bürokratieabbau, der dazu führt, dass die Qualität in der Zukunft gesichert ist. Ich weiß, dass viele Einrichtungen eine ganze Reihe ungeeigneter technischer Systeme vorhalten, die nicht dazu führen, dass man vernünftig seine Zeitnachweise erbringen kann. Hier gibt es einen großen Anbietermarkt; mehrere Hundert Systeme sind auf dem Markt.

Wir brauchen ein betriebliches Gesundheitsmanagement – das ist mein vorletzter Punkt –, um die Gesundheit der Beschäftigten zu fördern. Ich glaube, hier ist in Baden-Württemberg mit dem Projekt „KoBRA“ mit den Berufsgenossenschaften schon etwas Gutes vorgebracht worden. Es führt dazu, dass die Gefährdungsbeurteilung als modernes Instrument zum Zuge kommt.

Letzter Punkt: Ich glaube, die Vergütung spielt eine große Rolle, auch wenn wir aus den Befragungen wissen, dass für die allermeisten Beschäftigten die Vergütung neben den Arbeitsbelastungen das größte Problem ist, um dauerhaft in der Pflege arbeiten zu können. Ich glaube, dass es notwendig ist, dass man in diesem Bereich mindestens 3 000 € verdient – ich glaube, das ist für Fachkräfte notwendig – und nicht tarifgebundene Einrichtungen keinen Vorrang mehr beim Abschluss von Versorgungsverträgen erhalten.

Ich glaube auch, dass die aktuelle SGB-XI-Änderung, die durch die Initiative des Bundesrats – unterstützt vom Land Baden-Württemberg – zustande kam, um die Tarifbindung zu erhöhen. Jetzt muss es aber auch dazu kommen, dass die Einrichtungen sagen: „Wir wollen dieses auch zu einem Qualitätsmerkmal machen und uns Tarifverträ-

gen nicht länger verwehren.“ Denn die Tarifbindung ist leider nicht so, als dass sie als gut bezeichnet werden könnte.

Ich glaube, damit ist eine Reihe von Punkten genannt, und ich freue mich, wenn wir einiges davon in der Enquetekommission angehen können.

Schönen Dank.

(Beifall)

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Vielen Dank, Herr Weisbrod-Frey.

Abg. Manfred Lucha GRÜNE: Vielen Dank für Ihren Vortrag. – Uns beschäftigt Folgendes sehr: Wenn man allein die 20 000 fehlende Vollzeitkräfte hochrechnet und sie in der Vollfinanzierung zusätzlich berücksichtigt, wären das zwischen 600 und 800 Millionen € Mehrkosten. Aus dem System heraus wird dies nicht möglich sein, weil wir dann auf der anderen Seite wieder eine Rationalisierung hätten, die wieder einen Gegeneffekt darstellen würde. Wie finanzieren wir dies? Ausschließlich über Sozialversicherungssysteme? Oder welche Mischfinanzierungssysteme schlagen Sie uns da vor?

Abg. Jutta Schiller CDU: Herr Weisbrod-Frey, vielen Dank für Ihren Vortrag. – Ich möchte noch einmal auf die Fachkraftquoten zurückkommen und Sie fragen, wie die zu den neuen Konzepten wie Hausgemeinschaften und Wohngruppen passen und ob sie generell überhaupt noch zeitgemäß sind.

Abg. Jochen Haußmann FDP/DVP: In diese Richtung möchte ich mich anschließen. Herr Weisbrod-Frey, Sie hatten gesagt, es müsse eine Mindestvorgabe von einer Pflegefachkraft für zwei Bewohnerinnen und Bewohner einer Pflegeeinrichtung geben, und auch der Nachtdienst müsste pro Pflegekraft auf 20 Bewohnerinnen und Bewohner begrenzt sein. Das würde die Fachkräftethematik noch einmal vor weitere Herausforderungen stellen. Wie bewerten Sie das?

Soweit ich weiß, hat man in Rheinland-Pfalz jetzt Öffnungsklauseln gemacht. Das würde dem entsprechen, was wir heute schon gehört haben, indem es auch von Konzepten abhängig gemacht und differenziert wird, wie die Versorgung laufen wird. Das würde aber dem widersprechen, wenn man sagt, man macht sämtliche Konzepte sozusagen in einem Topf, egal, wie das aussieht. Denn diese Festlegungen würden im Grunde genommen keine Variablen mehr zulassen. Wir haben in Baden-Württemberg beispielsweise das WTPG festgelegt, das versucht, neue Wege zu gehen. Das würde natürlich für Innovationen kaum Raum lassen.

Abg. Rainer Hinderer SPD: Ich beginne mit der Frage an Professor Köllner. Vielen Dank für die eindrücklichen Ausführungen zur zentralen Thematik der psychischen Belastungen der Pflegekräfte. Zugleich diskutieren wir unter Qualitäts- und Kostengesichtspunkten eine weitere Spezialisierung in der Pflege, dass die Pflegefachkräfte nur noch die Behandlungspflege und Wundbehandlung übernehmen, die Versorgung durch

Hauswirtschaftskräfte erfolgt und die Alltagsbetreuung durch Betreuungskräfte oder Pflegehilfskräfte erfolgen soll. Sehen Sie durch diesen Gedanken einer tayloristischen Arbeitsteilung nicht noch verstärkt psychische Belastungsfaktoren, die auf die Pflegekräfte zukommen?

Eine Frage an Herrn Weisbrod-Frey: Sie hatten den wichtigen Punkt der Vergütung, der Bezahlung der Pflegekräfte und auch das Pflegestärkungsgesetz, das im Januar 2015 mehr Geld ins System bringen soll, angesprochen. Ganz konkret: Welche Akteure müssen nun dafür sorgen, dass die zusätzlichen Finanzmittel, gerade angesichts der Tarifvielfalt – TVöD, Anlehnung an den TVöD durch Kirchen, der dritte Weg, und dem privaten Bereich, zum Teil auch ganz ohne Tarife – bei den Beschäftigten ankommen?

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Ich würde noch Frau Kollegin Schneidewind-Hartnagel ihre Frage stellen lassen, darf jedoch grundsätzlich sagen: Je länger die Fragen sind, umso kürzer ist die Zeit für eine qualifizierte Antwort.

Abg. Charlotte Schneidewind-Hartnagel GRÜNE: Ich habe zwei ganz kurze Fragen und erwarte lange Antworten. – Herr Weisbrod-Frey, wie hoch ist der gewerkschaftliche Organisationsgrad in den Gesundheits- und Pflegeberufen? Herr Köllner, bei wem sehen Sie die Hauptverantwortung für den gesundheits- und altersgerechten Arbeitsplatz?

Herbert Weisbrod-Frey, externes Mitglied: Herr Lucha, Sie haben gefragt, wie die Mehrkosten für Fachkräfte finanziert werden könnten. Ja, es entstehen Mehrkosten, doch es wird das Allerteuerste sein, wenn wir auf einen Pflegenotstand zufahren und die Regelungen erst nachher kommen müssen und wir nichts in der Hand haben.

(Zuruf der Abg. Bärbl Mielich GRÜNE)

Die Mehrkosten sind beträchtlich. Ich glaube, wir werden auch über einen höheren Satz bei der Pflegeversicherung diskutieren müssen. Wir haben einmal ausrechnen lassen, was eine Vollversicherung in der Pflege kosten würde, damit Haushalte nicht gesondert belastet werden.

(Zuruf des Abg. Manfred Lucha GRÜNE)

Ich glaube, die Finanzierungsdiskussion muss man dazu zwingend führen.

Frau Schiller, Sie haben gefragt, wie die Fachkraftquoten zu den Hausgemeinschaften und Wohngruppen passen. Personalbemessung, ja. Hier wird vorgezogen zu dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff. Ich habe vorhin gesagt, wir haben diesen Bedarf in den Pflegeeinrichtungen nach dem bisherigen Pflegebedürftigkeitsbegriff, und dort brauchen wir die hohe Fachkraftquote unbedingt für die pflegerische Versorgung, damit die professionell läuft. Ich glaube, das ist notwendig. Wir brauchen sie in der direkten Pflege und in der Anleitung von Angehörigen.

Herr Haußmann, Sie haben eine konzeptabhängige Fachkraftquote angesprochen und haben gefragt, ob eine gesetzliche Festlegung nicht dazu führt, dass für Innovationen dann kein Raum ist. Ich glaube, auch das geht in die Richtung, dass man sicherlich diese Fachkraftquote, die wir derzeit haben, als eine Mindestquote braucht. Dazu kommt sicherlich, dass andere Berufe entsprechend mit herangezogen werden müssen. Wir werden die sicherlich auch unter dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff brauchen, wenn Sie dieses als Innovation bezeichnen.

Herr Hinderer hat die Frage der Bezahlung angesprochen, welche Akteure dafür gefragt sind. Natürlich ist es das große Problem, dass es eine geringe Tarifbindung gibt. Vor allem haben die privaten Träger kaum Tarifverträge abgeschlossen. Wir haben diese Unterschiede: kirchliche Arbeitsvertragsrichtlinien und Tarifvertrag. Wir sind jedoch in einigen Ländern gut unterwegs, gemeinsame Regelungen zu schaffen. In Niedersachsen wird derzeit gerade über einen Sozialtarifvertrag verhandelt. Da sind schon gute Schritte, auch mit Blick auf die Kirchen, gemacht worden.

Frau Schneidewind-Hartnagel, Sie haben gefragt, wie hoch der gewerkschaftliche Organisationsgrad ist. Ich kann Ihnen sagen, wir haben im Pflegebereich ungefähr doppelt so viele Mitglieder als alle Verbände zusammen, die im Deutschen Pflegerat zusammengeschlossen sind. Bei uns ist der Gesundheitsbereich der größte Bereich, der Bereich, der am meisten wächst. Wir haben auch ein hohes Wachstum im Altenpflegebereich, sind jedoch mit dem Organisationsgrad noch lange nicht zufrieden, sondern arbeiten dort weiter. Er ist dort übrigens relativ hoch und geht zum Teil weit über die 50 % in den Einrichtungen hinaus, in denen es Betriebsräte gibt, die die Tarifverträge mit abgeschlossen haben, und in denen auch Beteiligung von Mitarbeitern vorhanden ist. Denn dann wird gesehen, welche Leistung dahintersteht.

(Beifall)

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Vielen Dank, Herr Weisbrod-Frey. – Herr Professor Dr. Köllner.

Herr Dr. Volker Köllner: Die erste Frage war die zur Taylorisierung und zur weiteren Spezialisierungen. Ich glaube, dass das auf jeden Fall die psychische Belastung erhöht, wie Pflegekräfte bei uns berichten. Es gibt auch Untersuchungen, die das bestätigen. Es ist diese Taktung von Arbeitsschritten wie in der Industrie. Dass bestimmte Prozesse zum Teil mit der Stoppuhr bemessen werden, erhöht einfach den Druck. Die Pflegekräfte sagen, sie brauchten eigentlich Zeit, um individuell auf die Patienten und Bewohner einzugehen, ihnen zuzuhören, ihre Sorgen ernst zu nehmen. Durch diese zunehmende Spezialisierung, wenn beispielsweise die Pflegekraft herausgehen und sagen muss, dass sich um das Essen jetzt jemand anderes kümmert, fallen zusammenhängenden Zeitabschnitte, fällt das Kennenlernen weg.

Das Gleiche gilt für die Verkürzung der Liegezeit in den Krankenhäusern. Wenn gesagt wird, Personal wurde nicht abgebaut, aber in der gleichen Taktzahl viel mehr Patienten durchgeschleust werden,

(Abg. Bärbl Mielich GRÜNE nickt. – Zuruf der Abg. Bärbl Mielich GRÜNE)

dann erhöht das natürlich den Druck, und man muss sich psychisch immer wieder auf eine neue Person, auf neue Sorgen, auf neue Probleme einstellen, und das ist eine Arbeitsverdichtung.

Wer ist für die Arbeitsbedingungen in Krankenhäusern und Einrichtungen verantwortlich? Vordergründig, wie in jedem anderen Betrieb auch, die Unternehmer, die zuständig sind und Gesundheitsgefährdungen abwenden und entsprechende Gefährdungsbeurteilungen, aber auch entsprechende Angebote wie qualifizierte Supervision vornehmen müssen. Das fehlt oft völlig. Da sind natürlich erst einmal die Arbeitgeber in der Verantwortung. Es ist ein großer gesellschaftlicher Bereich, und insofern geht es ein Stück weiter. Die Träger müssen natürlich finanziell auch in die Lage versetzt werden, das zu machen. Machen wir uns nichts vor, das verursacht zusätzliche Kosten. Das wird es nicht zum Nulltarif geben.

In dem Bereich der Ausbildung muss meines Erachtens auch viel passieren, dass Leute, die ins Gesundheitswesen gehen, nicht denken, sie seien unverwundbar oder hätten unbegrenzte Ressourcen. Hier sehe ich eine gesellschaftliche Verantwortung, und da kann die Politik möglicherweise auf Curricula, auf Lehrpläne sehr direkt Einfluss nehmen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Vielen Dank, Herr Professor Dr. Köllner. – Ich darf Herrn Michael Wipp ans Rednerpult bitten.

Michael Wipp, externes Mitglied: Sehr geehrter Herr Vorsitzender, sehr geehrte Damen und Herren! Wir haben es mit „Arbeitsbeeinflussende Strukturen in der Pflege“ überschrieben und insgesamt fünf Punkte aufgeführt.

Das Gehalt, die Arbeitszeitgestaltung, die physischen und psychischen Belastungen sowie eine ganze Reihe von anderen Faktoren beeinflussen direkt oder indirekt die Arbeit in der Pflege und die Zufriedenheit der Mitarbeiter. Bestehende Gesetze, Verordnungen, Richtlinien, welche für die Mitarbeiter die Arbeit in der Pflege erschweren, werden in diesem Zusammenhang meist von politischer Seite nicht angesprochen, weil diese hinterfragt werden müssten und daraus resultierender Veränderungsbedarf ein Umdenken erfordert.

Beispielhaft soll im Folgenden auf konkrete Sachverhalte eingegangen werden, welche die Arbeit für die Mitarbeiter in der Pflege negativ beeinflussen und jederzeit geändert werden könnten, zum Teil ohne Mehrkosten, aber verbunden mit dem Hinterfragen von tradierten Strukturen, dem Abbau von Misstrauen gegenüber Leistungserbringern in der

Pflege, der Rücknahme unsinniger Vorgaben, dem Abbau von Bürokratie und überzogener Regulierungswut und Überwachung.

Erstens: Personalbestand und Fachkraftquote.

Zuletzt wurde in dem Zeitraum von 1989 bis 1991 der Personalbestand in den Pflegeeinrichtungen deutlich angepasst. Im Jahr 2002 bzw. 2003 erfolgte über den Rahmenvertrag nach § 75 SGB XI – wir haben es schon gehört – eine leichte Erhöhung des Personalbestands durch Einführung der Korridorwerte.

Die Fachkraftquote scheint eine heilige Kuh zu sein, weil niemand zugeben will, dass sie den heutigen Anforderungen in ihrer seit nunmehr mehr als 20 Jahre alten, weitgehend unveränderten Form nicht mehr gerecht wird. Vergleicht man die damaligen Anforderungen und die Angebotsvielfalt mit den heutigen Situationen, so wird einem schnell bewusst, dass hier inzwischen Welten dazwischen liegen. Völlig realitätsfern erscheint es, deren Beibehaltung in dieser Form – diese Aussage ist mir wichtig – mit Qualität gleichzusetzen.

Schon allein der Vergleich zwischen zwei Bundesländern zeigt eine Unlogik auf: 50 % Fachkräfte in Baden-Württemberg stellen sich zahlenmäßig ganz anders dar als beispielsweise 50 % Fachkräfte in Mecklenburg-Vorpommern. Wenn also die Fachkraftquote existenziell wichtig ist, warum reichen dann 50 % von einer geringeren Ausgangsbasis in anderen Bundesländern bei nicht schlechterer Pflege?

Besteht ein Mangel an Pflegefachkräften, macht es keinen Sinn, diese im Gießkannenprinzip über eine wissenschaftlich nicht fundierte Fachkraftquote auszugießen. Ich verweise auf den Vortrag von Herrn Professor Klie.

Anstatt dass man diese Verordnung, welche von ihrem Grundgedanken her absolut richtig ist, den heutigen Anforderungen anpasst, wird lediglich darauf verwiesen, dass an dieser Verordnung „nicht gerüttelt“ wird. Das zeugt aus meiner Sicht nicht von politischem Weitblick, sondern eher von Hilflosigkeit in Bezug auf die erforderliche Adaption an zeitgemäße Strukturen. Die Diskussion wird stattdessen der Einfachheit halber auf zwei Pole reduziert: Abschaffung oder unveränderte Beibehaltung?

Auswirkungen in der Praxis: Selbstverständlich – das ist gar keine Frage – ist es auf der einen Seite wichtig, dass den Anforderungen entsprechend genügend Fachkräfte im Dienst sind. Aufgrund unsinniger Besetzungsvorgaben sind gerade die Pflegefachkräfte oft die Verlierer, weil auf Grundlage einer überwiegenden Anstellung in Vollzeit, wenn diese erfolgt – dazu komme ich noch –, diese wesentlich häufiger Wochenenddienste ableisten müssen als die anderen Mitarbeiter.

Was könnten die Anforderungen sein? Erhöhung der Mitarbeiteranzahl bei gleichbleibendem Pflegefachkraftquotenkontingent und unter Einbezug aller Fachkräfte gemäß den Erlassen des Sozialministeriums in Baden-Württemberg. Wirklicher Einbezug aller bis heute 25 Fachkräfte im Sinne dieser in der Verordnung genannten Qualifikationen

und keine Ausrichtung des Fachkrafteinsatzes anhand von Gebäude-, Wohnbereichs- oder Etagenstrukturen.

Die Personalverordnungen müssen unbedingt dem individuellen Pflege- und Betreuungsbedarf angepasst werden. Möglich wären auch hier – auch das hat Herr Professor Klie angesprochen – Vorbehaltsaufgaben für Fachkräfte.

Zweitens: Arbeitszeitgestaltung, Arbeitsbedingungen.

Die Frage der Arbeitszeitgestaltung sollte sich vorrangig an dem Bedarf der einrichtungs- und angebotsspezifischen Klientel ausrichten. In der Praxis stellt es sich jedoch so dar, dass gesetzliche und vertragliche Reglementierung dies häufig vorgeben. Der Anteil an Teilzeitmitarbeitern ist geprägt von externem Behördendruck – diese Aussagen können wir jederzeit belegen –, der zu viel Teilzeit führt. Das wiederum hat zur Folge, dass der Anteil an Teilzeitmitarbeitern ständig ansteigt. Jeder Dienstplanerstellende weiß, dass die bereits angesprochenen Besetzungsvorgaben für die Mitarbeiter bei Erhöhung des Vollzeitanteils zu drei wesentlichen negativen Auswirkungen führen würden. Erstens mehr Wochenenddienste, zweitens mehr geteilte Dienste, drittens häufigeres Einspringen, weil die Kopfzahl bei gleichzeitig voll erfülltem Pflegeschlüssel geringer wird.

Selbstverständlich spielt auch hier die Abdeckung von Arbeitsspitzen im pflegerischen Arbeitsalltag eine Rolle, um tageszeitlich den Bedürfnissen der Bewohner gerecht werden zu können und gleichzeitig in Phasen hohen Arbeitsanfalls die Belastung für die einzelnen Mitarbeiter dadurch auch zu senken.

Wenn man das WTPG bzw. die Landesheimbauverordnung und dort die 15er-Wohngruppe anschaut – ich habe das durchgerechnet, kann es hier aber aufgrund der Zeit nicht darstellen; ich will es Ihnen jedoch gern zur Verfügung stellen –, dann ergibt sich, dass dort jeweils eine Fachkraft und ein Helfer im Frühdienst sind.

Diese Besetzung kann, wenn man die Overheadanteile für Pflegedienstleitung, Nachtdienst und soziale Betreuung mit berücksichtigt, nicht auf Dauer gehalten werden, weil dabei kein einziger Mitarbeiter ausfallen darf, um die Besetzung nicht zu gefährden. Das halte ich für unrealistisch. Bei einer Fachkraftquote von 50 % haben Fachkräfte in einem 15er-Wohnbereich maximal jedes dritte Wochenende frei, wenn die Besetzung gemäß den Vorgaben eingehalten werden soll.

Die Abschaffung unsinniger Reglementierungsvorgaben, die diesen Anforderungen zuwiderlaufen. Ich nenne die Orientierungshilfe in Baden-Württemberg. Keine Schichtbesetzungsvorgaben, sondern Pflegeschlüssel, die ganz klar für die Einrichtung vorgeben, welche Fachkräfte insgesamt vorzuhalten sind, aber nicht Fachkraftvorgaben bezüglich Wohnbereichen und Gebäudeteilen.

Zu den Arbeitsbedingungen gehört auch – das wurde ebenfalls angesprochen –: Der Anleitungsbedarf von Auszubildenden muss in den Verträgen anerkannt werden und

Berücksichtigung finden. Gegenwärtig wird es nicht berücksichtigt, aber im Landespflegegesetz eingefordert.

Drittens: Doppelprüfungen und Qualifikationen der aufsichtführenden Institutionen.

Die Qualifikation und die Arbeit der Aufsichts- und Prüfbehörden haben unmittelbare Auswirkungen auf die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter. Die Mitarbeiter erleben hier zunehmend, dass sie für Kontrollen und Prüfungen Arbeiten erledigen und der pflegebedürftige Mensch dabei mehr und mehr in den Hintergrund gerät.

Die Mitarbeiter vor Ort – insbesondere die Pflegefachkräfte sind von diesen Prüfungen betroffen – sind zunehmend genervt von diesen Doppelprüfungen durch die Heimaufsichtsbehörden und den MDK oder – was noch schlimmer ist – stehen dem inzwischen lethargisch gegenüber. Dazu kommt, dass das Image der Pflege, breitgetreten in der Presse oder in Talkshows, diesen Mitarbeitern ständig die scheinbar eigene Unzulänglichkeit vor Augen führt. Das fördert nicht die Berufsmotivation. Manche Angehörige drohen Mitarbeitern mit Anrufen bei der Heimaufsicht oder dem MDK, wenn nicht entsprechend deren Vorstellungen oder Erwartungen gehandelt wird.

Dazu kommt auch, dass die Qualifikation nicht weniger – festangestellter oder externer – Prüfer, vor allem bei den Heimaufsichtsbehörden, über eine gelinde gesagt fragwürdige Qualifikation in pflegerischer Hinsicht verfügt. Das wiederum erleben die Mitarbeiter, wenn diese sich – bei ohnehin schon knappem Zeitkontingent – im Rahmen von Begehungen vorgeführt fühlen, obwohl sie sich bestmöglich bemühen, die unsägliche Fülle aller Anforderungen zu erfüllen.

Gegenwärtig definiert sich die Qualifikation der externen Mitarbeiter auch bei Heimaufsichtsbehörden dahin gehend, „persönlich geeignet“ zu sein. Es gibt kein einheitliches Mindestniveau. Dies ist grotesk, wenn man überlegt, mit welcher Fülle an Anforderungen heute die Pflegeeinrichtungen belegt sind und immer begutachtet und kontrolliert werden.

Was ist das Ergebnis? Ich habe es selbst bei Qualitätsprüfungen, Heimbegehungen erlebt: Mitarbeiter, die frustriert und teilweise zitternd dasitzen, weil sie Angst haben, den Anforderungen nicht gerecht zu werden, wechselnde Prüfer, von Region zu Region mit anderen Anforderungen. Die Mitarbeiter sind verunsichert, und haben das Gefühl, es keinem recht machen zu können. Es heißt, nächstes Jahr kommen wieder andere mit anderen Erwartungen, und das Spiel beginnt von Neuem.

Die Studie des Paritätischen Wohlfahrtsverbands zur Überschneidung der Tätigkeit von Prüfinstanzen in Baden-Württemberg belegt, dass 70 bis 90 % der Prüfinhalte identisch sind. Das ist z. B. in Rheinland-Pfalz ganz anders. Hier in Baden-Württemberg ist es so. Im Jahr 2011 habe ich das zusammen mit Herrn Professor Klie untersucht. Wir sind zu dem gleichen Ergebnis gekommen und damals belächelt worden. Schön, dass die Studie das heute auch belegt hat.

Was wären die Möglichkeiten? Reduzierung der Doppelprüfungen: In einem Jahr kommt der MDK und prüft die Qualität der Pflege, im anderen Jahr kommt die Heimaufsichtsbehörde und prüft den Rest, bei Anlässen selbstverständlich – keine Frage – entsprechend häufiger. Dadurch würde sicherlich kein Qualitätsverlust eintreten, die Akzeptanz des Prüfungsvorgangs würde deutlich steigen, und der zeitliche Aufwand für alle Beteiligten würde sich reduzieren. Zweitens wäre es hier gut, eindeutige Mindestqualifikationen für festangestellte und externe Mitarbeiter von Heimaufsichtsbehörden festzulegen oder diesen Teil ganz dem MDK zu überlassen.

Viertens: Bürokratie in der voll- und teilstationären Pflege.

Auch dazu haben wir heute schon einiges gehört. Betrachtet man die Entwicklung der Aufgaben in der Pflege in den vergangenen zehn Jahren, so sind die Anforderungen gemessen an der gesamten verfügbaren Pflegezeit gigantisch angestiegen. In der Tat haben die Dokumentations- und die Nachweispflicht – machen wir uns nichts vor – in allen Berufen zugenommen. Gleichwohl erscheint dies in der Pflege, ausgelöst durch die unterschiedlichsten Ursachen, komplett aus dem Ruder gelaufen zu sein.

(Der Redner rollt ein Plakat aus.)

Ich habe mir erlaubt, Ihnen eine Pflegeplanung mitzubringen, weil ich nicht weiß, wie oft die Einzelnen das sehen. Diese Pflegeplanung ist die eines einzelnen Bewohners. Das ist hier nicht die ganze Wohnbereichsabteilung, sondern die Pflegeplanung, wie sie ausgearbeitet ist. Ich möchte nur sagen, der Kommentar bei der Qualitätsprüfung war, dass es sich hier um eine ganz hervorragende Pflegeplanung handelt, weil alle Bedürfnisse abgebildet sind.

Die Mitarbeiter dagegen erleben dies als massiven Belastungsfaktor und Druck, der auf ihnen lastet. „Ich habe Pflege gelernt, nicht, um als Dokumentationssekretärin meinen Arbeitsalltag zu verbringen“, ist nicht selten zu hören. Es gibt auch die Aussage von Angehörigen, dass die Mitarbeiter mehr schreiben, als dass sie Zeit bei den Bewohnern verbringen. Auswirkungen dieser Entwicklungen sind frustrierte Mitarbeiter, die nur die Sorge im Hinterkopf haben, bei der nächsten Prüfung den Anforderungen an die Dokumentation nicht gerecht zu werden.

Es stand die Frage im Raum, wie hoch der administrative Aufwand nachweislich ist. Herr Hinderer, ich kann Ihnen zwei Studien nennen. Beide belegen nachweislich 20 %, die eine 20 bis 30 %, die andere 20 %. Meine Erfahrungen tendieren zu 25 %. Das wäre noch nicht einmal das Schlimme. Aber berücksichtigen Sie bitte einmal, dass Urlaub, Krankheit und Fortbildung auch noch 20 bis 25 % ausmachen, dann verbleiben von 100 % Bruttoarbeitszeit für den Pflegebedürftigen – wenn es gut geht – für die direkte Pflege 50 %. Das halte ich für einen absolut kritischen Wert.

Fünftens: Bewohnerstruktur in der voll- und teilstationären Pflege.

Die Zunahme an Kurzzeit- und Verhinderungspflege hat in den vergangenen Jahren zu einer massiven Aufwandserhöhung geführt. Nach den Erhebungen – das haben wir heute auch schon gehört – im Rahmen des Strukturmodells zur Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation erfordert der reine Dokumentationsaufwand bei Einzug eines Bewohners in Dauerpflege 386 Minuten nur für das Anlegen der Pflegedokumentation, bei Kurzzeitpflege 196 Minuten. Ein Ergebnis sehen Sie vor mir liegen.

Die Mitarbeiter müssen sich immer schneller – das ist vergleichbar mit der Situation der abnehmenden Verweildauer in den Kliniken – kontinuierlich auf neue Situationen einstellen. Damit geht gleichzeitig eine massive Zunahme des Anteils demenziell erkrankter Bewohner einher.

Was in diesem Zusammenhang in Bezug auf die Bewohnerstruktur auch häufig vergessen wird: Die medizinische Versorgung in den Pflegeeinrichtungen gewinnt infolge der Abnahme der Verweildauer in den Kliniken an Bedeutung. Während im Krankenhaus fast immer Ärztnähe gewährleistet ist, müssen die Mitarbeiter in den stationären Einrichtungen mit Ärzten feilschen, damit diese auch ins Haus kommen, weil die Ärzte es gar nicht mehr schaffen. Die Studie der Barmer GEK belegt den Mangel in dieser Versorgungssituation. Auch hier wäre für die Mitarbeiter dringend Abhilfe zu schaffen.

Fazit: Mit einigem Wollen lässt sich die Arbeitssituation der Mitarbeiter um einiges verbessern. Überlastung und Frustration bei vielen Mitarbeitern beruhen nur zu einem geringen Teil auf den direkten Anforderungen aus der Pflege, sie beruhen im Wesentlichen auf regulierenden Einflüssen von außen, die für die Pflege ständig sagen, wie die Arbeit zu machen ist. Ich weiß nicht, wie uns das gefallen würde.

Diese Vorgänge anzuschauen, auf deren wirkliche Notwendigkeit hin zu prüfen und dann zu entscheiden, was davon notwendig und nicht dem politischen Gewissen gegenüber der Öffentlichkeit geschuldet ist, würde uns alle ein ganzes Stück voranbringen. Die Bewohner und die Mitarbeiter in der Pflege würden uns dafür danken.

Ich danke Ihnen.

(Beifall)

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Vielen Dank, Herr Wipp. – Es liegen jetzt mehrere Wortmeldungen vor. Wie immer gilt: Je kürzer die Fragen sind, umso ausführlicher kann der Sachverständige darauf antworten.

Abg. Anneke Graner SPD: Herr Wipp, ich will die bürokratische Belastung gar nicht kleinreden, denn Sie haben es uns noch einmal anschaulich dargelegt. Meine erste Frage lautet, ob Sie die bürokratische Belastung als das größte Problem für die Beschäftigten in der Pflege ansehen. Die zweite Frage ist: Was denken Sie über flächendeckende Tariflöhne in der Pflege?

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Wir fassen die Fragen zusammen.

Abg. Bärbl Mielich GRÜNE: Herr Wipp, Sie sind heute als letzter Redner hier aufgetreten. Im Gesamtüberblick stelle ich fest, dass eine der zentralen Fragen für die Enquetekommission sein wird: Wie gehen wir mit der Fachkraftquote um? Wie stellen wir uns die Bewertung und auch eine Neujustierung vor?

Aus dem, was Sie gerade geschildert haben, wird sehr deutlich, dass Sie von dieser Reduzierung auf die Pflegefachkraft bei der Fachkraftquote nichts halten. Das kann ich sehr unterstützen. Welche Antworten geben Sie darauf, dass sich die Anforderungen, sowohl in der stationären Pflege, in der Altenpflege als auch bei den ambulanten Wohngruppen, dahin gehend verändert, dass die Bewohnerzusammensetzung eine ganz andere wird? Das heißt, wir werden zunehmend Menschen mit Demenz in den Wohngruppen, aber auch in der stationären Pflege haben. Mit welchen Professionen können die Beschäftigten darauf reagieren?

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Vielen Dank, Frau Mielich, für die kurze Frage.

(Vereinzelt Heiterkeit)

Abg. Jochen Haußmann FDP/DVP: Sehr geehrter Herr Wipp, herzlichen Dank. – Ich würde gern noch einen Aspekt ansprechen, der auch schon in anderen Vorträgen angesprochen wurde. Wie bewerten Sie die Aufstiegschancen von Pflegefachkräften gerade im Hinblick auf den Fachkräftemangel, also die Entwicklung vertikal oder horizontal? Wir haben etwas zu verschiedenen Bereichen gehört. Wie bewerten Sie die Aufstiegschancen in diesem Bereich?

Michael Wipp, externes Mitglied: Frau Graner, ich erlebe die Praxis, und ich bin von meiner Berufsausbildung selbst Altenpfleger. Ich bin ständig in Kontakt mit den Mitarbeitern. Denn meine Funktion als Geschäftsführer ist auch, die Mitarbeiter in den Fragen des Qualitätsmanagements vor Ort ständig zu begleiten. Ich erlebe, dass die Mitarbeiter die Bürokratie als sehr belastend empfinden, weil sie oft auch Dinge umfasst, bei denen sich die Mitarbeiter fragen: Warum mache ich das überhaupt? Wenn man den Sinn in einer Sache nicht erkennt, dann empfindet man Bürokratie als belastend. Es gibt auch Teile der Bürokratie, bei denen die Mitarbeiter sagen: „Das macht Sinn; das ist absolut in Ordnung.“

Doch die Dynamik, die das Ganze in den letzten Jahren angenommen hat, müsste man einmal konkret auf den Prüfstand stellen, um die einzelnen Dinge anzuschauen. Ich habe 1976 meine Altenpflegeausbildung gemacht und habe die Dynamik der Dokumentation erlebt. Sicherlich kann man die Zeiten nicht vergleichen. Wir haben heute ganz andere Anforderungen. Aber ich denke, es ist insgesamt aus dem Ruder gelaufen. Das Verhältnis stimmt nicht mehr.

Meiner Meinung nach kann man das nur hinbekommen, wenn man sich noch einmal genau anschaut: Was sind die Anforderungen, und welche Notwendigkeit haben sie? Ich würde sagen, bei der Bürokratie gibt es Anteile, die notwendig sind, und es gibt Anteile, die unsinnig sind. Wenn wir den Teil, den die Mitarbeiter als Belastung empfinden,

herausfiltern, dann ist auch eine Akzeptanz für die anderen Dinge vorhanden. Nicht jedes bürokratische Vorgehen oder jede bürokratische Maßnahme – der Begriff Bürokratie ist negativ besetzt – wird von den Mitarbeitern als Belastung empfunden.

Bezogen auf die Frage zu den flächendeckenden Tariflöhnen: Das ist das riesige Thema, das uns in der Fachwelt momentan beschäftigt. Ich bin gespannt, und kann Ihnen, weil ich selbst bei den Pflegesatzverhandlungen, die wir mit den Kostenträgern führen, dabei war, ein praktisches Beispiel dazu nennen. Auf unsere Frage, um wie viel Prozent wir die Gehälter der Mitarbeiter erhöhen, war ein Angebot: „Sie können auch den Pflegegeschlüssel reduzieren. Dann haben Sie zwar weniger Mitarbeiter, können aber den anderen Mitarbeitern dafür mehr bezahlen.“ Ich glaube, dabei sind wir ganz weit davon entfernt, dass hier das Denken vorhanden ist.

Die Frage ist – Herr Weisbrod-Frey sagte es auch –: Wie soll es bezahlt werden? Das ist ein ganz entscheidender Punkt, wenn man die jetzige Erhöhung des Beitragssatzes der Pflegeversicherung zum 1. Januar anschaut und auch die nächste Erhöhung ansteht. Ich glaube nicht, dass da eine Bereitschaft für weitere Erhöhungen gegeben ist. Insofern denke ich, dass sich das nicht durchsetzen lässt.

Frau Mielich, wir hatten in der Arbeitsgruppe zur Fachkraftquote zusammengearbeitet, und ich finde Ihr Engagement in diesem Bereich wirklich toll. Es gibt heute unterschiedliche Angebote. Wir haben Pflegebedürftige – ich nenne einmal demenziell Erkrankte –, die eine andere Form von Fachkräften brauchen. Doch das Schlimme ist: Die Fachkraftquote ist zu einer Pflegefachkraftquote verkommen. Das war eigentlich nicht der Ansatz. Es gibt vom Sozialministerium jede Menge Erlasse. Darunter fallen – ich habe es einmal aufgelistet – insgesamt 25 Fachkräfte in Baden-Württemberg, und die Diskussion wird rein auf die Pflegefachkräfte heruntergebrochen. Das ist nicht mehr zeitgemäß.

Warum setzt man sich nicht hin und fragt: Was brauchen wir heute für eine Fachkraftquote? Das hat sich durch alle Reden durchgezogen. Es dreht sich nicht darum, die Fachkraftquote abzuschaffen, sondern es dreht sich darum, dass sie wieder an zeitgemäße Strukturen angepasst werden muss. Wir haben eben nicht die Pflegebedürftigen oder die Pflegebedürftige, sondern sie sind in ihrem Unterstützungs- und Hilfebedarf sehr differenziert. Dafür muss eine Quote stimmen.

Noch kurz: Ambulant gibt es ganz anderes. Ambulant werden die Fachkräfte schon wesentlich gezielter eingesetzt. Dort stellt es niemand infrage. Im stationären Bereich glauben wir, unter dem Strich mit 50 % Gießkannenprinzip Qualität zu haben. Das halte ich – Entschuldigung – für naiv.

Zur Frage von Herrn Haußmann: Ich sehe es aus Sicht meiner eigenen Berufsentwicklung. Ich bin von Beruf Altenpfleger, und als ich meine Altenpflegeausbildung 1977 abgeschlossen habe, war ich fertig. Heute gibt es eine Vielzahl von beruflichen Perspektiven in der Altenpflege. Im stationären Bereich betrifft dies z. B. Wohnbereichs-, Pflegedienst-, Einrichtungsleitungen. Ambulant gibt es ganz vieles, z. B. Selbstständigkeit im

ambulanten Bereich, als Pflegefachkraft bei Kassen, bei Behörden zu arbeiten, Pflege zu studieren.

Ich sehe das Problem, dass wir es trotz aller Imagekampagnen bis heute nicht geschafft haben, den Mitarbeitern diese Vielfalt darzustellen. Es ist mir kürzlich erst wieder auf einer Berufsausbildungsmesse klar geworden, dass die meisten es nicht wissen. Ich denke, wir müssen daran arbeiten, darzustellen, was auch in der Pflege an beruflichen Perspektiven besteht. Dann wird es sicher so sein, dass sich mehr Fachkräfte oder Mitarbeiter dafür interessieren.

(Beifall)

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Vielen Dank, Herr Wipp.

Es wäre noch Zeit für eine ganz kurze Frage. – Das ist nicht der Fall. Dann darf ich mich zunächst bei allen sachverständigen Referenten sehr herzlich für die Beiträge bedanken. Sie haben unsere Arbeit bereichert. Sie haben uns wichtige Impulse für die Arbeit der Enquetekommission gegeben, auch Diskussionsstoff, den wir in zehn Minuten in Raum 433 im Königin-Olga-Bau in nicht öffentlicher Sitzung vertiefen wollen.

Meine sehr geehrten Damen und Herren, ich freue mich über Ihr wirklich großes Interesse heute, darf Sie schon sehr herzlich für Mittwoch, 3. Dezember, 13:00 Uhr zur nächsten öffentlichen Anhörung einladen. Ob sie hier im Plenarsaal stattfindet, steht noch nicht fest.

Ich darf mich herzlich auch bei unserer jüngsten Besucherin im – von mir aus gesehen – rechten Bereich der Zuhörerplätze bedanken. Sie hat ganz toll ausgehalten.

(Vereinzelt Beifall)

Ich kenne Abgeordnete, die es nicht so lang am Stück im Plenarsaal aushalten.

(Abg. Manfred Lucha GRÜNE: An die eigene Nase fassen!)

– Ich habe nicht gesagt, welchen ich meine, ob ich das bin oder andere. Ich habe es offengelassen.

Ich wünsche Ihnen allen einen guten Nachhauseweg und ein schönes Wochenende.

Die Mitglieder der Enquetekommission treffen sich in zehn Minuten in Raum 433 im Königin-Olga-Bau.

Vielen Dank.

(Schluss des öffentlichen Teils: 15:07 Uhr)

– folgt nicht öffentlicher Teil –
(gesondertes Protokoll)

Gute Arbeit in der Pflege

Prof. Dr. jur. habil Thomas Klie

Enquetekommission

„Pflege in Baden Württemberg zukunftsorientiert und generationengerecht gestalten“

Öffentliche Anhörung am 24.10.2014

Arbeitsbedingungen

Schlüsselfaktoren

- Verlässlichkeit
- Attraktive, lebensphasengerechte Arbeitszeitmodelle
- Work-Life-Balance
- Qualifizierungsoptionen
- Übereinstimmung von Wissen, Berufsethik und Praxis
- Kooperativer Führungsstil
- Reduzierung von Bürokratie
- Attraktive Vergütungsbedingungen
- Gesundheitsförderung

Was folgt daraus auf Landesebene

- Personalausstattung qualifizieren
 - Personalbemessung
 - Personaleinsatz
- Benchmark für Arbeitsbedingungen in der Pflege (statt Pflegenoten)
- Qualifizierungsgerechter Einsatz von Pflegefachkräften
- Kontrolle der Mittelverwendung für Personal
- Qualifizierungsoffensive Pflege mit differenziertem Berufskonzept
- Bürokratieabbau
 - U.a. Beteiligung an SIS
- Branchenspezifische Qualifizierung der Personalarbeit

Beruf & Profession

- **Klares Berufs- und Kompetenzprofil**
 - Ganzheitlichkeitssyndrom
 - Im Verstehen und Gestalten wichtig und unverzichtbar
 - Im Alltagshandeln: in Kooperation
 - Steuerung, Interaktion, Handwerk als Kern professionellen Handelns
 - Differenzierung und Spezialisierung
 - Im Handwerk: advanced nurses
 - In der Steuerung: verantwortliche PK, Case Management,
 - In Funktionen: Management, PDL
- **Selbstverantwortung und Autonomie**
 - Voraussetzung für professionelle Pflege
 - Berufsrechtlich: einheitliche Ausbildungsvorgaben, Vorbehaltsaufgaben
 - Sozialrechtlich: Verordnungsrecht, Übertragung von „advanced“ Aufgaben
 - In der Organisation: eigenverantwortliche Aufgabenfelder, klare Kooperationsregelungen
 - Wissenschaftlich: Standardbildung im Rahmen des IQWiG
 - Berufsständisch: Register/ Kammer?

Was folgt daraus auf Landesebene ?

- Register- und Kammerdiskussion führen
- Leistungserbringungsrechtliche Rahmenbedingungen qualifizieren
 - Im Klinischen Bereich
 - In ambulanter Pflege
 - In Langzeitversorgung
 - Etwa Rahmenvertrag nach § 75 SGB XI
- **Heimrechtlich:**
 - entmythologisieren und „qualifizieren“
 - Administrative Bevormundungen und Bürokratieschäden vermeiden
- **Träger: konzertierte Zurückweisung sozialadministrativer Vorgaben, die Professionalität behindern**

Arbeitsfeld

Fachkräftemangel und Öffnung des Berufsfeldes

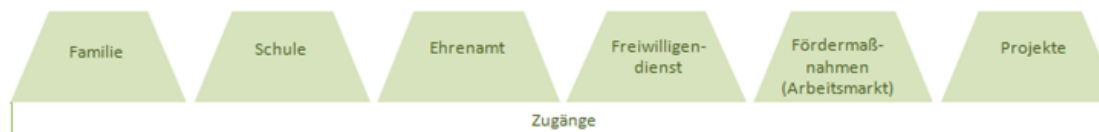
- Pflege ist mehr als berufliche Pflege
- Rückgang informeller Pflege provoziert den größten (zusätzlichen) Arbeitskräftebedarf
- Offenes Berufsgruppenkonzept überhöht Attraktivität des Arbeitsfeldes
- Durchlässigkeit vertikal und horizontal fördert berufliche Mobilität
- Motivation für das Arbeitsfeld wird früh grundgelegt
- „Berufe für Menschen“ statt Verengung auf Pflege

Was folgt daraus auf Landesebene ?

- Berufsgruppenkonzept zwischen Cure und Care landesrechtlich flankieren und qualifizieren
- Abkehr von hierarchisierender Semantik: Pflegehilfskräfte, zusätzliche Betreuungskräfte, niederschwellige Hilfen in Förderstimmungen , im Leistungs- und Ordnungsrecht
- Strategische Kooperation mit AfA und Bildungssektor
- Deutschen Qualifizierungsrahmen konsequent nutzen
- Öffnung des Fachkräftekonzeptes im Heimrecht

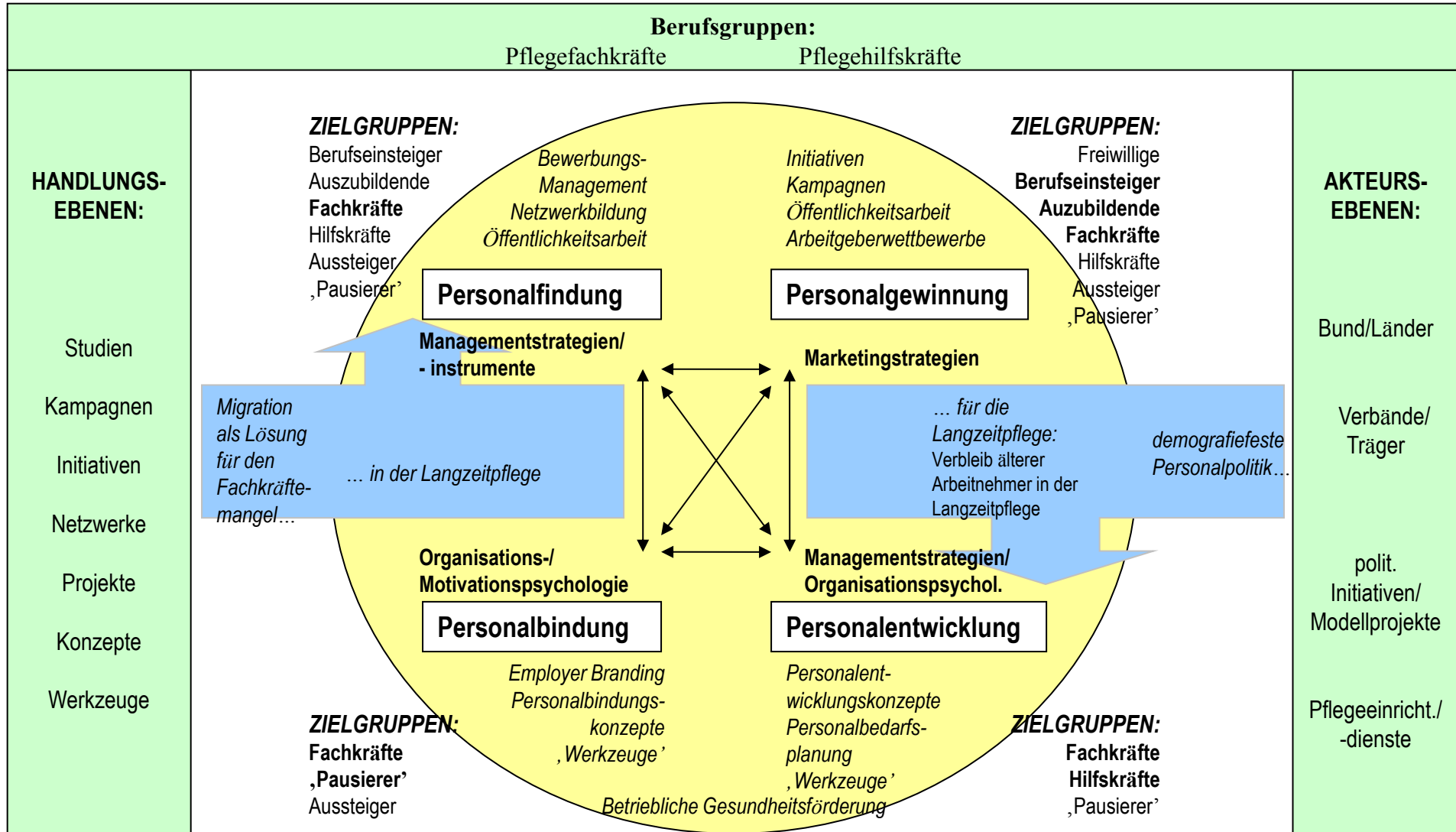
Neues Berufsgruppenkonzept

	CURE		CARE	
	Pflege / Gesundheit		Hauswirtschaft	Soziale Arbeit
Promotion				
Studium (BA/MA)	Pflegewissenschaft(Nursing) Geriatrie Medizin Ergotherapie Physiotherapie Sozialmanagement Gerontologie Soziale Arbeit Ökotrophologie			
Weiterbildung (Funktions- und Aufgabenbezogen)	VERAH Intensivpflege Wohnraumanpassung Wundmanagement Manuelle Therapie Case Management AGnES Kinästhetik Pflegedienstleitung Gerontopsychologische Pflege/Betreuung Palliative Care AAL Fachhauswirtschaft			
Fachausbildung	Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpflege Medizinische Fachangestellte/r Ergotherapie Physiotherapie	Altenpflege	Hauswirtschaftsfachkraft Dorfhelfer/innen Heilerziehungspflege	
Ausbildung	Pflegeassistent Kranken-/ Altenpflegehelfer/innen Hauswirtschaftliche Assistenz Betreuungsassistent Sozialassistent			
Training / Fortbildung (Schulung) für	Ersthelfer Hospizmitarbeitende Servicehelfer Jugendgruppenleitung Assistenz für Schwerbehinderte			



Beispielhafte Aufzählungen und Nennungen

Langzeitpflege / Cure - Gesamtstrategie



Enquentekommission
Pflege in Baden-Württemberg zukunftsorientiert
und generationsgerecht gestalten

Gute Arbeit in der Pflege

Ernst Olbricht

Vorsitzender der Landesgruppe Baden-
Württemberg

24.10.2014



Katholischer
Pflegeverband e.V.

Gute Arbeit in der Pflege

A:

Altersstruktur der Pflegenden

B:

Betreuungspersonen

Bürokratie

Bildung

- Gemeinsame Ausbildung
- Fort- und Weiterbildung
- Akademisierung



Katholischer
Pflegeverband e.V.

Gute Arbeit in der Pflege

D:

Dienstplan

Dienstzeiten

E:

Ehrenamt

F:

Familienfreundlichkeit?



Katholischer
Pflegeverband e.V.

Gute Arbeit in der Pflege

G:

Gewinnmaximierung

I:

Image

K:

Körperliche Arbeit

Karriere

Kassen



Katholischer
Pflegeverband e.V.

Gute Arbeit in der Pflege

L:

Löhne

M:

Multimorbide Menschen

Minijobs

N:

Notstand der Arbeitsbedingungen



Katholischer
Pflegeverband e.V.

Gute Arbeit in der Pflege

P:

Psychische Belastungen

Patientendurchlauf

Pflegefachpersonen aus dem Ausland

Pflegekammer

Pflegefremde Tätigkeiten

Personalanhaltzahlen



Katholischer
Pflegeverband e.V.

Gute Arbeit in der Pflege

S:

Selbständige Pflegefachpersonen

T:

Team

Teilzeitarbeit versus Vollzeitarbeit

U:

Überstunden



Katholischer
Pflegeverband e.V.

Gute Arbeit in der Pflege

V:

Verdichtung der täglichen Arbeit

W:

Wertschätzung



Katholischer
Pflegeverband e.V.

Gute Arbeit in der Pflege

Z wie Zukunft:

Änderungen der Arbeitsbedingungen

Gute Ausbildung

Gute Löhne

Gutes Personal

Karriere

Pflegekammer



Katholischer
Pflegeverband e.V.

„Pflege in Baden-Württemberg zukunftsorientiert und generationengerecht gestalten“

Öffentlichen Anhörung der Enquetekommission
des 15. Landtags von Baden-Württemberg am Freitag,
24. Oktober 2014,

Prof. Dr. med. habil. Volker Köllner
Fachklinik für Psychosomatische Medizin,
Medicin Blietal Kliniken und
Medizinische Fakultät der Universität des Saarlandes,
Am Spitzenberg
D-66440 Blieskastel
koellner@psychosoma.de



Fragen

- Welche Aspekte der Arbeit in der Pflege sind für die Beschäftigten psychisch belastend?
- Haben Arbeitsunfähigkeitszeiten wegen psychischer und körperlicher Belastungen in den letzten Jahren zugenommen?
- Welche Maßnahmen können zur Minimierung ergriffen werden?



1. Psychische Belastungen für Beschäftigte in der Pflege

- Schichtarbeit
- Häufige Überstunden und Einspringen an freien Tagen
- Schwierigkeit, sich von der Arbeit abzugrenzen
- Psychische Belastung und Traumatisierung
- Schlechte Aufstiegschancen und materielle Rahmenbedingungen

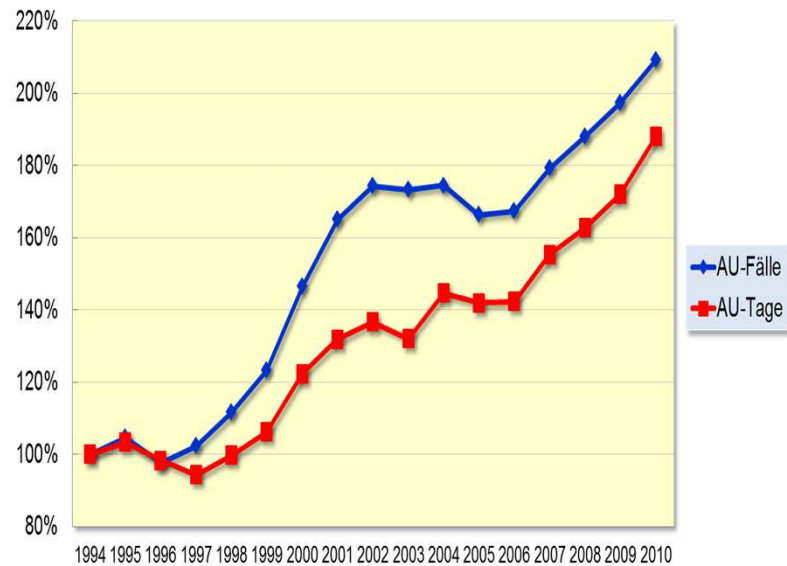


2. Zunahme von Arbeitsunfähigkeitszeiten und vorzeitigem Ausscheiden aus dem Beruf aus psychischen Gründen

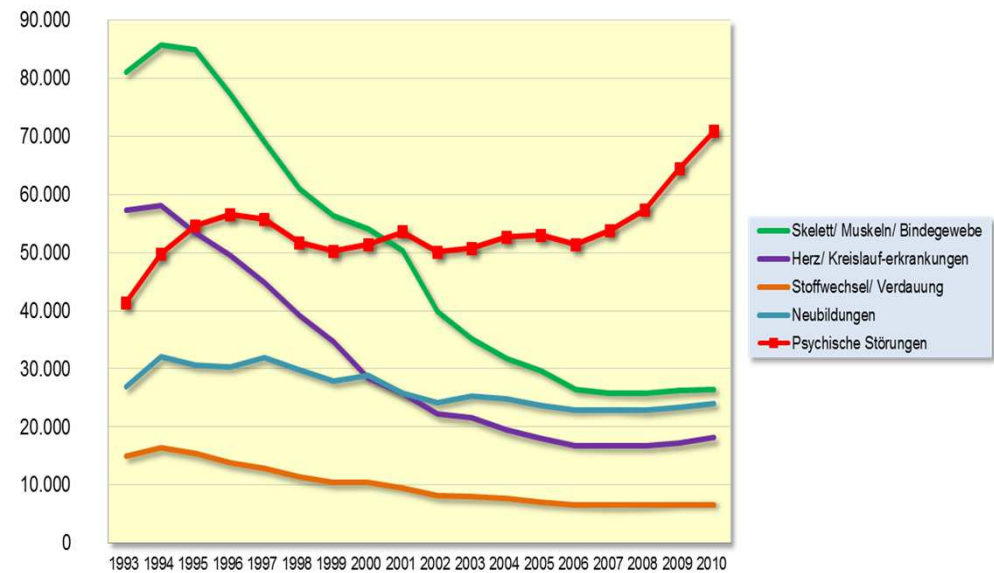
- In den letzten 20 Jahren Verdopplung der AU-Tage wegen psychischer und psychosomatischer Krankheiten bei insgesamt gleichbleibendem Krankenstand.
- Psychische und psychosomatische Krankheitsbilder sind seit 2000 die häufigste Ursache für vorzeitige Erwerbsminderung.

2. Zunahme von Arbeitsunfähigkeitszeiten und vorzeitigem Ausscheiden aus dem Beruf aus psychischen Gründen

AU-Fälle wegen psychischer Störungen von 1994-2010



Frühberentungen von 1994 - 2010



2. Zunahme von Arbeitsunfähigkeitszeiten...

- Noch zu wenig aussagekräftige Daten zu AU-Zeiten in der Pflege, aber deutliche Hinweise auf überdurchschnittliche AU-Zeiten, z. B. TK Gesundheitsreport 2011:
 - Alle Berufe: 12,3 AU-Tage/Jahr
 - Krankenpflege: 17,5 AU-Tage/Jahr
 - Altenpflege: 22,6 AU-Tage/Jahr
- Deutlich überdurchschnittlich vorzeitiges Ausscheiden aus dem Beruf: ca. 20% der Altenpflegerinnen und Altenpfleger nach dem Berufseinstieg und weniger als 60% nach einer beruflichen Wiedereingliederung sind nach 5 Jahren noch im Beruf.
- Daten sprechen für stärkere Belastung in der Altenpflege



3. Welche Maßnahmen können zur Minimierung ergriffen werden?

- Prophylaxe von Burnout und Depression schon in der Ausbildung
- Monitoring von beruflichen Problemlagen und betriebliche Gesundheitsförderung
- Therapeutische Angebote vernetzen und konsequent und möglichst frühzeitig nutzen
- Forschungsbedarf

Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!

Bei Fragen:

koellner@psychosoma.de