

Hans-Peter Hoppe (Hrsg.)

Pflege im Umbruch


Dachstiftung
Diakonie


STEPHANSSTIFT


DIAKONISCHE HEIME IN KÄSTORF E. V.



Deutscher Verein
für öffentliche
und private Fürsorge e.V.

Hans-Peter Hoppe (Hrsg.)

Pflege im Umbruch

Hans-Peter Hoppe (Hrsg.)

Pflege im Umbruch

Schriftleitung:

Dr. Konrad Deufel

Mit Beiträgen von:

Pfarrer Dr. Jürgen Gohde

Hans-Peter Hoppe

Prof. Dr. Andreas Kruse

Prof. Hartmut Remmers

Oberkirchenrat Johannes Stockmeier

schlütersche

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-89993-330-7 (Print)

ISBN 978-3-8426-8509-3 (PDF)

© 2014 Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG,
Hans-Böckler-Allee 7, 30173 Hannover

Alle Rechte vorbehalten. Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der gesetzlich geregelten Fälle muss vom Verlag schriftlich genehmigt werden. Die im Folgenden verwendeten Personen- und Berufsbezeichnungen stehen immer gleichwertig für beide Geschlechter, auch wenn sie nur in einer Form benannt sind. Ein Markenzeichen kann warenrechtlich geschützt sein, ohne dass dieses besonders gekennzeichnet wurde.

Umschlag: Kerker+Baum GbR, Hannover

Satz: PER Medien+Marketing GmbH, Braunschweig

Druck: Druck Thiebes GmbH, Hagen

Inhalt

Vorwort	7
<i>Dr. Konrad Deufel</i>	
1 Überblick und Zusammenfassung	9
<i>Hans-Peter Hoppe</i>	
2 Diakonische Vorüberlegungen	19
<i>Oberkirchenrat Johannes Stockmeier</i>	
3 Altenpflege in gemeinschaftlicher Verantwortung zukunftsorientiert umgestalten	23
<i>Hans Peter Hoppe</i>	
4 Hat professionelle Altenhilfe eine Zukunft? Impuls aus Trägersicht	27
<i>Pfarrer Dr. Jürgen Gohde</i>	
5 Kleinräumig, vernetzt, verlässlich – Anforderungen an teilhabe- orientierte Versorgungslandschaften in der Altenhilfe	33
5.1 Unerledigter Auftrag: Sicherung der Teilhabe älterer und pflegebedürftiger Menschen	33
5.2 Gesund älter werden	36
5.3 Koproduktion und Steuerung	37
5.4 Neuer Begriff der Pflegebedürftigkeit	40
5.5 Pflege ist mehr als Pflegeversicherung	42
5.6 Anforderungen an künftige Gestaltungsoptionen	42
<i>Prof. Dr. Hartmut Remmers, Nadin Dütthorn, Marcus Garthaus alle: Universität Osnabrück, Fachbereich Humanwissenschaften, Arbeitsgruppe Pflegewissenschaft</i>	
6 Projektbericht: Neue Pflege – Pflegerische Betreuung im Kontext rehabilitativer, präventiver und palliativer Pflegepotenziale	45
Vorwort	47
Not und Alarmstimmung in der Altenpflege (<i>Dr. Konrad Deufel</i>)	47

6.1	Einführung	48
6.1.1	Spannungsfelder in der stationären Langzeitpflege	49
6.1.2	Projektziele	54
6.2	Beschreibung des Projektverlaufs in der methodischen Umsetzung	55
6.2.1	Literaturrecherche und -analyse	55
6.2.2	Leitfadengestützte Interviews	58
6.2.3	Expertenworkshop und Gruppendiskussion	64
6.2.4	Konzeptentwicklung	65
6.3	Konzeptentwicklung: Handlungsfelder und Handlung- sempfehlungen im Überblick	66
6.3.1	Kooperation und Koordination	66
6.3.2	Kontinuierliche berufliche/professionelle Weiterentwicklung ..	67
6.3.3	Kompetenzprofilierung	68
6.4	Praxisorientierter Umsetzungsplan der Dachstiftung Diakonie	69
6.5	Ausblick	69
	<i>Prof. Dr. Dr. h.c. Andreas Kruse, Heidelberg</i>	
7	Rehabilitation und Pflege im Kontext einer Anthropologie des Alters	77
7.1	Eine anthropologische Annäherung an das Alter	77
7.1.1	Selbstgestaltung	77
7.1.2	Grenzen der Selbstgestaltung	79
7.1.3	Integration von Potenzial- und Verletzlichkeitsperspektive	81
7.1.4	Entwicklungsnotwendigkeit	82
7.1.5	Entwicklung im Angesicht eigener Endlichkeit	84
7.1.6	Bezogenheit des Individuums auf andere Menschen	85
7.1.7	Verantwortungsbezüge des Menschen	86
7.2	Merkmale einer alters-, rehabilitations- und pflegefreundlichen Kultur	87
7.3	Ein spezifischer Aspekt der pflegefreundlichen Kultur: Die Unterstützung des sterbenden Menschen bei der Gestaltung des Sterbens	93
7.4	Abschluss	100
	Autorenübersicht	107
	Institutionen	111

Vorwort

Die Dachstiftung Diakonie und mit ihr die Diakonischen Heime Kästorf und das Stephansstift Hannover sind verantwortlich für zahlreiche alte Menschen in Pflegeheimen in Gifhorn-Kästorf sowie in Stadt und Region Hannover. Nach guter diakonischer Tradition genügt es dabei nicht, tatkräftig und engagiert den täglichen Dienst für die pflegebedürftigen Menschen zu erfüllen; es muss immer auch darum gehen, über den Tag hinaus zu denken, Vorhandenes als Ansporn zu empfinden, neue Wege zu suchen und zu gehen.

Daher hat sich die Dachstiftung Diakonie vor Jahren aufgemacht, mit dem Institut für Gerontologie in Heidelberg und Professor Dr. Andreas Kruse über innovative Versorgungskonzepte nachzudenken. Das bezog sich auf die Differenzierung von Alter und Krankheit, die Aufgaben von Gesundheitsförderung und Prävention, die Berücksichtigung funktionaler Kompetenz von Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Einrichtungen, die rehabilitative und die palliative Pflege, auf Fragen alterstypischer Ernährung, auf innovative Potenziale der Geriatrie, die gerontopsychiatrische Pflege und schließlich die Betrachtung der verschiedenen Formen von Demenz.

Daran schloss sich ein Forschungs- und Praxisprojekt an, dass zwischen der Dachstiftung Diakonie und der Universität Osnabrück vereinbart wurde. Unter Federführung von Professor Dr. Hartmut Remmers, mit seinen Mitarbeitern einerseits und in aktiver Mitgestaltung durch Leitungskräfte von Dachstiftung Diakonie, Diakonischen Heimen Kästorf und Stephansstift andererseits, machte sich diese Gruppe, moderiert von Dr. Konrad Deufel, Oberstadtdirektor a. D. und langjähriger Vorsitzender des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V. auf den Weg, den genannten Fragen nachzugehen und eigene Einschätzungen und Erfahrungen hinzuzufügen.

Neben sorgfältiger wissenschaftlicher Recherche, Befragung von Mitarbeitern aller Ebenen und Angehörigen, nicht zuletzt der pflegebedürftigen Menschen selbst und unter Einbeziehung der neuesten Forschungsergebnisse in Sachen Pflege, korrespondierend mit den Erfahrungen aus der Praxis, ergab sich jenes Bild, das von Professor Remmers in seinem Bericht (vgl. Kapitel 6) entfaltet wird.

Alle Beteiligten sahen sich durch die derzeitige politische Lage auch herausgefordert: Der Pflegebedürftigkeitsbegriff liegt auf dem Tisch, aber Konsequenzen werden derzeit nicht gezogen. Die Anforderungen an die Qualität steigen dabei

immer mehr; die Not, Fachkräfte zu gewinnen, rückt wie nie zuvor ins Blickfeld der für die Personalgewinnung Verantwortlichen; die begleitenden Dienste müssen ihre eigene Rolle im Dienst an den alten pflegebedürftigen Menschen ausweiten.

Dazu kommt, dass der demografische Wandel, der alltägliche pflegerische Ablauf samt seiner Dokumentationsverdichtung und – vor allem – leere Kassen tägliche neue Herausforderungen in der stationären Altenpflege stellen. Gleichzeitig wird das Image der Pflege in der Öffentlichkeit trotz kontinuierlich steigender Qualitätsanforderungen nicht positiv wahrgenommen.

Um die Ergebnisse des Forschungsprojektes gründlich zu diskutieren, hatte die Dachstiftung Diakonie Hannover zu einer Tagung eingeladen, die in diesem Buch dokumentiert wird.

Es ist der Schlüterschen Verlagsgesellschaft herzlich für ihre Bereitschaft zu danken, der Tagung durch diese Veröffentlichung zu einer breiten Resonanz zu verhelfen. Zugleich gilt unser Dank allen, die sich als Referenten und Podiumsteilnehmer zur Verfügung gestellt und zum hohen Niveau der Diskussion beigetragen haben. Nur dann werden die dringend nötigen Fortschritte gelingen, wenn aus gründlichem Gespräch die notwendigen Folgerungen gezogen werden und die Herausforderungen von Altern und Alter in unserer Gesellschaft ernst genommen werden – Alter betrifft jeden Menschen, früher oder später.

Pastor Hans-Peter Hoppe
– Vorstand –

Jens Rannenberg
– Vorstand –

1 Überblick und Zusammenfassung

Dr. Konrad Deufel

»Eine pflegefreundliche Kultur gründet auf der gesellschaftlichen Wertschätzung und Anerkennung pflegerischer Tätigkeit und der Pflegeberufe. Diese wird nur in dem Maße herbeizuführen sein, in dem der Öffentlichkeit dargelegt wird, welche Aufgaben sich im Pflegeprozess stellen, welche Verantwortung Pflegekräfte übernehmen, welchen Beitrag eine fachlich wie ethisch anspruchsvolle Pflege für die Erhaltung oder Wiedererlangung von Lebensqualität und Wohlbefinden leistet.«¹

Unter dem Titel »Pflege im Umbruch« fand am 22. Februar 2013 im Stephansstift in Hannover eine Veranstaltung unter der Leitung von Hans-Peter Hoppe, Vorsteher des Stephansstiftes und Vorstand der Dachstiftung Diakonie, statt. Dieses Kapitel bietet eine kurze Zusammenfassung der bearbeiteten Redebeiträge und damit auch einen Überblick über die Kapitel dieses Buches.

Unter dem Titel »Altenpflege in gemeinschaftlicher Verantwortung zukunftsorientiert gestalten« widmet sich Oberkirchenrat Johannes Stockmeier, Präsident der Diakonie des evangelischen Werkes für Diakonie und Entwicklung e.V., dem Grundverständnis der Diakonie. Er weist darauf hin, dass sich die Diakonie als Dienstleister pflegebedürftiger Menschen versteht, aber ebenso auch als Vertreter der pflegenden Angehörigen. Häusliche Pflege ist damit kein »Schicksal« ohne Alternativen. Schon mit den Angeboten der Tages- und der Verhinderungspflege wird der häusliche Radius überschritten. Ziel aller Anstrengungen muss es daher sein, ein selbstbestimmtes Leben in Teilhabe zu ermöglichen, auch wenn die letzte Lebensphase mit Gebrechlichkeit, Schmerz und Einschränkungen verbunden sein kann.

Stockmeier konstatiert eine Entwicklungsdynamik der Pflegeversicherung, trotz begrenzter wirtschaftlicher Mittel. So gibt es längst nicht mehr **das** Pflegeheim, sondern mehrere Generationen von Pflegeeinrichtungen, die auf verschiedene Anforderungen und Erwartungen antworten. Dennoch bleibt für Stockmeier die

¹ Kruse, A. (2013). Alternde Gesellschaft – eine Bedrohung. Soziale Arbeit kontrovers 2. In Zusammenarbeit mit Deutscher Verein und Lambertus-Verlag, S. 52

stationäre Versorgung von Menschen mit Demenz eine große Herausforderung und wird vor allem leistungsrechtlich noch nicht ausreichend berücksichtigt.

Ähnliches sieht er auch bei der hospizlich-palliativen Versorgung, die in Pflegeheimen dringend verbessert werden muss, weil Menschen länger zu Hause leben und das Pflegeheim erst in einer Lebensphase in Anspruch nehmen wollen, manchmal nehmen müssen, in der sie schon stark eingeschränkt und dem Tode nahe sind.

Stockmeier macht deutlich, dass der individuelle Rechtsanspruch des einzelnen Menschen klar herauszuarbeiten und öffentlich einzufordern sei. Naive Vorstellungen vom Heim als einer aus sich heraus umfassenden Versorgungsstruktur müssen korrigiert werden. Das alles kann aber nicht ohne erhebliche Ausweitung der Ressourcen geschehen und schließt eine Reihe von Forderungen ein.

So müssen die Pflegeeinrichtungen und die ambulanten Dienste angemessen mit Personal ausgestattet werden und dieses leistungsgerecht tariflich vergütet werden, weil es sonst keine verlässlichen Personalschlüssel und keine motivierenden Arbeitsbedingungen geben kann. Stockmeier nennt es unverantwortlich, dass unter dem Anspruch des Wettbewerbs nachhaltige Versorgungsstrukturen ruiniert werden. Auch die nachhaltige Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufs ist nach Stockmeier ein unumgängliches Desiderat. Dazu gehört die strikte Notwendigkeit, endlich den Pflegebedürftigkeitsbegriff leistungsbezogen zu definieren.

Hans-Peter Hoppe, Vorsteher des Stephansstiftes und Vorstand der Dachstiftung Diakonie, stellt seinen Beitrag unter die Frage »Hat professionelle Altenhilfe eine Zukunft?« Eindringlich mahnt er, dass die Zukunft der Altenpflege auch unser aller Zukunft ist. Die Anzahl alter Menschen steigt. Die Anzahl der Pflegekräfte sinkt. Das ist, so Hoppe, inzwischen Alltagswissen. Doch die Medien in Deutschland kennen »Alter« oft nur als Drohgebärde. Nachdrücklich kritisiert Hoppe etwa Fernsehkrimis wie den »Tatort«, in dem eine Heimleitung eher an einen Blockwart aus düstersten Zeiten gemahnt.

Hoppe verweist darauf, dass die Tatsache, dass man immer mehr auf fremde Hilfe angewiesen sein wird, irrationale Reaktionen auslöse. So habe es »fast schon etwas Pathologisches, wenn anstelle von Überlegungen, wie auch das Älterwerden angemessen gestaltet werden kann, die Angst noch größer gemacht wird.«

Sinnvoller wäre es, so Hoppe, wenn man die Pflegefachkräfte jene Arbeit tun ließe, für die sie sich qualifiziert hätten und damit auch ihre öffentliche Wahrnehmung positiv verändert. Ebenso sinnvoll wäre es, Pflegefachkräfte von Hilfsarbeiten freizustellen, die auch anders geschulte Mitarbeitende erfüllen könnten.

Pflege, die doch zu einem hohen Anteil Beziehung, Zuwendung, Zeit und liebevolle Hilfe sei, ist nach Hoppes Meinung besser zu leisten, wenn mehr Hände am Pflegebett sind und hoch qualifizierte Fachkräfte sich auf das konzentrieren können, wofür sie ausgebildet sind. Eine solche Neuorganisation kann helfen, den sicher kommenden Fachkräftemangel abzumildern.

Die mangelnde Reputation von Pflegefachkräften spiegelt sich nach Hoppe auch in ihrer geringeren Bezahlung im Gegensatz zu Berufsgruppen wie etwa Mechatronikern wider. Eine weitere Kritik Hoppes bezieht sich auf die extreme Dichte von Qualitätsprüfungen in Pflegeeinrichtungen. Zwar ist auch Hoppe der Ansicht, dass die Qualität der Pflege überprüft werden muss, aber es ist seiner Meinung nach nicht zielführend, wenn als Qualitätsmerkmal die Anzahl der Fachkräfte herangezogen wird, statt die tatsächlich fachlich und menschlich geleistete Arbeit. Angesichts der überbordenden Dokumentationsarbeit in der Pflege verweist Hoppe darauf, dass die administrativen Tätigkeiten von Pflegekräften in den letzten Jahren um 40 % angestiegen sind, obwohl die rein pflegerischen Tätigkeiten nicht weniger wurden. Hoppes Appell: »Wie schaffen wir es, den Pflegekräften wieder Zeit für ihre eigentlichen Tätigkeiten zu verschaffen?«

An dem so häufig propagierten »Wettbewerb« übt Hoppe deutliche Kritik, denn seiner Ansicht nach kann von einem wirklichen Wettbewerb gar keine Rede sein. »Es gibt Vorgaben zum Personaleinsatz, zu den Betriebsmitteln, der Preis ist ohnehin vorgegeben und immer wieder gibt es auch Versuche, so etwas Ähnliches wie Einweisungen vorzunehmen. Alles muss im »Plan« sein und der kreative Spielraum zur Verbesserung der Arbeit wird im Keim erstickt.« Gab es früher noch einen Qualitätswettbewerb, so reduziert sich der Wettbewerb heute oft auf einen Kostenwettbewerb, der aufgrund der hohen Regulierungsdichte nur noch über die Personalkosten ausgetragen wird.

Ein weiterer kritischer Impuls Hoppes bezieht sich auf den richtigen und angemessenen Einsatz von ehrenamtlicher Tätigkeit. Der Rechtsanspruch auf qualifizierte Hilfe darf nicht durch den Rückfall in das System der Barmherzigkeit abgelöst werden. An der Bedeutung der Ehrenamtlichkeit zweifelt gerade die Diakonie nicht, so Hoppe, aber das Ehrenamt darf kein Ersatz für professionelles Handeln sein. Hoppe schließt den Bogen seiner kritischen Impulse mit der Erinnerung an den Anfang seines Beitrages und fordert ein neues Denken und eine neue Diskussion, »schließlich geht es um mich und um meine Pflege im nicht mehr fernen Alter.«

Pfarrer Dr. Jürgen Gohde, Vorstandsvorsitzender des Kuratoriums Deutsche Altershilfe, widmet sich dem Thema »Kleinräumig, vernetzt, verlässlich – Anforderungen an teilhabeorientierte Versorgungslandschaften in der Altenhilfe«.

Zunächst macht er in einem Rückblick deutlich, in welcher Weise das Kuratorium Deutsche Altershilfe schon seit den 1970er Jahren das Thema Pflege aufgenommen hat. Er verweist auf ein bereits 1974 veröffentlichtes Gutachten, dass auf Initiative des Kuratoriums Deutsche Altershilfe entstand. In diesem Gutachten wird bereits darauf hingewiesen, dass die Behandlung von kranken alten Menschen in großen Pflegeabteilungen, Pflegeheimen oder Krankenheimen in die Zuständigkeit der gesetzlichen Krankenkasse fallen müsse.

Diese Position rief damals heftigste Reaktionen hervor, war aber Grundlage und Meilenstein für die nachfolgende Diskussion um die Pflegeversicherung. Angesichts der heutigen Situation dringt Gohde nachdrücklich darauf, dass die Regierung jetzt umgehend die gesetzliche Definition der Pflegebedürftigkeit erweitert. Dass der zeitliche Aufwand für die allgemeine Betreuung, Anleitung und Aufsicht bei gerontopsychiatrisch veränderten Menschen bei der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit berücksichtigt werden müsse, sei eine Forderung, die es bereits seit 1998 gäbe.

Gohde geht auch auf den 6. Altenbericht der Bundesregierung ein, der mehr Heterogenität, mehr soziale Unterschiede, mehr Vielfalt, zum Beispiel mit Menschen mit Migrationshintergrund und mehr Verletzlichkeit beschreibt. Die Sicherung und der Ausbau von Teilhabe, Pflege und Betreuung gehören nach Auffassung Gohdes zu den herausragenden gesellschaftlichen Aufgaben in diesem Jahrhundert. Die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ist dringend; die Teilhabemöglichkeit älterer Menschen darf keine unrealisierte Forderung bleiben. Die menschnahe Bündelung von Beratungs-, Entscheidungs- und Versorgungsstrukturen muss durchgreifend angegangen werden.

Gohde macht deutlich, dass das Ziel einer teilhabeorientierten Pflege mit dem Gesundheitsziel für ältere Menschen verknüpft werden muss. Unumgänglich ist dafür aber eine gute Vernetzung mit den Akteuren der gesundheitlichen Versorgung. Außerdem müssen leistungsfähige, wohnortnahe Formen der Versorgung und Unterstützung entwickelt werden, insbesondere für ältere Menschen mit chronischen Erkrankungen und hohem Pflegebedarf. Diese Aufgabe wird in ländlichen Räumen anders definiert werden müssen als in Städten und Großstädten, weil man das Ziel der Wohnortnähe durch das Ziel einer sicheren Versorgung ersetzen muss.

Als »Ausgangspunkt aller Überlegungen« bezeichnet Gohde den Wunsch nach Teilhabe und Selbstbestimmung der Betroffenen. Wenn auch das Individuum immer auf die Solidarität der Gemeinschaft angewiesen ist, so muss zugleich die individuelle Autonomie akzeptiert und individuelle Entscheidungen als Ausdruck von Selbstbestimmung respektiert werden. Der Wunsch, möglichst lange selbst-

ständig in der eigenen Häuslichkeit zu leben wird aber nicht ohne das Interesse an anderen Menschen gelebt. Selbstbestimmung und das Interesse an Zugehörigkeit hängen zusammen. Das ist nach Ansicht Gohdes für die Betrachtung der Potenziale älterer Menschen entscheidend. Es geht um neue Möglichkeiten der Mitverantwortung und Teilhabe als Teile einer neuen sozialen Architektur.

Dem wird die klassische Sozialpolitik nicht gerecht, folgert Gohde. Denn sie folgt der Logik der einzelnen Sozialgesetzbücher und führt damit notwendig zur Segmentierung in Zielsetzungen und Lösungsansätzen, Leistungsförderung, Infrastruktur und der öffentlichen und privaten Fürsorge. Gohde sieht mit der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen einen Paradigmenwechsel, der auch für die Pflege grundlegend ist.

Gohde versteht den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff als Grundlage pflegerischen Handelns, weil er sich abwendet von einem an Defiziten und am Unvermögen orientierten Bild des Menschen hin zu einer Sichtweise, die das Ausmaß seiner Selbstständigkeit sichtbar macht. Der neue Begriff ist ein Schlüsselement für eine bessere Pflege, doch für ein Gesamtkonzept von Pflege und Betreuung, das den demografischen, pflegerischen, präventiven, rehabilitativen und infrastrukturellen Anforderungen für eine inklusionsorientierte Gesellschaft entsprechen muss, reicht er bei weitem nicht aus. Die Reform der Pflege ist mehr als die Reform der Pflegeversicherung. Nötig ist das Zusammenwirken der Instrumente des neuen Pflegebegriffs und des ihm entsprechenden Begutachtungsverfahrens mit den Instrumenten der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF).

Gohde weist darauf hin, dass die Pflegeversicherung noch immer ohne ausreichend teilhabeorientierte Ziele ist, ohne pflegevermindernde Prävention, ohne eine verbindliche Hilfeplanung aller Akteure. Angesichts der Lebenslagen pflegebedürftiger Menschen hält Gohde aber die Teilhabeorientierung für grundlegend, die dann aber auch das ganze Handeln umfassen müsse. Die Reform der Institutionen muss in dieser Perspektive die konsequente Ambulantisierung und Kommunalisierung der Hilfen zum Ziel haben: Steuerung und Teilhabe, Befähigung und Begleitung pflegender Angehöriger und Ehrenamtlicher, von Nachbarn und Freunden.

Die Zukunft der Pflege liegt nach Gohde im Quartier, wenn auch das stationäre Angebot unverzichtbar ist. Es muss sich als Kompetenzzentrum für alle Fragen der Langzeitpflege in komplexen Situationen, als Akteur in Netzwerken der Kooperation, der Qualifizierung und Sicherung der Qualität weiterentwickeln. Gohde schließt seine Ausführungen mit einem nachdrücklichen Appell: »Pflege wird groß vom einzelnen Menschen denken, sensibel für seine Kultur und Bio-

grafie agieren. Leistungsanbieter werden wie in einem Orchester zusammenspielen, transparente Leistungsangebote in guter Kooperation koordiniert vorhalten, nicht zuletzt: Sie wird Raum geben zur Teilhabe und Übernahme von Verantwortung.«

Unter dem Titel »Neue Pflege – Pflegerische Betreuung im Kontext rehabilitativer, präventiver und palliativer Pflegepotenziale« berichtet Professor Dr. Hartmut Remmers über ein Forschungs- und Praxisprojekt, dass zwischen der Diakonie Dachstiftung und der Universität Osnabrück vereinbart wurde.

Altenpflegeeinrichtungen sehen sich einer Vielzahl von Herausforderungen gegenüber: demografischer Wandel, Anforderungen des Gesetzgebers, erhebliche ökonomische und ethisch-moralische Herausforderungen. Aufgrund von strukturellen, institutionellen sowie auch interpersonalen Konfliktpotenzialen geht die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Pflege und Betreuung oftmals zu Lasten des Pflegepersonals.

Ausgehend von bestehenden Spannungsfeldern der stationären Langzeitpflege beschäftigte sich das Projekt mit der konzeptuellen Entwicklung einer zukunftsorientierten Altenpflege. Entlang eines methodischen Prozessverlaufes der initiativen Literaturrecherche, einer darauf aufbauenden empirischen Datenerhebung (durch Leitfaden gestützte Interviews mit verschiedenen professionellen Akteuren im Forschungsfeld) sowie anschließender theoriegeleiteter Datenauswertung, konnten konzeptuelle Strategien zur Praxisveränderung mit Aussicht auf Qualitätssteigerung der pflegerischen Versorgung in Einrichtungen der Altenhilfe entwickelt werden. Dabei stellten sich drei wesentliche innovationsbedürftige Handlungsbereiche heraus:

1. Koordination und Kooperation,
2. kontinuierliche professionelle Entwicklung sowie
3. eine empirisch fundierte Kompetenzprofilierung.

Die Weiterentwicklung der pflegerischen Handlungsfelder in den Bereichen Beratung, Versorgungssteuerung, Case Management, Gesundheitsförderung und Prävention sowie Palliativversorgung und Rehabilitation macht, so erläutert Remmers, eine Ausdifferenzierung der für die Pflege hilfsbedürftiger Menschen erforderlichen Kompetenzniveaus notwendig. Hierbei sind in einem zukunftsorientierten Versorgungsmodell für Pflegeeinrichtungen auch generalistische sowie akademische Ausbildungsprofile zu integrieren. Schließlich können bedarfsorientierte Schulungen und Fortbildungen die kontinuierliche fachliche und persönliche Kompetenzentwicklung des Pflegepersonals sichern, was nicht zuletzt auch den empirisch dargestellten hohen beruflichen Belastungen geschuldet sei. Das neue Konzept liefert nach Remmers empirische Begründungen, theoretische Grund-

lagen sowie praktische Realisierungsansätze für eine zukunftsfähige Reformierung von Altenpflege und Altenhilfe.

Ein Nachfolgeprojekt zur Implementation und Evaluation des entwickelten Konzeptes im Rahmen eines größer angelegten Modellversuchs ist bereits vorgesehen. Bislang waren wissenschaftliche Untersuchungen, beispielsweise zur Rehabilitation im Heimbereich im Unterschied zur internistischen Station, zumeist wenig konsistent. Dies ist nach Remmers vornehmlich in einer unzureichenden methodischen Qualität begründet. Qualitativ hochwertige Studien und Interventionen beziehen sich zumeist auf die Akutversorgung oder den ambulanten Bereich, entsprechende Untersuchungen im Heimbereich sind hingegen ausbaufähig. Dies verdeutlicht den dringlichen Bedarf einer methodisch hochwertigen Evaluationsstudie.

In der sich anschließenden Evaluation wird die Wirksamkeit der einzelnen Konzeptbausteine untersucht, die ökonomische Machbarkeit erörtert, insbesondere auch bezogen auf die pflegerische Qualitätsentwicklung zur Versorgung der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner, zur fachgerechten Information und Beratung der Angehörigen und nicht zuletzt zur Belastungsreduktion für das pflegerische Personal.

Sofern der Modellversuch zu positiven Ergebnisse führt, wird der Modellversuch wegweisenden Charakter haben zur kontinuierlichen fachlichen und persönlichen Kompetenzentwicklung des Pflegepersonals, welches den gesellschaftlichen und demografischen Herausforderungen entschlossen und kompetent begegnet. Damit wird, so legt es Remmers dar, ein wertvoller Beitrag zur Weiterentwicklung der stationären Altenpflege geleistet, der gesamtorganisatorisch allerdings in die nachhaltige Entwicklung einer neuen Pflegekultur eingebettet sein muss.

Auf der Tagung wurde nach dem Vortrag von Professor Dr. Remmers lebhaft diskutiert. Die Leitung der Podiumsdiskussion hatte Michael Löher, Vorstand des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V.

Eingangs stellte Professor Dr. Eric Schmitt aus Heidelberg fest, dass man nun entschieden daran gehen müsse, die Ergebnisse des Berichts von Professor Dr. Remmers über eine Evaluation in die Praxis zu übersetzen. Professor Dr. Winfried Hardinghaus aus Osnabrück, Leiter der Niedersächsischen Koordinierungs- und Beratungsstelle für Hospizarbeit und Palliativversorgung, unterstrich die Bedeutung palliativer Versorgung in den Pflegeheimen. Dabei wies er auf viele Defizite hin, die es dringend abzustellen gelte, damit das Leben in dieser Phase der Menschen in den Pflegeheimen von hoher persönlicher und ethischer Qualität bleiben könne.

Heinrich Alt, Vorstand der Bundesagentur für Arbeit in Nürnberg, unterstrich das hohe Engagement der Bundesagentur bei der Anwerbung von Fachkräften in der Pflege; es müsse auch ein Ende damit haben, minderqualifizierte Menschen in der Pflege unterzubringen, denn dieses würde dem Anspruch der Pflege und der Bedeutung dieser Aufgabe nicht gerecht.

Helmut Glenewinkel, Geschäftsführer Gesundheitsmanagement Pflege der AOK in Niedersachsen, musste sich manche kritische Frage anhören, reagierte aber konsequent und nach dem Verständnis der Zuhörer durchaus zurecht darauf, indem er auf die Notwendigkeit vermehrter Kommunikation hinwies, die Bereitschaft der AOK Niedersachsen signalisierte, gemeinsam auch neue Wege zu gehen und zugleich deutlich machte, welche Rolle die Pflegekassen hätten und wie sie in ihren finanziellen Möglichkeiten eingeschränkt seien.

Schließlich trug Otto Storbeck, Geschäftsführer Katholische Jugendfürsorge der Diözese Regensburg, sein Modell der Ausbildung von Pflegeassistenzkräften vor, das mittlerweile bundesweite Anerkennung erhalten habe und das weiter ausgebaut werde; damit solle auch dem Eindruck entgegen getreten werden, Assistenzkräfte seien minderqualifiziert und minder ausgebildet und dürften daher eigentlich in der Pflege keinen Platz finden.

Auf der Tagung bildete ein Vortrag von Professor Dr. Kruse, Institut für Gerontologie in Heidelberg, den Abschluss und dieser Beitrag komplettiert auch dieses Buch. Er trägt den Titel »Rehabilitation und Pflege im Kontext einer Anthropologie des Alters«. Kruse nähert sich dem Alter im anthropologischen Kontext und konzentriert sich auf sieben Aspekte:

1. Selbstgestaltung
2. Grenzen der Selbstgestaltung
3. Integration von Potenzial- und Verletzlichkeitsperspektive
4. Entwicklungsnotwendigkeit
5. Aufgabe der Entwicklung im Angesicht eigener Endlichkeit
6. Bezogenheit des Individuums auf andere Menschen
7. Verantwortungsbezüge des Menschen

Kruse geht dabei auf besondere Merkmale einer alters-, rehabilitations- und pflegefreundlichen Kultur ein und bezeichnet die Differenzierung zwischen präventiver, rehabilitativer und palliativer Pflege als besonders wichtig für die Entwicklung einer solchen Pflegekultur. Darüber hinaus ist die Entwicklung eines Leitbildes – hier verweist Kruse auf den Projektbericht von Remmers – und die kontinuierliche Verständigung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter darüber eine wesentliche Voraussetzung für die angesprochenen Aufgaben. Kruse findet es beachtenswert, dass die Weiterentwicklung von Pflegekonzepten für die spezi-

fischen Bedarfe und Bedürfnisse demenzkranker Menschen gerade auch im Hinblick auf eine palliative Pflege hervorgehoben wird.

Kruse wendet sich dann einem spezifischen Aspekt der pflegefreundlichen Kultur zu: der Unterstützung des sterbenden Menschen bei der Gestaltung des Sterbens. Unter Bezug auf historische Vorbilder und unter Einbeziehung moderner Erkenntnisse der Gerontologie und der Gerontopsychiatrie entfaltet Kruse ein umfassendes Bild und stellt fest, dass die Versorgung sterbender Menschen im hohen und höchsten Lebensalter eine wachsende Herausforderung ambulanter und stationärer Einrichtungen ist. Wenn Schmerz- und Symptomkontrolle gelingen, wenn Sterbende die Zuwendung finden, die sie suchen und benötigen, dann kann sich ihr Blick, dann kann sich aber auch der Blick der Bezugspersonen auf das Sterben noch einmal erheblich wandeln.

Den Abschluss seines Beitrages bildet ein kurzer Bericht der Untersuchung über Johann Sebastian Bach, die Kruse erst kürzlich veröffentlichte. Darin belegt er, wie »ein körperlich hoch verletzlicher«, schwerkranker, »die Endlichkeit schon sehr deutlich spürender Mensch« noch in der letzten Phase seines Lebens zu künstlerischen Hochleistungen kommt, die sich erst aus dieser Lebenssituation wirklich erklären lassen.

2 Diakonische Vorüberlegungen

Hans-Peter Hoppe

»Ohne Theologie verflacht die Diakonie zum beliebigen Sozialbetrieb engagierter Gruppen und einzelner Experten; dann wird sie ihrer biblischen Herkunft und Zielrichtung ungewiss und abhängig von jeweils wechselnden modischen Menschenbildern. Ohne Diakonie fehlt der Theologie das gelebte Zeugnis exemplarischer Weitergabe der empfangenen Gottesliebe an die Welt durch die Gemeinde, die sich nicht ihrer Leistung verdankt, sondern als Leib Christi die verschiedenen Gnadengaben im Glauben zur Anwendung für den Nächsten bringt.«

Theodor Schober, Präsident des Diakonischen Werkes von 1963–1984²

Der Mensch ist nach Gottes Ebenbild geschaffen: Gerade in der Situation von Gebrechlichkeit und Zerbrechlichkeit des Lebens, in Hilfebedürftigkeit und bei pflegerischer Unterstützung gilt diese Grundaussage und muss in den täglichen Dienst der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, also aller Verantwortlichen aller Ebenen, umgesetzt werden.

Hohle Worte?

Man könnte das vermuten in einer Zeit, in der zahlreiche Anbieter sich im selben Marktsegment betätigen, der Wettbewerb meist über den Preis ausgetragen wird, gesetzliche Regeln und Verordnungen die Handlungsspielräume immer mehr einengen, die Kontrollen in den Pflegeheimen kein Ende nehmen, allenthalben ein machtvoller Druck zur Ökonomisierung der sozialen Dienstleistungen herrscht und die Dienste verwechselbar werden könnten – Gibt es da noch Raum für einen christlich geprägten diakonischen Auftrag?

Gerade jetzt muss sich bewähren, was es heißt, den Menschen im hohen und höchsten Alter, bei oft fortschreitender Demenz, vielfacher Altersschwäche bis zum Ende des Lebens hin zu begleiten. In dieser Mitleidenschaft, »Compassion, manifestiert sich die Autorität Gottes in der Autorität der Leidenden, in jener ein-

² zit.n. Moltmann 1984, S. 7

zigen Autorität, in die Jesus in seiner berühmten Gerichtsparabel von Mt 25 die gesamte Menschheitsgeschichte gestellt hat.«³

Es geht also um menschliche Nähe, persönliche Zuwendung, Verlässlichkeit des Dienstes, Orientierung an den Bedürfnissen, Nöten und Sorgen des hilfebedürftigen Menschen, der uns als Bild Gottes begegnet und dem Diakonie bis in die letzten Tage seines Lebens nahe ist. »In der Umgebung Jesu finden wir den ganzen Jammer der Menschheit: Besessene, Blinde, Taube, Lahme, Kranke an Leib und Seele und Sünder aller Art. Aus den dunklen Winkeln der Städte und Dörfer, in die man sie verbannt hatte, aus den Einöden, in die man sie ausgesetzt hatte, kommen sie zum Vorschein und offenbaren sich Jesus. Jesus begreift uns nicht an unserer Sonnenseite, wo wir stark und tüchtig sind, sondern an der Schattenseite, wo unsere Schwächen liegen.«⁴

Das heißt in der Folge: Das Nachdenken ist täglich gefragt, über den inneren Auftrag und die fachliche Ausbildung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, über immer wieder neue, der Entwicklung und der Veränderung angepasste Formen von Dienst und Organisation, über die Einbeziehung der Angehörigen, der Familien, der verbliebenen Freundinnen und Freunde, nicht zuletzt über die regelmäßig korrigierten äußeren Rahmenbedingungen.

Nicht, dass andere Träger weniger verantwortungsbewusst handeln würden, aber dort geschieht es aus einem anderen Antrieb. Diakonie muss sich daran messen lassen, an welchem Ausgangspunkt sie beginnt und worauf sich ihr Ziel richtet, auch wie selbstlos und gemeinnützig sie sich versteht.

Diese Ziele neu zu definieren war die Aufgabe des gemeinsam mit der Universität Osnabrück und dem Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg durchgeführten Forschungsvorhabens, dem das Pilotprojekt (vgl. Kapitel 6) Ausdruck geben soll.

Es geht dabei darum, wie das Ansehen des Pflegeberufs in der Gesellschaft verbessert werden kann, welchen umfassenden ganzheitlichen Aufgaben sich die Heime stellen müssen, in welcher wirkungsvollen Weise Diakonie durch ein solches Pilotverfahren Anwalt all derer sein kann, die gebrechlich und schwach der Unterstützung, der Hilfe und der Pflege bedürfen, ihrer Familien und Angehörigen und aller unserer im Pflegedienst tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

³ Metz 2006, S. 106

⁴ Moltmann, aaO., S. 63

»Die Liebe ist die einzige Macht, die uns ein Stück von jener Welt zeigt, wie Gott sie meinte, als er uns erschuf.«⁵

Literatur

Drewermann, E. (1988). Das Markusevangelium. 2. Teil. Olten/Freiburg: Patmos

Metz, J. B. (2006). Memoria passionis. Freiburg: Herder Verlag

Moltmann, J. (1984). Diakonie im Horizont des Reiches Gottes. Neukirchen-Vluyn: Neukirchener Verlagsgesellschaft

⁵ Drewermann 1988, S. 95

3 **Altenpflege in gemeinschaftlicher Verantwortung zukunftsorientiert umgestalten**

Oberkirchenrat Johannes Stockmeier

Mit ihrer Studie zur Weiterentwicklung der stationären Pflege greifen die Dachstiftung Diakonie Hannover und das Forscherteam der Universität Osnabrück ein Thema auf, das – allen Beteuerungen zum Trotz – politisch schwer vernachlässigt wird. Die zurückliegende Pflegereform klammert die stationäre Pflege nahezu aus. Ist dies ein Indikator der allgemeinen Tendenz in der Gesellschaft, das Pflegeheim möglichst ganz aus der eigenen Welt herauszuhalten?

Die Folgen: Zum Jahreswechsel 2012/2013 stand ein Buch ganz vorn auf der Sachbuch-Bestsellerliste. In dem Buch beschreibt eine Frau, wie sie an der Pflege ihrer hochbetagten Mutter verzweifelt: »Mutter, wann stirbst du endlich?«, ist das Buch betitelt. Was steht hinter dieser fürchterlichen Frage? In diesem Buch werden die extremen Belastungen einer Welt beschrieben, in der es keine stationäre Pflege gibt. Dass die Mutter ins Pflegeheim kommt, hat die Tochter nämlich durch einen Schwur ausgeschlossen. Und mit dem Schwur geht es dann angesichts aller Überforderungen und Belastungen pfeilgerade hinein in die Frage: »Mutter, wann stirbst du endlich?«

Aus der Perspektive der Diakonie wollen wir häusliche Pflege möglich machen, wo immer es geht. Wir verstehen uns dabei als Dienstleister der pflegebedürftigen Menschen, aber auch als Partner der pflegenden Angehörigen. Häusliche Pflege ist ja immer ein Mix aus ganz verschiedenen Formen der Pflege und Betreuung – und die ambulanten Dienste der Diakonie verstehen sich als ein Teil des von Haushalt zu Haushalt unterschiedlichsten Anforderungsprofils und des daran orientierten Begleitsystems. Dass sich mit dem Pflege-neu-ausrichtungsgesetz das Leistungsspektrum ambulanter Pflege und Betreuung erweitert, aber auch ausdifferenziert hat, haben wir in der Diakonie begrüßt und sind mitten im Prozess der Umsetzung der sinnvollen, teilweise aber auch sehr komplexen Regelungen.

Häusliche Pflege ist aber – und auch dafür stehen wir als Diakonie ein – kein »Schicksal« ohne Alternativen. Schon mit den Angeboten der Tages- und der Verhinderungspflege wird ja der häusliche Radius überschritten. Der pflegebedürftige Mensch ist bis zum letzten Lebenstag nicht nur Familienmitglied, sondern auch Bürger oder Bürgerin unseres Staates und Mitglied unserer Gesellschaft. Vor diesem Hintergrund sind Angebote stationärer Pflege nicht etwa Notlösungen, die gerade eben noch in die Angebotsstruktur einbezogen werden können.

Sie sind vielmehr Teile einer Infrastruktur, die ein selbstbestimmtes Leben in Teilhabe ermöglichen sollen, auch wenn die Lebensphase mit Gebrechlichkeit, Schmerz und Einschränkungen verbunden ist.

Blicken wir auf die fast 20 Jahre zurück, in denen es die Pflegeversicherung gibt, so wäre endlich auch einmal öffentlich zu würdigen, welche Entwicklungsdynamik sich in diesem relativ kurzen Zeitraum mit begrenzten wirtschaftlichen Mitteln entfaltet hat. Ich denke hier besonders an die Entwicklung in der stationären Pflege, in der es eben nicht mehr das Pflegeheim gibt, sondern schon mehrere Generationen von Pflegeeinrichtungen, die auf die sich verändernden fachlichen Anforderungen und gesellschaftlichen Erwartungen antworten. Uns ist dabei klar, dass diese Entwicklungen ihr Ziel noch nicht erreicht haben.

Ich nenne nur zwei Punkte, an denen wir noch auf dem Weg sind:

1. Die stationäre Versorgung von Menschen mit Demenz ist vor allem leistungsgerechtlich noch nicht ausreichend berücksichtigt. Das Pflegeneuausrichtungsgesetz hat ja für das Leben mit eingeschränkter Alltagskompetenz in der Familie oder im Haushalt einiges verbessert, aber ausgeklammert, dass im fortgeschrittenen Krankheitsstadium oft die stationäre Pflege erforderlich wird. Verändert werden müssen hier im Wesentlichen die personellen Ressourcen in Pflegeeinrichtungen.
2. Aber auch die hospizlich-palliative Versorgung im Pflegeheim muss verbessert werden, weil Menschen länger zu Hause leben und das Pflegeheim erst in einer Lebensphase in Anspruch nehmen, manchmal nehmen müssen, in der sie schon stark eingeschränkt und dem Tode nahe sind. Wenn man die Anforderungen stationärer Pflegeeinrichtungen z.B. mit denen des Hospizes vergleicht, so ist erkennbar, dass ähnliche Aufgaben mit sehr unterschiedlichen Ressourcen bewältigt werden müssen.

An beiden Punkten bleibt es eine vorrangige Herausforderung gegenüber Politik und Gesellschaft, den individuellen Rechtsanspruch des einzelnen Menschen klar herauszuarbeiten und öffentlich einzufordern. Zugleich sind naive Vorstellungen vom Heim als einer aus sich heraus umfassenden Versorgungsstruktur zu korrigieren. Diese naive Vorstellung beginnt dort, wo die Pflegeeinrichtungen – und nicht die Arztpraxis – für die Gewährleistung der gesundheitlichen Versorgung umfassend verantwortlich gemacht werden und sie endet bei unreflektiert hohen Erwartungen an die Präsenz der Pflegekräfte, die ja – weil sie »da sind« – für Menschen in der Sterbephase genauso »da sein« können wie für Menschen, deren mentale Welt zerbrochen ist. Dass da »immer jemand für mich da ist« – das ist eine Illusion. Das ist gewissermaßen die Kehrseite der anfangs angesprochenen Verdrängung des Pflegeheims aus der Wahrnehmung in unserer Gesellschaft.

Wir haben alle Anstrengungen zu unternehmen, um darüber aufzuklären, unter welchen Umständen und Bedingungen »jemand für mich da ist« – und damit meine ich die ökonomischen Rahmenbedingungen stationärer Pflege, aber auch die fachlichen Anforderungen an die Pflege und die Attraktivität des Pflegeberufs.

An dieser Stelle ein polemischer Seitenblick: Bei der Energiewende wird derzeit schon einmal locker die Größenordnung von einer Billion Euro im öffentlichen Diskurs etabliert. Es ist allerhöchste Zeit, dass wir in solchen Kontexten darauf aufmerksam machen, dass die absehbare Verdoppelung der Pflegebedürftigen mit einer 0,1 %igen Beitragserhöhung in der Pflegeversicherung nicht zu lösen sein wird. Es ist allerhöchste Zeit, dass wir jetzt darauf hinweisen, dass ohne erhebliche Ausweitung der Ressourcen die Pflege im Jahr 2030 nicht bewältigt werden kann.

Im Einzelnen heißt dies:

- Die Pflegeeinrichtungen und die ambulanten Dienste sind angemessen mit Personal auszustatten. Ihr Personal ist leistungsgerecht und tariflich zu vergüten. Wenn die Pflegekassen und die Sozialhilfeträger in Entgeltverhandlungen eine angemessene Personalausstattung und eine tarifliche und ortsübliche Entlohnung der Pflegekräfte nicht in voller Höhe anerkennen, wird es für die Pflegekräfte in der ambulanten und stationären Pflege keine leistungsgerechte Vergütung, keine verlässlichen Personalschlüssel und keine motivierenden Arbeitsbedingungen geben. Wie kommunale Gebietskörperschaften und die Pflegekassen derzeit mit Entgeltverhandlungen umgehen, ist nicht hinnehmbar. Es ist nicht verantwortbar, unter dem Anspruch des Wettbewerbs nachhaltige Versorgungsstrukturen zu ruinieren. Ich appelliere deshalb an die Kostenträger insbesondere in den kommunalen Gebietskörperschaften, Konsolidierungslasten der öffentlichen Haushalte nicht auf den Schultern der Pflegebedürftigen und insbesondere der Mitarbeitenden im Pflegedienst abzuwälzen.
- Um die Attraktivität des Pflegeberufs nachhaltig zu steigern, kommt es auf ein breites Engagement aller Beteiligten mit unterschiedlichen Konzepten und Strategien an. Dazu gehören die Verbesserung der Rahmenbedingungen und ebenso auch das Bemühen der Altenhilfeträger, in ihren Diensten und Einrichtungen die Attraktivität der Arbeitsplätze zu verbessern und so einem Berufsausstieg entgegenzuwirken. Dazu gehört die strikte Notwendigkeit, endlich den Pflegebedürftigkeitsbegriff leistungsbezogen zu definieren. Wie dies zu leisten ist, ist längst vom Kuratorium Deutsche Altershilfe formuliert. Nicht zuletzt unter der Federführung meines geschätzten Vorgängers Dr. Gohde sind alle Sachverhalte aufbereitet, die von der Politik eingefordert werden. Dazu gehört auch die Verantwortung der Medienpflege unter anderen Gesichtspunkten als nur denen der Skandalisierung zu vermitteln.

Natürlich kann es nicht nur darum gehen, Forderungen an andere zu richten. Pflegeeinrichtungen haben das Ihre zu tun, um die stationäre Pflege menschlich und wirtschaftlich weiter zu entwickeln. Mit dem Projekt »Neue Pflege«, insbesondere mit der kritischen Analyse der Arbeitsorganisation in Einrichtungen der stationären Altenhilfe, gehen sie in die richtige Richtung. Die Verbesserung der Arbeitsorganisation in den Pflegeeinrichtungen ist ein ganz entscheidendes Element, um die Arbeit effizient zu gestalten, die Belastungen für die Mitarbeitenden zu reduzieren und damit auch die Attraktivität der Pflegearbeit zu sichern. Das sind unsere Hausaufgaben.

4 Hat professionelle Altenhilfe eine Zukunft? Impuls aus Trägersicht

Hans Peter Hoppe

Wenn ich mich mit der Zukunft der Altenpflege in Deutschland beschäftige, beschäftige ich mich mit meiner Zukunft. Ich bin immer wieder überrascht, wenn Leute meiner Generation (ich bin 62) über dieses Thema so abstrakt diskutieren, als ginge es sie persönlich nichts an. Wir kennen alle die Statistiken und wissen, wie viele von uns stationäre Pflege in Anspruch nehmen müssen und wie viele von uns demenzkrank werden. Die Chance, dass ich dazu gehöre, ist nicht klein. Deswegen: Wenn ich Angst um die Zukunft der Altenpflege habe, habe ich Angst um meine Zukunft!

Meine Angst: Kinderbetreuung und Bildung, Steuermoral und Bankenrettung, die Urteile des Bundesverfassungsgerichtes zu gleichgeschlechtlichen Partnerschaften und das Betreuungsgeld: Alles löst intensivere Diskussionen und schnellere politische Reaktionen aus als die Frage »Wer pflegt mich wie im Alter?«

An Unwissenheit kann es nicht liegen: Wir wissen, dass die Anzahl alter Menschen deutlich steigen und die Anzahl von Menschen in den Pflegeberufen deutlich sinken wird. Wo ist die Lobby der »Grauen Panther«, der zukünftigen Alten, der Pflegebedürftigen und der Pflegenden, die hartnäckig ihre Interessen vertreten? Schließlich haben wir doch Ende der 60er Jahre genügend Erfahrung gesammelt und müssen unsere Methoden nur leicht modifizieren: »Sit ins« und »Roll ins« sind auch von uns zu leisten!

Wie kommt es, dass in einem Tatort-Fernsehkrimi eine Heimleitung in einem Altenheim dargestellt wird wie eine Blockwartin aus alten Zeiten? Warum wird es als selbstverständlich hingenommen, dass die Darstellerin der Pflegefachkraft agiert wie die Schließlerin in einem Frauengefängnis aus den 20er Jahren? Warum gab es in der Serie »Schwarzwaldklinik« nicht ein »Schwarzwaldaltenheim« mit der liebevollen Frau Dr. Brinkmann als Leitung und engagierten zugewandten Pflegekräften auf den Stationen – ein Bild, das, wie wir wissen, im Normalfall der Realität mehr entspricht als die Fiktion im »Tatort«?

Verständlich ist, dass jüngere Menschen – also auch Tatort-Autoren – Angst haben, im Alter mit Schwächen leben zu müssen. Die Tatsache, dass man immer mehr auf fremde Hilfe angewiesen ist, löst irrationale Reaktionen aus. Aber es hat schon etwas Pathologisches, wenn anstelle von Überlegungen, wie auch das

Älterwerden angemessen gestaltet werden kann, die Angst noch größer gemacht wird.

Ja, es ist so: Wir werden alle älter als die Generationen vor uns und wir müssen damit leben, die Einschränkungen des Älterwerdens länger zu ertragen. Oder anders ausgedrückt: Älterwerden ist nicht lustig – aber die einzige Möglichkeit zu überleben.

Warum sollen Menschen, die Zeit ihres ganzen Lebens immer bereit waren, anderen (einschließlich der eigenen Kinder) bei ihrer Lebensgestaltung zu helfen, nicht selber auch Hilfe in Anspruch nehmen – selbstbewusst, selbstbestimmt und aktiv fordernd?

Warum wird unwidersprochen die Reputation des Pflegeberufs in den Medien in Frage gestellt?

Tun wir nicht gut daran, die Reputation der Pflegefachkraft auch in der öffentlichen Wahrnehmung anzuheben, indem wir sie die Arbeit tun lassen, für die sie sich so qualifiziert ausbilden ließ? Müssen wir sie nicht freistellen von Hilfsarbeiten, die auch anders geschulte Mitarbeitende erfüllen können? Ist Pflege, die doch zu einem hohen Anteil Beziehung – also Zuwendung, Zeit und liebevolle Hilfe – ist, nicht besser zu leisten, wenn mehr Hände am Pflegebett sind und hochqualifizierte Fachkräfte sich auf das konzentrieren können, wofür sie ausgebildet sind? Müssen wir das Verhältnis von Versorgung, Betreuung und Pflege nicht neu organisieren und diese Organisation mit ineinander greifenden Berufsbildern abbilden? Könnte es sein, dass eine solche Neuorganisation uns hilft, den sicher kommenden Fachkraftmangel abzumildern?

Apropos Reputation: Was ist uns die Arbeit unserer Pflegekräfte wert? Warum verdient ein Kfz-Mechatroniker mehr? Ist uns unser Golf mehr wert als wir selbst?

Warum ist die Prüfungsdichte in Pflegeeinrichtungen höher als in jedem Atomkraftwerk? Fünf bis sechs Prüfungen im Jahr muss so ein Heim über sich ergehen lassen – vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung bis zum Zoll und dem Veterinäramt. Für jemanden von außen, der die einzelnen Prüfkriterien nicht kennt, entsteht der Eindruck von Misstrauen, genährt durch zu viel Tatort-Fernseh-Konsum. Damit kein Missverständnis entsteht: Die Qualität der Pflege muss überprüfbar sein – aber die Qualität der Pflege hängt nicht von der Zählung von Fachkräften anhand von Dienstplänen ab, sondern von der tatsächlich fachlich und menschlich geleisteten Arbeit.

Wie schaffen wir es also, nicht vorwiegend die Prozessqualität der Pflege zu überprüfen, sondern die Ergebnisqualität? Leistungserbringer könnten mit eigener Kreativität den begrenzten Ressourceneinsatz so organisieren, dass daraus eine optimale Pflegesituation entsteht.

Apropos Golf: Wen interessiert es, wie viele Meisterstunden im Golf stecken und wie das VW-Werk seine Prozesse organisiert? Das Ergebnis wird bewertet und gekauft – oder eben nicht!

Und apropos Personal und Misstrauen: Wie ist das eigentlich gekommen, dass die administrativen Tätigkeiten von Pflegekräften in der Zeit, die ich überblicken kann, um 40 % angestiegen sind, obwohl die rein pflegerischen Tätigkeiten nicht weniger geworden sind? Wollen wir Pflegekräfte, die das EDV-Datenblatt besser kennen als die Gesichter der Bewohner?

Ausnahmsweise mal nicht polemisch gefragt: Wie schaffen wir es, den Pflegekräften wieder Zeit für ihre eigentliche Tätigkeiten zu verschaffen?

Eine Idee, die Qualität der Pflege zu verbessern und den Kostenanstieg zu vermindern hieß »Wettbewerb«. Das Zauberwort zur Lösung der Probleme schlechthin. Warum sind wir stolz darauf, die Planwirtschaft der DDR überwunden zu haben, um sie dann unter der Überschrift »Heime sollen wirtschaftlich handeln und sich dem Wettbewerb stellen« wieder einzuführen? Es gibt Vorgaben zum Personaleinsatz, Vorgaben zu den Betriebsmitteln, der Preis ist vorgegeben und immer wieder gibt es auch Versuche, so etwas Ähnliches wie Einweisungen vorzunehmen. Alles muss im »Plan« sein und der kreative Spielraum zur Verbesserung der Arbeit wird im Keim erstickt.

Früher – als natürlich alles besser war – hatte ich den Eindruck, der gewünschte Wettbewerb zwischen den Einrichtungen war ein Qualitätswettbewerb. Und als wir noch wussten, wozu das System der freien Wohlfahrtspflege diente, war es auch ein Wettbewerb der Weltanschauungen. Wir haben das Recht der Pflegesuchenden hochgehalten, nach den Jahren der Gleichschaltung auswählen zu können. In unserem Staat sollte jeder nach seiner Fassung gepflegt werden können.

Inzwischen ist der Wettbewerb reduziert auf einen Kostenwettbewerb, der auf Grund der hohen Regulierungsdichte nur noch über Personalkosten ausgetragen wird.

Apropos DDR: Wladimir Iljitsch Lenin hat sogar schon 1917 mit »Wettbewerb« Probleme lösen wollen. Er schrieb einen schönen kleinen Aufsatz mit dem Titel »Wie soll man den Wettbewerb organisieren?« Der Leser erfuhr die wichtige

Nachricht, dass Sozialismus nicht im Gegensatz zum Wettbewerbsgedanken stehe und dass er sogar zum gesellschaftlichen Fortschritt beitragen könne. Reste dieses Gedankens konnten DDR-Bürger lange Zeit erleben, wenn sie sich an dem sozialistischen Wettbewerb beteiligen mussten. Diese Form des Wettbewerbs sollte zu größeren Anstrengungen durch Vergleich motivieren. Der Titel »Mitarbeiter der Woche« ist keine Erfindung von McDonalds – den gab es in der DDR schon lange. Ganz besonders als die wirtschaftlichen Ressourcen immer knapper wurden und sich der Zusammenbruch für Eingeweihte abzeichnete, wurde auf diesen Wettbewerbsgedanken gesetzt. Er wurde schließlich durch zahlreiche Witze von den Betroffenen ad absurdum geführt. Haben wir eigentlich schon Witze über den Wettbewerb in der Altenpflege? Beim Fußball, an der Börse, in Supermärkten und bei Castingshows mag der Wettbewerbsgedanke ja funktionieren, aber nicht in den Bereichen der Lebensvorsorge!

Gern wird auch dem Gedanken nachgegangen, dass der verstärkte Einsatz von ehrenamtlicher Tätigkeit zwei Fliegen mit einer Klappe schlagen kann: Ehrenamtliche kosten nichts und gleichzeitig helfen sie bei dem zu erwartenden Personalmangel.

Welche Abkehr von einem Grundgedanken unseres Sozialsystems: Der Rechtsanspruch auf qualifizierte Hilfe wird abgelöst durch den Rückfall in das System der Barmherzigkeit. Zur Erinnerung: Ich bin Mitarbeiter der Diakonie. Wir wissen ganz viel über ehrenamtliches Engagement. Unsere Geschichte beweist sehr deutlich, wie wichtig dieses Engagement immer gewesen ist und bleiben wird. Aber es waren gerade diese ehrenamtlich Engagierten, die sich dafür stark gemacht haben, dass das Hoffen auf den zufällig vorbeikommenden Samariter abgelöst wird durch die einklagbare Gewissheit der professionellen Hilfen.

Apropos Ehrenamtliche: Sind das dieselben, die den Ausweg in der Ehrenamtlichkeit suchen, die ihren oben schon genannten Golf nie einem ehrenamtlichen Kfz-Mechaniker zur Inspektion anvertrauen würden?

Der Lieblingslösungsansatz für die oben genannten Probleme vieler Vortragender zum Thema »Zukunft der Altenpflege« heißt »Ambulant vor Stationär«. Es sind übrigens dieselben Vortragenden, die zu Anfang ihrer präzise vorbereiteten Referate auf die demografische Entwicklung hinweisen. An Kurven und Torten wird vieles dargestellt: der Rückgang der Geburtenziffern, der prozentuale Anteil der Ein-Kind-Familien, die wachsende Anzahl von Singles. Alles Faktoren, die in der Konsequenz dazu führen, dass die stabilen familiären Systeme, die die notwendige Beständigkeit und Sicherheit für ambulante Pflege gewährleisten, immer weniger werden. Wenn dann der Teil über den Fachkräftmangel vorgetragen wird, betont der Referent auch immer wieder, wie wichtig berufliche und geo-

grafische Flexibilität ist, damit unser Arbeitsmarkt bedient werden kann. Konsequenz: Auch die so gern gesehenen, idealtypischen Nachbarschaftssysteme als tragendes Element der ambulanten Versorgung werden weniger. Dass der Wohnungsmarkt die besonderen baulichen Voraussetzungen für Pflegebedürftigkeit im Alter nicht hergibt, muss inzwischen nicht mehr referiert werden, das kann jeder in seiner Umgebung erleben.

Apropos zukünftige demografische Entwicklung: Die alleinerziehende Mutter, der Single und das kinderlose Ehepaar von heute sind die Pflegebedürftigen von morgen.

Und zum Schluss: Gehört zu einer zukünftigen Pflege nicht auch die Abkehr vom Einbahnstraßendenken? Wieder das Vorurteil aus dem »Tatort«: Wer in ein Pflegeheim geht, kommt auf eigenen Beinen nicht wieder raus. Wie kann dieses Zusammenspiel zwischen qualifizierter Pflege, Rehabilitationsmaßnahmen, akuter und langfristiger medizinischer Betreuung – sektorenübergreifend – so organisiert werden, dass man nicht zwangsläufig in eine Einbahnstraße gerät, sondern in eine Fußgängerzone mit unterschiedlichen Angeboten, in der man hin- und her- und auch wieder zurückgehen kann?

Apropos »hin und her gehen«. Warum möchten die unterschiedlichen Kostenträger eigentlich immer, dass man nur »hingeh« aber nicht wieder »herkommt«?

Und noch ein Allerletztes: Ich wünsche mir, mal unabhängig von aller political correctness, also von solch wichtigen politischen Schlagwörtern wie »Ambulant vor Stationär« oder »Die Fachkraftquote muss erhöht« werden – neu denken und diskutieren zu können. Schließlich geht es um mich und um meine Pflege im nicht mehr fernen Alter.