

Brennpunkt Pflege

Zur Situation der beruflichen Pflege in Deutschland

 **Arbeitsgemeinschaft
Deutscher
Schwesternverbände
und Pflegeorganisationen e. V. (ADS)**

 **DBfK**
Deutscher Berufsverband
für Pflegeberufe

Bundeskonzferenz der Pflegeorganisationen

IMPRESSUM:

Herausgeber: Bundeskonferenz der Pflegeorganisationen
Kooperation von ADS und DBfK auf Bundesebene

Druck: Druckhaus Göttingen, Göttinger Tageblatt GmbH & Co. KG

Nachdruck und Veröffentlichung unter Angabe der Quelle ausdrücklich erlaubt.

Vorwort	4
1. Pflegeberufe zwischen gesellschaftlichem Bedarf und Ökonomisierung	5
2. Realität Alltag	7
2.1 Frau M. äußert sich zufrieden	7
2.2 ... dass auch heute vieles liegen bleiben wird	9
2.3 Garantiert: Der Plan ändert sich	10
2.4 Das Unmögliche möglich machen	12
2.5 Ich bin spät dran	14
3. Perspektiven – Pflege als Beruf	17
3.1 Altern im Beruf	17
3.2 Neue Aufgabenfelder	18
3.3 Karriere und Profilierung	19
Gefordert ist: Ganzer Einsatz für eine professionelle und menschenwürdige Pflege	21

Vorwort

Pflege ist ein schöner Beruf. Er ist auch ein harter Beruf und immer mehr Pflegende kehren ihm den Rücken. Nicht weil er ihnen keine Freude mehr macht, sondern weil er nicht mehr auszuhalten ist. Pflegende werden körperlich und seelisch krank, nicht selten bedingt durch die Rahmenbedingungen ihres Berufsalltags.

Es sind die Pflegenden, die mehr als jede andere Berufsgruppe hautnah erleben, was es bedeutet, chronisch krank, alt und hilfsbedürftig oder Patient in einer Klinik zu sein, die Gewinne machen muss. Sie halten es mit aus, wenn Patienten und Bewohner unterversorgt sind. Viel zu häufig kompensieren sie die Mängel des Systems und leisten dadurch noch ihren Beitrag, das Tabu um Krankheit und Pflegebedürftigkeit nicht zu brechen. Sie fühlen sich als Mittäter in einem System, das den einzelnen Menschen nur noch als „DRG“ oder als „Pflegestufe“ wahrnimmt.

Die Verantwortlichen in der Politik, der Selbstverwaltung und den Verbänden müssen die Probleme der Pflegenden ernst nehmen, statt sie als „Nebeneffekt der Strukturreformen“ zu bagatellisieren.

Pflegebedürftige Menschen wird es immer geben. Aber wird es demnächst noch Menschen geben, die qualifizierte Pflege leisten? Das ist die andere Seite der Medaille bei der demographischen Entwicklung.

Mit dem „Brennpunkt Pflege“ wollen die beiden großen Berufsverbände der Pflege auf Missstände aufmerksam machen und deutlich herausstellen, was Pflege unter schwierigen Bedingungen leistet.

Einen besonderen Dank möchten wir an dieser Stelle an diejenigen richten, die uns bei der Erstellung des „Brennpunktes Pflege“ unterstützt haben, indem sie uns in ebenso anschaulichen, wie persönlichen Beiträgen ihre Situation in der beruflichen Pflege eindrucksvoll geschildert haben. Ihre Schilderungen stehen stellvertretend für den Alltag von Pflegenden in Deutschland.

Göttingen / Berlin, 31. Oktober 2005

Renate Heinzmann
Vorsitzende der ADS

Gudrun Gille
Vorsitzende des DBfK

1. Pflegeberufe zwischen gesellschaftlichem Bedarf und Ökonomisierung

Deutschland ist in der Krise. Die Einnahmen und Rücklagen des Staates reichen nicht, um den gewohnten Standard in vielen Bereichen zu erhalten. Die Hauptursache für die große Verunsicherung der Menschen scheint der Mangel an Vertrauen in die Politik zu sein. Doch die Reform des Gesundheits- und Sozialsystems als Teil der Neuorientierung der Gesellschaft braucht das Vertrauen der Menschen in die Sinnhaftigkeit der Pläne und deren Nachhaltigkeit.

Mit großer Sorge beobachten die Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schwesternverbände und Pflegeorganisationen e.V. (ADS) und der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (DBfK) die Auswirkungen der Strukturveränderungen auf die Versorgungsqualität und die Arbeitssituation der Pflegenden. Mit immer weniger soll immer mehr geleistet werden. Angesichts einer kriselnden Wirtschaft scheint nur noch Sparen als Rezept verfügbar. Dabei ist nach Ansicht der Ökonomen Gesundheit die Wachstumsbranche der Zukunft. Hier sollen Umsätze steigen und Arbeitsplätze entstehen.

Derzeit geschieht das Gegenteil: Arbeitsplätze in der Pflege werden abgebaut bzw. nicht besetzt. Parallel dazu gibt es einen Mangel an Pflegepersonal. Der Mangel an zuverlässigen Zahlen zum Fachpersonal im Gesundheits- und Sozialwesen verhindert exakte Aussagen über die derzeitige Situation und den Personalbedarf der nächsten Jahre. Alle verfügbaren Statistiken sind bezüglich ihrer Aussagekraft zu hinterfragen (so sind z. B. die als Altenpfleger in der Arbeitslosenstatistik erfassten Personen mehrheitlich keine Altenpfleger sondern Hilfskräfte). Unbemerkt von Politik und Öffentlichkeit werden massiv Ausbildungskapazitäten in der Pflege abgebaut – unbemerkt weil auch hier Zahlen fehlen. Pflegende aus den Krankenhäusern wandern in die stationäre Altenhilfe ab. In wenigen Jahren werden die heute reduzierten Jahrgänge die Ausbildung beenden. Pflegepersonal wird fehlen! Pflegebedürftige werden nicht oder schlecht versorgt werden. Der Personalmangel, die schlechten Arbeitsbedingungen und der Sparwahn von heute werden das Image der Pflegeberufe nachhaltig beschädigt haben. Keine noch so teure Imagekampagne wird eine ausreichende Zahl qualifizierter Bewerber anlocken. In kurzfristigen Lösungsansätzen wird die schon heute dringend gebotene Zusammenarbeit mit pflegenden Angehörigen und Laien verwechselt mit der Lösung des zu erwartenden Mangels an qualifizierter Pflege.

Die (regional vorhandenen) Dumpinglöhne für Pflegefachkräfte in der ambulanten Pflege sind ein Skandal. Wie in anderen Branchen auch, werden zunehmend Flächentarifverträge in Gesundheitseinrichtungen außer Kraft gesetzt. Bisher tariflich garantierte Leistungen werden radikal abgebaut. Es werden Haustarifverträge abgeschlossen bzw. Einzelverträge verhandelt. Hinzu kommt die allgemeine Tendenz, die Arbeitszeit ohne Lohnausgleich zu erhöhen. Hier verschärft sich die Schieflage zwischen hohen und steigenden Anforderungen und der Vergütung dafür.

Die Marktorientierung und ‚moderne‘ Managementansätze im Gesundheitswesen führen zu grundlegenden Veränderungen der Organisationsstrukturen. Im Rahmen dieser Umstrukturierungen in den Krankenhäusern wird zunehmend die pflegerische Fachkompetenz aus der Geschäftsleitung ausgeschlossen.

Die Stationsleitungen und Wohnbereichsleitungen erhalten mehr Verantwortung oder sie werden zugunsten von Abteilungsleitungen abgeschafft. Die Fachkompetenz der Pflege als Beitrag zum wirtschaftlichen Erfolg scheint irrelevant zu sein.

Pflegende arbeiten heute unter immer größerem Leistungs- und Zeitdruck. Es besteht eine erhebliche Arbeitsverdichtung. Die Unzufriedenheit und die Verunsicherung der Pflegenden nehmen ständig zu und nur die schlechte wirtschaftliche Situation Deutschlands verhindert eine noch stärkere Berufsfucht. Professionelles Arbeiten ist in vielen Einrichtungen kaum noch aufrechtzuerhalten.

Pflegende können an vielen Stellen den ethischen Konflikt zwischen dem professionellen Anspruch und dem, was das System heute bereit ist zu finanzieren, kaum noch auflösen. Sie werden zu Komplizen in einem System gemacht, das die Menschen, die Pflege brauchen, scheinbar vergessen hat. Wir brauchen eine gesellschaftliche Neubewertung des Stellenwerts der Pflege. Es darf nicht sein, dass einzelne Menschen in den Gesundheitsberufen individuell Entscheidungen über Rationierungen treffen müssen. Es darf nicht sein, dass die Alternative zur Vernachlässigung von Pflegebedürftigen nur ehrenamtliches Engagement außerhalb der Arbeitszeit ist.

Pflegende leisten einen anspruchsvollen gesellschaftlichen Beitrag zur Gesundheitsvorsorge, Krankheitsverhütung sowie Herstellung von Gesundheit, Unterstützung und Hilfeleistungen bei chronischen Erkrankungen, Gebrechlichkeit und im Sterbeprozess.

Pflege wäre ein attraktiver Beruf mit Zukunft, aber nur, wenn mit dieser Berufsgruppe und ihrem Wissen und Können als unverzichtbare Ressource auch verantwortlich umgegangen wird!

2. Realität Alltag

Die nachfolgenden Berichte spiegeln den Alltag der Pflegenden in Deutschland wider.

2.1 Frau M. äußert sich zufrieden

Alltag einer Altenpflegerin in einem Pflegeheim

„Frau M. äußert sich zufrieden.“ Mit nachdenklicher Miene schreibe ich diesen Satz am Ende meiner Schicht.

Heute hatte ich Frühdienst. Um halb sieben habe ich meinen Dienst begonnen. In der Nacht ging es allen Bewohnern gut, es gibt keine Besonderheiten zu berichten.

Frau M. konnte nicht schlafen, ist viel herumgelaufen, gab aber nicht den Grund an. „Sie äußerte sich zufrieden“, sagte mir die Nachtschwester.

Noch einmal gehe ich die Dokumentationen durch, um den Pflegeplanungen zu entnehmen, wie die pflegebedürftigen Bewohner versorgt werden. Ich war lange nicht mehr auf dieser Station, aber da eine Kollegin krank ist, springe ich ein. Ich versuche, auf dem Weg zur Station einen Plan zu erstellen, wie ich vorgehen werde.

Frau N. steht früh auf, braucht Hilfe beim Rückenwaschen. Ich begrüße sie mit einem fröhlichen „Guten Morgen“, frage, wie die Nacht war.

Frau O. klingelt, ich entschuldige mich, vertröste Frau N. auf zwei Minuten. Frau O. steht mitten im Zimmer, halbfertig angezogen, erscheint verwirrt: „Ach Kindchen, ich weiß auch nicht, aber heute Morgen klappt nichts. Wie spät ist es?“ Ich versuche Frau O. zu beruhigen und nehme im selben Moment lautes Rufen aus dem Nachbarzimmer wahr.

„Schwester, Schwester!“ Ich setze Frau O. in ihren Sessel, lege ihr eine Decke über und eile ins Nachbarzimmer.

Im Dunkeln sitzt Frau P. auf ihrer Bettkante und kann den Lichtschalter nicht finden, ihr Traubensaft fiel dieser Suche zum Opfer und verteilte sich gleichmäßig über dem Bett, dem Teppichboden und Frau P. Die alte Dame schämt sich, weint fast, so peinlich ist ihr diese Kleinigkeit. Der Lichtschalter ist zwischen Bett und Nachtschrank gerutscht. Selbst ich muss mit Licht einen Augenblick suchen. Ich denke an Frau N. und Frau O. und bitte Frau P., sich keine Sorgen zu machen. Sobald die Zeit es zulässt, werde ich den Traubensaft aufwischen und das Bett beziehen. Frau P. guckt mich mit großen Augen an: „Aber Schwester, so werden wir die Flecken nie wieder aus dem Teppich bekommen!“ Die Befürchtung habe ich auch, erkläre Frau P. geduldig meine Situation und entschuldige mich. „Ach Schwester“, kommt ein tiefer Seufzer über die Lippen der alten Dame, „ich weiß ja“. Ich eile zu Frau N.

mit dem Wissen, dass ich so sicherlich Frau P. ihre Scham nicht nehmen konnte.

Mein morgendlicher „Strategieplan“ ist nach zwei Stunden viermal geändert und ich weiß, er wird sich noch des Öfteren ändern. Denn die Bewohner leben zum Glück kein berechnetes Leben.

Jetzt sind alle Bewohner versorgt und frühstücken. Ich versuche, die Geschehnisse des Morgens zu dokumentieren. Bis neun Uhr habe ich mein Kürzel schon ungefähr hundert Mal aufs Papier gebracht.

In meinem Bericht bemühe ich mich, deutlich zu machen, wie viel Zeit Frau N. und Frau P. heute Morgen in Anspruch genommen haben. Frau N. hat lange nicht verstanden, was mit ihr heute los war. Als ich in ihr Zimmer zurückkam, saß sie kopfschüttelnd auf ihrem Sessel und konnte nicht verstehen, warum das Anziehen nicht funktioniert. Ich habe lange mit ihr gesprochen, habe jeden Schritt langsam erklärt und bin auf ihre Bedürfnisse eingegangen. 20 Minuten mehr habe ich ihr gewidmet, die sie heute unbedingt gebraucht hat. Nun muss ich überlegen, wie ich diese 20 Minuten in der Dokumentation einbringe. Es muss noch geklärt werden, ob Frau N. eine Magensonde bekommen muss, da sie immer weniger isst. Ich habe gestern mit ihrer Tochter darüber gesprochen. Wir waren uns einig, dass es so lange wie möglich vermieden werden soll und wir haben Strategien überlegt, wie wir Frau N. dazu bewegen, mehr zu essen.

Ach und Frau M., sie hatte schon das Wasser eingelassen und wartete mit dem Waschlappen in der Hand im Bad auf mich. *„Ich habe schon alles vorbereitet Schwester, ist heute viel, oder? Und das mit Frau N. wird ja auch immer schlimmer. Aber mir müssen sie nur schnell über den Rücken gehen, mehr brauche ich nicht. Das geht schnell, Schwester. Man muss ja zufrieden sein.“*

Während ich Frau M. beim Rückenwaschen behilflich bin, höre ich Frau K. auf dem Flur rumirren und rufen: *„Ich will hier weg, ich muss doch nach Hause zu meiner Mutter.“* Frau K. von diesem Gedanken abzubringen, sie abzulenken, ist besonders schwierig. Den ganzen Vormittag muss ich mich immer wieder um sie kümmern.

Und so schreibe ich in meinen Bericht am Mittag, dass Frau M. sich zufrieden äußert.

Heute hatte ich zusammen mit drei Kolleginnen 30 Bewohner zu betreuen. Von den Kolleginnen sind zwei erfahrene Helferinnen, aber die Erfahrung macht eben das Fehlen einer Ausbildung nicht immer wett. Die vierte im Bunde ist eine Altenpflegeschülerin.

Es klingt für Laien so einfach, wenn ich beschreibe, was ich in einer Schicht erledige. Es ist nicht erkennbar, dass hinter alltäglichen Dingen, wie zu essen oder sich zu waschen, bei pflegebedürftigen Menschen komplexe Anforderungen stecken. Sie brauchen gezielte Förderung und diskrete Unterstützung, die ihnen auch in dieser Situation ihre Würde lässt. Es ist nicht erkennbar, dass hinter allem, was wir tun, ein Plan steckt, der auf der Grundlage

dessen, was ein Bewohner kann oder nicht kann, festlegt, was, wann, wie zu tun ist. Wir überprüfen dann auch regelmäßig, ob wir mit unserem pflegerischen Handeln Erfolg gehabt haben.

2.2 ... dass auch heute vieles liegen bleiben wird

Arbeitstag der Pflegedienstleitung eines Pflegeheims

Am Morgen ist es noch ruhig. Ich mache meinen Rundgang durch das Haus, höre von den Ereignissen der letzten Nacht und erfahre die Vorhaben für den heutigen Tag. Es hat sich schon wieder jemand krank gemeldet, aber das haben sie schon geregelt. Die Stimmung ist leicht gehetzt, aber trotzdem konzentriert und eigentlich ungetrübt.

Ich kehre an meinen Schreibtisch zurück und plane den Tag: Am Vormittag ein Gespräch mit der Heimleiterin und am Nachmittag das Treffen mit den Wohnbereichsleitungen. Ein Blick auf die unerledigten Aufgaben vom Vortag: Ein Telefonat, der Brief an Herrn H. muss heute unbedingt raus und das Gespräch mit Schwester M. ist längst überfällig. In die Gelassenheit des frühen Morgens schleicht sich schon bald die Ahnung, dass auch heute vieles liegen bleiben wird.

Noch eine halbe Stunde kann ich in Ruhe an meinem Schreibtisch verbringen. Sie reicht nicht, um den Brief fertig zu bekommen. Denn es geht um eine heikle Angelegenheit, in der es auf die richtigen Formulierungen ankommt. Ich muss auch noch einmal nachprüfen, wie der Hergang tatsächlich gewesen ist.

Ab 8.00 Uhr ist es vorbei mit der Ruhe im Haus.

In der Küche ist die Kaffeemaschine kaputt; dafür brauchen wir sofort eine Lösung. Frau D. hat ein seltsam geschwollenes Auge; das muss ich mir gleich ansehen.

Die Apotheke ruft an und erkundigt sich nach der geplanten Fortbildung. Dabei fällt mir ein, dass ich den Fortbildungsplan noch weiterführen muss.

Frau L., die Tochter von Frau M., ruft an und beklagt sich. Niemand habe sie darüber informiert, dass ihre Mutter mit einem Magen-Darm-Infekt im Bett liegt. Das bedeutet ruhig bleiben, diplomatisch sein, Verständnis zeigen und trotzdem eine klare Linie fahren. Ich werde heute in der Übergabe daran erinnern, dass die Angehörigen besser informiert werden müssen.

Frau R. hustet. Sie ist über 100 Jahre alt und wird zunehmend schwächer. Ihr zu trinken zu geben, wird immer problematischer. Ich höre ihr Husten vom Speisesaal bis in mein Büro. Könnte ich doch den Pflegenden sagen: Lasst ihr die nötige Ruhe, wenn sie nicht kann, muss sie nicht mehr. Aber die Angehörigen hängen sehr an ihr und fordern. Es wird ein Trinkprotokoll geführt. Die schlechten Ergebnisse signalisieren: Handlungsbedarf!

Die Heimleiterin kommt und wir vergleichen den Belegungs- und den Stellenplan, da die Pflegesatzverhandlungen anstehen. Ich hoffe sehr, dass der Stellenplan aufgestockt wird. Aber die Frage lautet: Werden eventuell gestiegene Einnahmen die ebenfalls steigenden Ausgaben decken können? Als ich meine pflegerische Ausbildung begann, gab es den Begriff „Pflegenotstand“ bereits, aber mit betriebswirtschaftlichen Fragestellungen wurden wir nicht konfrontiert.

Ich blicke noch einmal auf meine heutige Aufgabenliste. Der Andachtsplan für den nächsten Monat muss fertig gestellt werden. Wenn er rechtzeitig auf den Weg kommt, spare ich mir viele Telefonate. Es ist gut, dass Menschen ehrenamtlich solche Aufgaben übernehmen.

Wir haben relativ viele Ehrenamtliche, die uns im Haus bei der Betreuung der Bewohner und Bewohnerinnen unterstützen. Die Stärkung und Unterstützung der ehrenamtlich Tätigen im Pflegeheim ist eine wichtige Angelegenheit. Für sie muss ich auch Fortbildungen planen.

Viele solcher Ereignisse und Aufgaben werden an einem normalen Arbeitstag noch folgen. Manches kann ich planen, aber vieles kommt unvorhergesehen auf mich zu. Für manches muss sofort eine Lösung gefunden werden, manches braucht Zeit und manches wird nie fertig werden.

Die Anforderungen an eine Pflegedienstleitung und Führungskräfte sind hoch und die Tätigkeit führt mich oft an die Grenzen meiner Belastbarkeit. Am schwierigsten ist es, täglich den Spagat zwischen den Rahmenbedingungen und den Bedürfnissen der einzelnen Bewohner zu leisten.

Die Auflösung des Spagats und die Vielfalt der Aufgaben sind andererseits für mich ein ständiger Ansporn.

2.3 Garantiert: Der Plan ändert sich

Frühdienst auf einer chirurgischen Station

6.00 Uhr Dienstbeginn, der letzte Frühdienst in dieser Woche, das Aufstehen fiel mir schwer.

Auf Station herrscht noch Ruhe, die meisten Patienten schlafen noch, außer Frau M., die mir schon im Flur begegnet.

Die Übergabe erfolgt zügig, der Nachtdienst möchte nach zehn Stunden harter Arbeit schnell nach Hause.

Ich selbst bin heute mit einer Kollegin für zwölf Patienten zuständig. Ein Blick in die Pflegedokumentation, auf den aktuellen Operationsplan und die schon angemeldeten diagnostischen Untersuchungen zeigt, dass der Vormittag unruhig wird. Da heute Freitag ist, stehen auch noch die vorstationären Patienten zur Betreuung an. Dies bedeutet zusätzlich zu den zwölf Patienten mindestens zehn Patienten, bei denen Diagnostik, Aufklärungsgespräche, Ter-

minabsprachen mit der Anästhesieambulanz und die Pflegeaufnahme bewältigt werden müssen.

Die Zeit bis das Frühstück um 7.00 Uhr gebracht wird, ist ausgefüllt mit der Vorbereitung von Medikamenten und Infusionen.

Danach machen wir den ersten Rundgang durch die Patientenzimmer. Im ersten Zimmer ist Herr B. schon sehr munter und hat unter Protest seiner Mitpatienten schon um 6.00 Uhr alles andere als leise das Bad aufgesucht, so dass alle anderen keine Ruhe mehr fanden. Jetzt ist er fertig und wartet ungeduldig auf sein Frühstück. Leider können wir es ihm noch nicht servieren und Herrn B. alleine zum Frühstück zu schicken, ist angesichts seiner zeitweise auftretenden Verwirrheitszustände noch nicht möglich. Also versuchen wir, ihn zu beschäftigen, indem er für sich und seine Zimmerkollegen die Trinkgläser austauschen und danach den Tisch für das gemeinsame Frühstück frei räumen soll. Wir wecken Patienten, geben Hilfestellung beim Aufstehen und verteilen die Medikamentenschieber. Frau B. kommt uns aufgeregt entgegen. Sie habe überhaupt nicht geschlafen, seit 22.00 Uhr habe sie nichts mehr getrunken und fühle sich völlig erschöpft und außerdem habe sie Angst, dass sie die heutige Operation nicht überleben würde. Meine Kollegin nimmt sie mit ins Besprechungszimmer und will ihr alles noch einmal genau erklären. Derweil mache ich die Runde allein weiter. In der Zwischenzeit kommt das Frühstück. Wir unterbrechen den Rundgang und verteilen das Frühstück an die Patienten.

Jetzt wird es eng. Die Patienten müssen noch zur geplanten Operation vorbereitet werden und um 8.00 Uhr ist die Abteilungsbesprechung, in der seitens der Ärzte noch einmal die geplanten Aufnahmen, Verlegungen und Operationen besprochen werden. Wer von uns geht hin? Meine Kollegin ist noch mit Frau B. beschäftigt, ich selbst noch nicht mit den Routinetätigkeiten fertig. Also lasse ich alles stehen und liegen und gehe zur Chefbesprechung in der Hoffnung, dass es heute kurz geht.

Zurück von der Besprechung hat meine Kollegin Frau B. inzwischen beruhigen können und sie für die Operation vorbereitet. Der Plan von gestern ist geändert worden, da die Intensivstation statt der benötigten zwei Betten nur ein Bett frei bekommt. Eine geplante Operation muss deshalb abgesagt werden und der Operationsplan wird geändert. Des Weiteren sollen zwei unserer Patienten heute entlassen werden und von der Intermediate Care Station müssen wir zwei Patienten aufnehmen. Dies war ursprünglich so nicht geplant und bringt unsere eigene Organisation gehörig durcheinander.

Aber nun muss ich erst einmal den ersten Patienten in den Operationstrakt bringen. Frau Z. hat gut geschlafen, ihre Tablette genommen und redet auf der Fahrt in den OP ununterbrochen. Auf Ihre Unsicherheit und Ängste können wir während der kurzen Fahrt nicht ausreichend eingehen. Mit einem gemischten Gefühl und den besten Wünschen für die Operation und dem Versprechen, dass man sich morgen in vertrauter Umgebung wiedersieht, übergeben wir Frau Z. an die Kollegen vom Operationsteam.

Dann ein kurzes Frühstück mit den Kolleginnen, bei dem die geänderten Arbeitsabläufe besprochen werden. Anschließend geht es weiter mit Hilfestellung beim Waschen, Übernahme der kompletten Körperpflege bei zwei Patienten und den üblichen Routinekontrollen. Immer wieder werden wir unterbrochen durch Telefonate, neue Anordnungen der Ärzte, die Suche nach Unterlagen und das Eintreffen der vorstationären Patienten. Auch verzögert sich die Entlassung der Patienten, da noch diverse Abschlussuntersuchungen nicht gelaufen sind. Die Kollegen der Intermediate Care Station rufen auch schon zum dritten Mal an und fragen, wann wir nun endlich die Patienten übernehmen können; die Intensivstation mache ihnen Druck.

Betten rausschieben, Zimmer für die neuen Patienten richten, Patienten aus dem Aufwachraum abholen – hektisch geht es zu und nun kommt auch noch die tägliche Visite, die bedient werden möchte.

Der Morgen vergeht und die ursprüngliche Planung meines Tagesablaufs verpufft. Nur 20 Prozent dessen, was ich mir vorgenommen hatte, konnte ich umsetzen. Der Rest wurde fremdbestimmt und einige Patienten kamen mit ihren Ansprüchen zu kurz. Die Patienten zur vorstationären Behandlung sitzen längst mit versteinerten Mienen da und trauen meinem Versprechen, dass sie gleich dran kommen, nicht mehr. Keine gute Basis für die zukünftige Betreuung dieser Patienten!

Mittagessen verteilen, die letzten pflegerischen Maßnahmen bei den schwer kranken Patienten und zwischendurch muss noch die Dokumentation vervollständigt, die Verschlüsselung der pflegerelevanten Diagnosen erfolgen und die Anforderung für die anstehenden Untersuchungen erledigt werden.

Die Übergabezeit um 12.55 Uhr naht. Diesmal findet eine Gesamtübergabe im Team statt und dann noch eine bettseitige Übergabe an die Kollegen. Hierbei wird versucht, die Patienten aktiv in das Übergabegespräch einzubinden. Nicht bei allen gelingt das.

Die Schicht ist zu Ende. Habe ich alles erledigt? Sind alle Patienten ausreichend versorgt worden? Habe ich etwas vergessen? Diese Fragen begleiten mich bis zur Umkleide. Heute greife ich nicht zum Telefon und melde meinen KollegInnen von der Spätschicht noch etwas nach.

2.4 Das Unmögliche möglich machen

Pflege-Management im Krankenhaus

Die Hauptnachtwache musste die Pausenorganisation durch den „Springer“ kurzfristig umstellen. Sie brauchte eine Sitzwache, weil ein Patient – wegen eines Notfalles – von der Intensivstation auf die allgemeine Station verlegt werden musste. Eine Aushilfe war kurzfristig nicht organisierbar, da der ge-

kürzte Personalpool „nichts mehr hergab“. Auch für den folgenden Tag sei der Pool bereits völlig ausgeschöpft.

Drei weitere Ausfälle müssen verkräftet werden. Wenn die Stationen es nicht schaffen, wird die Bereichsleitung das Unmögliche versuchen möglich zu machen.

Die OP-Leitung hatte schon – wie so häufig – vor dem eigentlichen Dienstbeginn bei der zuständigen Bereichsleitung angerufen, um mitzuteilen, dass im OP bis tief in die Nacht Notfälle operiert worden sind. Daraus resultierende notwendige Umorganisationen in den OP's am Morgen werden mit Sicherheit zu Unmut in einigen Kliniken führen. Oder müssen die Teilnehmer der Fachweiterbildung aus dem theoretischen Unterricht gezogen werden? Sollte es zu Konflikten kommen, die vor Ort nicht gelöst werden können, stellt sich die Bereichsleitung über den Piepser zur Verfügung.

Am Vortag haben sich zwei examinierte Pflegekräfte einer Station, die am Wochenende Dienst hätten, krank gemeldet. Die Station hat mitgeteilt, dass eine Pflegendende der anderen Schicht ihr drittes Wochenende in Folge arbeiten wird und eine Schülerin aus dem sechsten Semester bereit sei, am Wochenende während der Blockunterrichts-Phase zu arbeiten. Die Bereichsleitung hat auf den zeitnahen Ausgleich der Mehrarbeit hinweisen müssen und wird wegen der Schülerin mit der Schulleitung sprechen.

Auf der Station mit onkologischem Schwerpunkt hat die zweite Kollegin ihre Schwangerschaft angezeigt. Zum einen muss über eine Versetzung einer der beiden schwangeren Mitarbeiterinnen nachgedacht werden, damit die Pflege der zahlreichen „Chemo-PatientInnen“ weiter gewährleistet werden kann. Zum anderen muss mittelfristig geklärt werden, ob bereits eher als nach dem Verstreichen der gesetzlichen Schutzfrist – wie sonst üblich – für eine zeitlich befristete Besetzung gesorgt werden kann (sofern beide Mütter die Elternzeit in Anspruch nehmen).

Diese Beispiele beschreiben den täglichen Spagat des Personalmanagement im Pflegedienst unter den derzeitigen Rahmenbedingungen.

Die Arbeitsgruppe zur Revision der Pflegestandards ist am Vortag recht konstruktiv verlaufen. Sechs von elf Standards werden überarbeitet und auf den Genehmigungsweg gebracht. Zwei Kolleginnen konnten allerdings nicht an der Sitzung teilnehmen. Der Grund: Ein kurzfristiger Dienstaustausch.

Die Bereichsleitung der konservativen Stationen hat heute einen Termin beim Chefarzt zum Thema „Übernahme ärztlicher Tätigkeiten durch die Pflege“. Da dieses Thema wiederholt von Chefarzten angesprochen worden ist, wird seitens der Pflegedirektorin noch einmal die einvernehmliche Position bekräftigt: 1. grundsätzliche Klärung der Delegierbarkeit der Tätigkeiten; 2. eine Übernahme nur nach exakter Berechnung der notwendigen Ressourcen und deren Bereitstellung; daraus folgt, dass ein schriftlicher Antrag an das Direktorium erforderlich ist.

Die Pflegedirektorin berichtet von den gestrigen Gesprächen im Controlling über die Kostenträgerrechnung im Zusammenhang mit der DRG-Kalkulation.

Immer wieder wird dabei in der Pflege auf die Einstufungen der Pflege-Personalregelung (PPR), die bei uns im Haus noch genutzt wird, eingegangen. Die Bereichsleitungen werden aufgefordert, verstärkt zu überprüfen, ob die Kriterien zur Einstufung auf allen Stationen übereinstimmend und korrekt angewendet werden. Außerdem soll erneut eine für alle Stationen verbindliche Fortbildung zu diesem Thema organisiert werden. Es wird wiederholt problematisiert, einerseits handfeste PPR-Zahlen liefern zu müssen und andererseits bei Stellenplangesprächen um jeden Prozentpunkt zu kämpfen.

Um allen Anforderungen gerecht zu werden, ist die Fort- und Weiterbildung aller MitarbeiterInnen ein zwingendes Anliegen. Leider reicht das Fortbildungsbudget nicht aus, um allen die notwendigen Fortbildungen zu ermöglichen.

Eine geplante Fortbildung zur basalen Stimulation kann nicht stattfinden, weil trotz großen Interesses nicht genug TeilnehmerInnen für diesen Tag freigestellt werden konnten. Eine Mitarbeiterin der Intensivstation hat ihren Wunsch zur Teilnahme an der entsprechenden Fachweiterbildung angezeigt. Die vier Plätze für das kommende Jahr sind aber schon vergeben. Im Rahmen der Personalentwicklung wäre die Fachweiterbildung für diese Mitarbeiterin eine gute Investition – für beide Seiten. Die Pflegedirektorin wird sich dafür einsetzen, einen zusätzlichen Platz zu bekommen.

Diese Dienstbesprechung hat länger gedauert als geplant. Immer größer wird die Zahl der Punkte, die es zu klären gilt.

Auch noch nicht geklärt sind die Fragen: Wie können wir den steigenden Anforderungen gerecht werden? Welche Maßnahmen müssen hierzu entwickelt werden, die eine qualifizierte und patienten- und mitarbeiterorientierte Arbeit ermöglichen (und das bei immer knapper werdenden Mitteln)? Wie können wir die Anforderungen eines Qualitätsmanagements in der täglich immer komplexer und hektischer werdenden Arbeit für alle erkennbar umsetzen?

Die Quadratur des Kreises?! Diese Aufgabe scheinen wir täglich lösen zu müssen.

2.5 Ich bin spät dran

Ein ganz normaler Tag in der Ambulanten Pflege

Um 5.00 Uhr erhielt ich einen Anruf von meiner Pflegedienstleiterin (PDL). Sylvia hat sich gerade krank gemeldet und ihre Tour ist nun offen. Sylvia ist Krankenschwester und hat natürlich überwiegend Leistungen nach SGB (Sozialgesetzbuch) V, das heißt, Behandlungspflegen oder „Kombi-Leistungen“ (SGB V-Leistungen und SGB XI-Leistungen) im Tourenplan. Die Patienten werden auf verschiedene Mitarbeiter aufgeteilt. Am Telefon teilte mir meine PDL mit, dass sie eigentlich einen Termin um 8.30 Uhr bei der Sozialarbeiterin im Krankenhaus hat, diesen aber absagen wird. Es war zwar schwierig,

diesen Termin zu bekommen, aber vielleicht lässt es sich einrichten, ihn auf den Nachmittag zu verschieben. Drei Patienten aus der Tour übernimmt sie, die restlichen müssen von mir und der Pflegehelferin übernommen werden. Vor allem bei Kombipflegen wird die Pflegehelferin die Grundpflege übernehmen und meine PDL oder ich die Behandlungspflege durchführen.

Der Tourenplan ist eng besetzt, aber heute müssen noch weitere Patienten dazwischen geschoben werden. Und so sind zusätzlich noch Frau M., Herr W., Frau S., Frau K. und Herr M. zu versorgen. Durch die veränderte Reihenfolge ist vorprogrammiert, dass sich die ersten Patienten über mein zu zeitiges Erscheinen beschweren werden und am restlichen Tag mein zu spätes Eintreffen Ärger hervorrufen wird.

Zudem muss ich mich noch mit der Pflegehelferin verständigen, wo wir die Schlüssel übergeben können, die wir aufgrund der neuen Tour beide benötigen. Einige der Patienten können nicht mehr die Tür öffnen.

Ich fange meine Tour eine dreiviertel Stunde eher an. Ich bin bei Frau M. kurz vor sechs Uhr morgens. Sie ist bettlägerig. Ich klinge und schließe die Wohnungstür auf. Frau M. ruft gleich, wer da sei, denn sie erwartet mich erst in einer Stunde. Sie ist verärgert, dass sie zeitiger geweckt wird und schimpft darüber, warum sie immer bei Krankheit von Mitarbeitern herhalten müsse. Es könne zwar jeder einmal krank werden, aber sie bestehe auf ihre vereinbarten Zeiten. Frau M. hat vier Einsätze am Tag und mag es gar nicht, wenn die Pflegekraft eher oder verspätet kommt.

Ich bin auf dem Weg zu Frau A. Sie ist die dritte der fünf Diabetiker, die ich heute Morgen aufsuche. Zwei der Diabetiker-Patienten sind aus der Tour von Sylvia. Ich bin spät dran.

Eben war ich bei Herrn W., der an Demenz erkrankt ist. Von seiner Frau lässt er sich morgens nicht mehr versorgen. Außerdem hat er Diabetes und muss gespritzt werden. Herr W. ist ein sehr kräftiger Mann. Da ich nun länger nicht mehr beim ihm war, reagiert er sehr abweisend auf mich. Es kostet mich viel Kraft, ihn von der Notwendigkeit der Morgentoilette und des Kleidungswechsels zu überzeugen. Meine Zeitnot darf er in keiner Weise spüren, da er sonst gleich eine Blockade aufbaut.

Bei der Insulininjektion benötige ich die Hilfe von seiner Frau. Vor drei Jahren hat er sich noch selbst gespritzt und bis vor sechs Monaten übernahm dies seine Frau. Doch er wehrte sich tatkräftig gegen die Spritze, brachte immer weniger Verständnis auf. Frau W. hat daraufhin einen Pflegedienst eingeschaltet. Die Situation ist unverändert und so bleibt Frau W. in der Nähe, um bei Abwehrreaktionen ihres Mannes zu helfen. Von der Krankenkasse wurde schon mehrfach versucht, die Kostenübernahme für die häusliche Krankenpflege abzulehnen.

Den restlichen Tag versorgt Frau W. ihren Ehemann allein. Sie pflegt und sorgt für ihn mit all ihrer Kraft. Dabei stößt sie aber immer mehr an ihre Grenzen. Ich habe ihr die „Tagespflege“ empfohlen, die sich positiv auf Herrn W.'s Wohlbefinden auswirken kann und die auch ihr eine Verschnaufpause er-

möglichst. Ein Besuch ein- oder zweimal pro Woche wäre eine notwendige Unterstützung für diese Familie. Doch aus finanziellen Gründen und auch aus Scham wurde bisher diese Möglichkeit nicht weiter verfolgt. Herr W. hat Pflegestufe 1 und erhält 384,- Euro im Monat von der Pflegekasse für die Inanspruchnahme von Sachleistungen. Dieser Betrag reicht nicht für die morgentlichen Einsätze aus, und so muss die Familie bereits hier privat zuzahlen. Die Tagespflege würde zusätzlich noch einmal zwischen 200,- und 400,- Euro kosten. Dieses Geld kann das Ehepaar nicht aufbringen.

Ich bin inzwischen bei Frau M. angekommen. Sie sitzt in ihrem Sessel und meint zu mir, ihr gehe es gar nicht gut. Frau M. ist auch insulinpflichtige Diabetikerin und in letzter Zeit treten häufiger Blutzucker-Schwankungen auf. Ich messe ihren Blutzucker. Er ist viel zu niedrig und ich gebe zuerst Traubenzucker. Dann rufe ich den Hausarzt an. Der Anrufbeantworter ist an, seine Praxis öffnet heute erst um 12.00 Uhr. Eigentlich wollte ich innerhalb von fünf Minuten wieder auf dem Weg zum nächsten Patienten sein. Ich bin nun aber bereits seit zehn Minuten hier. Da hier mit einer längeren Verzögerung zu rechnen ist, rufe ich meine Pflegedienstleiterin an und informiere sie über die Situation. Sie selbst ist beim letzten ihrer drei Patienten, die sie von der Tour von Sylvia übernommen hat. Wir vereinbaren, dass sie die nächsten drei Patienten über meine Verzögerung informiert und auf dem Weg ins Büro selbst gleich noch zum nächsten insulinpflichtigen Patienten fährt. Anschließend rufe ich den Kassenärztlichen Notdienst an. Mit dem Arzt bespreche ich das weitere Vorgehen.

Es ist Sommer und an jeder Ecke der Stadt werden die Straßen aufgerissen. Die Autos stauen sich. Ungefähr 15 Minuten hat mich dies gekostet. Auf einem Schild lese ich, dass die Bauarbeiten für acht Wochen geplant sind. Dies muss unbedingt in der Tourenplanung ab morgen mit berücksichtigt werden.

Ich bin im Büro und schreibe stichpunktartig die Besonderheiten des Tages ins Übergabebuch. So können sich meine Kolleginnen zu Dienstbeginn über aktuelle Geschehnisse informieren. Natürlich bin ich meiner Dokumentationspflicht auch vor Ort beim Patienten nachgekommen. Bei Patienten, wo alles routinemäßig lief, kam der Pflegebericht aber heute zu kurz.

Ich schaue auf den Tourenplan der nächsten Tage. Morgen wird es noch einmal ähnlich hektisch werden, aber ab übermorgen konnte eine Aushilfskraft engagiert werden. Bei der Aushilfskraft handelt es sich um eine junge Mutter in der Elternzeit. Bei Engpässen hilft sie uns oft aus. An solchen Tagen wie heute, bin ich froh, dass unsere Pflegedienstleitung diese Verbindungen pflegt.

3. Perspektiven – Pflege als Beruf

3.1 Altern im Beruf?

Eine Vielzahl von Forschungsarbeiten befassen sich mit dem demographischen Wandel in unserer Bevölkerung und den daraus zu erwartenden Folgen. Vorhersehbar ist der drastische Anstieg pflegebedürftiger Menschen in unserem Lande und gleichzeitig: Nachwuchsmangel in pflegerischen Berufen.

Dieses Dilemma muss gelöst werden, zum Beispiel durch die Heraufsetzung der Lebensarbeitszeit. Was bedeutet das für die Pflegenden?

Eine Berentung für Pflegende mit 65 oder gar 67 und mehr Jahren bei voller Berufstätigkeit wird aller Voraussicht nach nur für wenige erreichbar sein. Schon heute zeigt sich, dass es in der Regel sehr mühsam ist, das 60. Lebensjahr bei voller Berufstätigkeit zu erreichen. Die Mehrzahl der Tätigkeiten in der praktischen Krankenpflege sind vergleichbar mit der Arbeitsbelastung eines Maurers. Entsprechend sind die körperlichen Verschleißerscheinungen, vor allem an der Wirbelsäule, die mit zunehmendem Alter gravierend ansteigen.

Hinzu kommt die Arbeitsverdichtung durch die immer kürzer werdende Verweildauer der Patienten und den signifikanten Stellenabbau in der Pflege im Rahmen der Sparmaßnahmen.

Eine Fülle von Informationen und Abläufen – häufig fachbereichsübergreifend – sind im engen Zeittakt zu verarbeiten und fast immer unter dem Druck zu bewältigen, dass Fehler fatale Folgen haben können. Anders als frühere Generationen, die nachlassende Kräfte durch Erfahrung und Routine kompensieren konnten, lässt der schnelle Wandel im Wissens- und Technikbereich dies nur noch begrenzt zu. Zudem hat die Ökonomisierung der Arbeitsabläufe dazu geführt, dass Tätigkeiten mit hohen Anforderungen und Anspannungen dominieren. Für emotional belastende Erlebnisse gibt es nur in seltenen Ausnahmefällen Angebote zur Verarbeitung oder Rückzugsmöglichkeiten in weniger belastende Tätigkeiten. Schätzungsweise 90 Prozent der seelsorgerlichen Gespräche werden durch Pflegende am Krankenbett geführt, da sie rund um die Uhr präsent sind. Die Folge: Emotionale Erschöpfung, Burnout, Berufsunflucht.

Ein vorzeitiger Eintritt in den Ruhestand bedeutet weniger Rente. Eine einschneidende Folge für viele, zumal die Einkommensentwicklung in der Pflege zum Beispiel durch die aktuellen Tarifabschlüsse im öffentlichen Dienst rückläufig ist.

Doch vor allem sollte überlegt werden, ob für die berufliche Pflege nicht das gleiche gelten muss wie für andere Berufsgruppen, die starken Belastungen ausgesetzt sind. Es geht um eine berufsspezifische Altersgrenze, die das 60. Lebensjahr nicht überschreiten sollte. Denkbar wären auch Modelle der Al-

tersteilzeit, die der dauerhaften körperlichen und seelischen Belastung Rechnung tragen.

Eine Abfrage in 21 unterschiedlich großen Krankenhäusern hat ergeben, dass gegenwärtig von den dort angestellten Pflegekräften 1,4 Prozent 60 Jahre alt sind und davon viele in Teilzeitbeschäftigung. Dieses Umfrageergebnis ist eines von den vielen Argumenten dafür, dass Pflegeberufe zu den Berufen mit einer berufsspezifischen Belastbarkeitsgrenze zählen. In einer ernsthaft geführten Diskussion rund um die Heraufsetzung der Lebensarbeitszeit in Pflegeberufen dürfen sie nicht fehlen.

3.2 Neue Aufgabenfelder

Veränderter Versorgungsbedarf und neue Anforderungen an die Pflege

Die personenbezogenen Dienstleistungen nehmen zu; bedingt u. a. durch eine steigende Anzahl alter Menschen, fortschreitende Medizintechnik und eine steigende Zahl von Menschen mit chronischen Erkrankungen und Mehrfacherkrankungen.

Es kommt in der Pflege zur Erweiterung der traditionellen Aufgaben sowohl für Individuen als auch für Gruppen.

Die Beratung und das Informieren von Patienten, Bewohnern, Klienten, Angehörigen, Organisationen und Institutionen (Pflegekassen, Verbraucherzentralen, Behörden, Ministerien, Wohlfahrtsverbände) wird in den Vordergrund rücken.

Weitere neue Handlungsfelder für die Pflegepraxis werden zum Beispiel durch die Vernetzung von Pflege und Public Health entstehen. Hier sind die Entwicklung präventiver Konzepte für Familien und gesellschaftliche Randgruppen, Ernährungsberatung und Schulung in Patientenakademien zu nennen.

Auch das WHO-Konzept der Familiengesundheitspflege setzt hier an. Über das präventive Aufsuchen zu Hause, die Begleitung, Beratung, Unterstützung und Befähigung von Familien durch Familiengesundheitspflegerinnen soll vorrangig sozial benachteiligten Familien und Gruppen der Zugang zu Gesundheitsangeboten und Leistungen des Sozial- und Gesundheitswesens erleichtert werden.

Im Bereich Management können professionell Pflegenden entscheidend tätig werden bei der Vernetzung von Strukturen des Gesundheits- und Sozialsystems auf institutioneller und regionaler Ebene. Hier wird die Entwicklung von Konzepten der Gesundheitslogistik gefragt sein.

Auch die Entwicklung von Versorgungsketten und sozialen Netzwerken sowie die Koordination multiprofessioneller Teams sind zukünftige Aufgaben. Weitere mögliche Handlungsfelder finden sich in den Gebieten Case- und

Care-Management sowie Schnittstellenmanagement.

Die Übernahme der genannten Bereiche durch die Pflege liegt auf der Hand. Die hierfür erforderlichen Kompetenzen sind:

- soziale Kompetenz (Mitarbeiterführung)
- Managementkompetenz (autonomes Handeln, Diskursfähigkeit)
- sozioökonomische Kompetenz (Innovationen, wirtschaftliche Standards)

Weitere Grundlagen für die Tätigkeiten der Zukunft sind die Weiterentwicklung und Ausweitung des Berufsbildes, die Erweiterung der Handlungsfelder, sektorenübergreifendes Arbeiten sowie die Erschließung neuer Geschäftsfelder.

Bereits heute bereiten sich viele Pflegenden durch umfassende Weiterbildungen oder Studiengänge auf die neuen Anforderungen vor.

3.3 Karriere und Profilierung

Der gesellschaftliche Bedarf an Gesundheitsdienstleistungen verändert sich. Das hat Auswirkungen auf die Gesundheits- und Sozialpolitik.

Pflege als sich weiter entwickelnde Profession spezialisiert sich zunehmend und erschließt neue Handlungsfelder. Damit verändern sich die Anforderungen an die fachlichen Kompetenzen der Pflegenden. Die Anpassung der Ausbildungsinhalte und -strukturen, lebenslanges Lernen und neu zu entwickelnde bzw. anzupassende Spezialisierungsangebote sind eine konsequente Folge.

Aus volkswirtschaftlicher Sicht ist die heutige Berufsrealität, in der die Mehrzahl der Absolventen nach der Ausbildung nur für einige Jahre im Beruf arbeiten und dann diesen wegen der Familienphase oder der unattraktiven Arbeitsbedingungen verlassen, eine enorme Verschwendung von Ressourcen. Die Investition in die Ausbildung amortisiert sich nicht. Bei einem zu erwartenden Mangel an Fachpersonal ist dies doppelt fatal. Die Resultate der NEXT-Studie (www.next-study.net) belegen eindringlich, dass eine große Zahl von Pflegenden darüber nachdenkt, den Beruf zu verlassen. Nur die derzeitige gesamtwirtschaftliche Situation verhindert die Abwanderung in größerem Umfang.

Pflegende selbst brauchen Unterstützung bei der Entwicklung der Perspektive der lebenslangen Berufstätigkeit in ihrem Beruf. Pflege bietet ein schier unbegrenztes Spektrum an Handlungsfeldern: Von der High-Tech-Pflege und interprofessioneller Teamarbeit über Management bis hin zu betreutem Wohnen für Menschen mit einer Demenzerkrankung. Einige Aufgabenbereiche verlangen ein Pflegestudium, doch auch ohne Studium bietet die pflegerische Praxis vielfältige Karrierechancen.

Pflege als lebenslange Karriere zu begreifen und zu entwickeln ist eine zentrale Antwort auf die demographische Entwicklung in Deutschland. Unterschiedliche Perspektiven aufzugreifen und gezielt in einen persönlichen Karriereplan zu integrieren, das ist heute noch zu wenig verbreitet. Dazu zählt zum Beispiel auch die Möglichkeit, befristet seinen Beruf im Ausland auszuüben.

Ein wichtiger Aspekt jeglicher Berufstätigkeit ist die Anerkennung, die man dafür erhält. Anerkennung im ideellen, aber natürlich auch im materiellen Sinn. Im Gesamtbudget, das die Gesellschaft für die Pflege von Menschen mit Behinderung, kranken oder pflegebedürftigen Menschen zur Verfügung stellt, ist der Posten „Personalkosten“ groß. Das verführt zu besonders schwerwiegenden Einschnitten. Vergessen wird, dass die spezielle „Dienstleistung Pflege“ hohe und spezifische Kompetenzen verlangt und nur persönlich erbracht werden kann. Durch Investitionen in qualifiziertes Pflegepersonal ist dies möglich.

In einem gesamtgesellschaftlichen Diskurs müssen wir uns darauf verständigen, welche und wie viel Pflege wir uns leisten wollen. Die Profession muss Profile unterschiedlicher Leistungsangebote entwickeln und klar die damit verknüpfte Qualität darstellen. Dazu gehört auch die Qualifizierung von Pflegenden an Hochschulen.

Zur Sicherung der Zukunft der pflegerischen Versorgung braucht es die Tarifvertragsparteien, die für die Pflegeberufe eine den Qualifikationen und der gesellschaftlichen Relevanz des Berufes entsprechende Vergütungsstruktur entwickeln. Die Kassen müssen in allen Bereichen der Pflege Vergütungsstrukturen schaffen, die qualifizierte Pflege leistbar macht.

Alle müssen sich bewusst machen, welche große Bedeutung kompetentes, motiviertes und leistungsgerecht bezahltes Pflegepersonal für die Qualität der Versorgung der Menschen in unserem Land hat und verantwortlich mit dieser Ressource umgehen.

Gefordert ist: Ganzer Einsatz für eine professionelle und menschenwürdige Pflege

In den kommenden Jahren wird der Bedarf an Pflegekräften in der Alten- und der Krankenpflege weiter steigen. Es ist eine gesellschaftliche Verpflichtung und zugleich eine dringende politische Aufgabe, eine menschenwürdige und qualitativ hochwertige Pflege sicherzustellen, auch für kommende Generationen.

Wir alle sind gefordert!

Um dieser Herausforderung zu begegnen, brauchen wir jetzt eine aktive Debatte über die Pflegesituation in Deutschland. Die Gesellschaft legt heute fest, wie sie morgen mit kranken, alten und schwachen Menschen umgehen möchte. Den Pflegenotstand zu beklagen und die Kostenseite zu bearbeiten, reicht nicht. Die Voraussetzung für eine echte Veränderung ist eine gesellschaftliche Neubewertung der Pflege und des Pflegeberufes. Es handelt sich deshalb nicht nur um eine volkswirtschaftliche, ökonomische oder gesundheitspolitische Diskussion, sondern es handelt sich um eine Diskussion unserer gemeinsamen Vorstellungen und Werte. Wir sind es, die festlegen müssen, wie viel uns eine qualitativ hochwertige Pflege und eine menschenwürdige Versorgung wert ist.

Aus unserer Sicht sind folgende Maßnahmen unabdingbar notwendig:

Pflege als lebenslange Karriere entwickeln!

Der Pflegeberuf darf nicht zur beruflichen Sackgasse mit „Burn-Out Garantie“ degradiert werden. Die Attraktivität der Pflegeberufe ist dringend zu erhöhen, um junge Menschen für diesen Beruf neu zu gewinnen und den Nachwuchs an dringend benötigtem, qualifiziertem Pflegepersonal auch in Zukunft sicher zu stellen. Imagekampagnen reichen hierfür nicht aus. Vielmehr ist es notwendig, die Rahmenbedingungen, in denen Pflege stattfindet und die Arbeitsorganisation selbst zu überdenken. Es müssen strukturelle Verbesserungen verfolgt und konsequent umgesetzt werden. Insbesondere ist dabei den Belastungen im Pflegealltag, dem ständig wachsenden Zeitdruck und der zunehmenden Bürokratisierung aktiv entgegenzutreten. Auch müssen Ausbildungskapazitäten sicher gestellt werden.

Gefordert ist ebenso eine leistungsgerechte Vergütung und eine höhere gesellschaftliche Anerkennung der Pflegeleistung. Eine attraktive und angemessene Vergütungsstruktur für die Pflegenden ist zu entwickeln. Die Erhöhung der Arbeitszeit ohne Lohnausgleich und der ständige Abbau tariflich garantierter Leistungen müssen gestoppt werden.

Darüber hinaus muss es möglich sein, sich innerhalb des Pflegeberufes zu entwickeln, Karriereschritte zu planen und den Beruf erfolgreich ein Leben lang auszuüben.

Dies schließt auch die Versorgungssicherheit im Ruhestand mit ein. Pflegeberufe gehören zu den Berufen mit einer berufsspezifischen Belastbarkeitsgrenze. Der hohen Belastung der Pflegenden durch Arbeitsverdichtung und Ökonomisierung der Arbeitsabläufe muss Rechnung getragen werden, indem eine berufsspezifische Altersgrenze eingeführt wird. Auch die Einführung von Altersteilzeit ist denkbar und muss ermöglicht werden.

Diese Maßnahmen erhöhen die Motivation der Pflegenden und die Verweildauer im Beruf. Sie sind erste notwendige Schritte zum Erhalt einer qualitativ hochwertigen Pflege.

Pflege ist Profession!

Pflege als Beruf unterliegt einem permanenten Wandel. Gefordert ist eine Anpassung an neue Gesundheitsleistungen und an einen veränderten Versorgungsbedarf. Die Verbreiterung des Wissens und der technologische Wandel begünstigt diese Entwicklung und erfordert eine zunehmende Spezialisierung der Pflege. Pflegenden stehen damit unter einem hohen Veränderungsdruck, zugleich eröffnen sich dadurch aber auch ganz neue Perspektiven und Handlungsfelder. Der Pflege muss Raum gegeben werden, und sie muss darin bestärkt werden, diese neuen Handlungsfelder konsequent für die Pflegepraxis zu erschließen.

Beratungstätigkeiten und die Entwicklung von Präventionskonzepten werden an Bedeutung gewinnen und können durch eine stärkere Vernetzung von Pflege und Public Health gefördert werden. Darüber hinaus werden Pflegenden zunehmend Managementaufgaben übernehmen, sei es bei der Entwicklung von Versorgungsketten und sozialen Netzwerken, der Koordination multiprofessioneller Teams, oder bei der Vernetzung von Strukturen des Gesundheits- und Sozialsystems.

Die Pflegenden müssen auf diese Ausweitung des Berufsbildes vorbereitet werden. Die neuen Handlungs- und Arbeitsfelder müssen für Pflegenden offen stehen, dies bereitet den Boden für gravierende und positive Veränderungen im Pflegesystem.

Qualitätsoffensive durch Fort- und Weiterbildung in der Pflege!

Neue Aufgaben und Veränderungen des Berufsfeldes erfordern umfassende Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen. Nur eine umfassende Qualifizierung der Pflegenden gewährleistet eine gute Vorbereitung auf die neuen Herausforderungen und stellt eine menschenwürdige und qualitativ hochwertige Pflege sicher. Dadurch werden spezifische Kompetenzen ausgebildet und die Qualität der Pflege erhöht. Der ständige fachliche Fortschritt macht Fort- und Weiterbildung zu einer unverzichtbaren Daueraufgabe und darf nicht länger durch eine Politik der Kostendämpfung eingeschränkt werden.

BUNDESKONFERENZ der PFLEGEORGANISATIONEN

**Arbeitsgemeinschaft
Deutscher
Schwesternverbände
und Pflegeorganisationen e. V. (ADS)**

Reinhäuser Landstraße 26
37083 Göttingen
Telefon 05 51 / 3 70 89 05
Telefax 05 51 / 3 70 89 06
E-Mail: info@ads-pflege.de
http://www.ADS-Pflege.de

**Caritas-Gemeinschaft für Pflege-
und Sozialberufe e.V.**

**Katholischer Berufsverband für
Pflegerberufe e.V.**

**Bund Deutscher Gemeinschafts-
Diakonissenmutterhäuser**

**Deutscher Gemeinschafts-
Diakonieverband GmbH**

**Evangelischer Fach- und Berufsverband
für Pflege e.V.**

**Kaiserswerther Verband deutscher
Diakonissenmutterhäuser e.V.**

Verband freikirchlicher Diakoniewerke

**Zehlendorfer Verband für Evangelische
Diakonie**

**Verband der Schwesternschaften vom
Deutschen Roten Kreuz e.V.**

**Vertretung aller Pflegeberufe
auf Länder- und Bundesebene
und international**

**Mitarbeit in nationalen und
internationalen Gremien**

Stellungnahmen zu

- **Bildung**
- **Arbeits- und
Rahmenbedingungen**
- **Gesetzesinitiativen**

**Beratung und rechtliche
Vertretung**

Fortbildung und Weiterbildung

Publikationen

**Deutscher Berufsverband
für Pflegeberufe**

Geisbergstraße 99
10777 Berlin
Telefon 0 30 / 21 91 57-0
Telefax 0 30 / 21 91 57-77
E-Mail: dbfkb@dbfkb.de
http://www.dbfkb.de

Landesverbände in:

Baden-Württemberg

Bayern

**Berlin-Brandenburg und Mecklenburg-
Vorpommern**

Bremen, Hamburg und Schleswig-Holstein

Hessen, Rheinland-Pfalz, Saarland

Mitteldeutschland

Nordwest

Korporative Mitglieder:

**D.V.E.T. (Fachverband für Stoma und
Inkontinenz) e.V.**

DVG Friedensauer Schwesternschaft

Freie Schwesternschaft Baden-Württemberg e.V.

ADS und DBfK sind Initiatoren und Trägerverbände des Deutschen Bildungsrates für Pflegeberufe

ADS und DBfK sind Gründungsmitglieder des Deutschen Pflegerates e. V. (DPR)