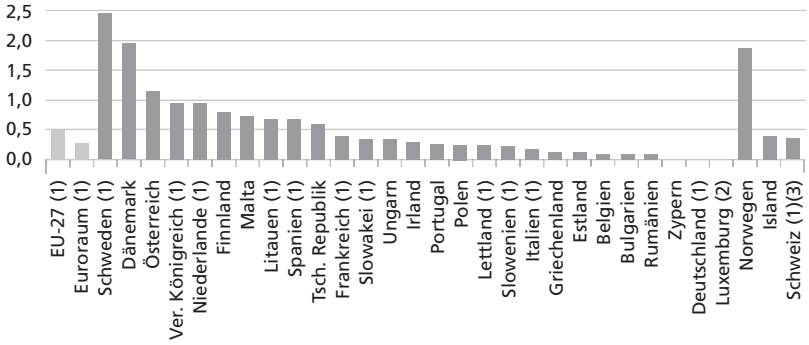
1 Einleitung

1.1 Der Kuchen und seine Stücke: Pflege zwischen Markt, Staat und Familie

Der Preis von Pflege

- *Pflege ist teuer.* Ein Heimplatz kostet aktuell in der Bundesrepublik Deutschland etwa 2.500 bis 4.500 €. Davon finanziert die Pflegeversicherung, je nach Pflegestufe, zwischen 1.064 und 1.612 €. Den Restbetrag müssen die pflegebedürftigen Menschen und teilweise auch deren Familien selbst aufbringen. Reicht das Geld nicht aus, werden Pflegeheimbewohner am Ende ihres Lebens unfreiwillig zu Sozialhilfeempfängern.
- *Pflege ist billig.* Der Anteil der Ausgaben für Pflege am Bruttoinlandsprodukt (BIP) liegt in Deutschland unterschiedlichen Statistiken zufolge zwischen 0,15 und 0,9 %. Der Pflegewissenschaftler Prof. Dr. Michael Isfort beziffert den Anteil der staatlichen Ausgaben für Pflege am BIP auf 0,2 %. In Schweden liegt dieser Anteil laut Isfort mit 2,0 % zehnmal darüber. Deutschland zählt im internationalen Vergleich zu den Ländern mit dem höchsten Anteil an 65-Jährigen und Älteren. Im Verhältnis dazu befinden sich die staatlichen Ausgaben für Pflege auf einem vergleichsweise sehr niedrigen Niveau, sodass Pflegewissenschaftler von einer Unterfinanzierung der Pflege sprechen. Abbildung 1 verdeutlicht den Zusammenhang im europäischen Vergleich.



(1) Vorläufig.
(2) Nicht verfügbar: Die Ausgaben wurden zusammen mit ähnlichen Leistungen unter der Funktion „Invalidität/Gebrechen" erfasst, da die Aufgliederung nach Alter und Invalidität nicht verfügbar war.
(3) 2008.

Abb. 1:
Anteil der Ausgaben für Altenpflege am Bruttoinlandsprodukt (BIP) der EU-Länder in den Jahren 2007 und 2008 (Quelle: Eurostat, Online-Datencode: spr_exp_fol)

© 2015 W. Kohlhammer, Stuttgart

Lebensqualität in Pflegeeinrichtungen ist eine Leistung der Heime. Doch wird man den Heimen nicht gerecht, wenn man die Lebensqualität pflegebedürftiger Menschen in Pflegeeinrichtungen ausschließlich am Outcome der Einrichtungen selbst festmacht. Heime als »Produzenten« von Lebensqualität produzieren diese unter bestimmten Bedingungen und Voraussetzungen, über die sie nicht selbst bestimmen. Sie handeln innerhalb eines festgelegten Rahmens. Diesen Rahmen gestaltet in der Bundesrepublik der Staat, indem er die Produktionsbedingungen und die Zuteilung finanzieller Ressourcen gesetzlich festlegt. Für ein umfassendes Verständnis von Lebensqualität in Pflegeheimen ist es daher unausweichlich, zunächst einen Blick auf den Rahmen zu werfen, innerhalb dessen Pflegeeinrichtungen Lebensqualität produzieren. Dabei ist es sinnvoll, zunächst die Frage nach der Aufgabenverteilung zwischen dem Sozialstaat, dem freien Markt und den Familien in den Blick zu nehmen. Und damit zunächst die Frage, weshalb der Staat überhaupt regulierend in die Erbringung von Pflegeleistungen eingreift?

Der vollkommene Markt

Adam Smith (1723–1790) gilt als Begründer der Nationalökonomie. Seiner Wirtschaftstheorie zufolge regulieren sich freie Märkte durch das Wirken von vier Prinzipien auf so vollkommene Weise selbst, dass als Ergebnis das größtmögliche Glück aller herauskommt. Diese vier Prinzipien sind:

- *Das Prinzip des freien, uneingeschränkten Tausches:* Märkte funktionieren am besten, wenn das Prinzip des freien Handels nicht durch staatliche oder sonstige Regulationen beschränkt wird.
- *Das Prinzip der vollkommenen Konkurrenz:* Der Wettbewerbsgedanke geht davon aus, dass im freien Spiel aus Angebot und Nachfrage zum Wohle aller Marktteilnehmer die beste Kombination aus Preis und Leistung einer Ware entsteht.
- *Das Prinzip des Eigennutzes:* Menschen streben nach ihrem eigenen Nutzen. Doch sie werden in ihrem Eigeninteresse gezwungen, für andere nützlich zu sein und somit die Gemeinschaft zu fördern.
- *Das Prinzip der unsichtbaren Hand:* Märkte regulieren sich vor dem Hintergrund der vorher genannten drei Prinzipien selbst. Der Markt zwingt Menschen nicht zu einem bestimmten Verhalten, legt aber zur Wahrung ihres Eigeninteresses ein bestimmtes Verhalten nahe. Wenn Ein Bäcker beispielsweise aus Eigennutz drei Euro für eine Brezel verlangt, werden die Käufer andere Bäcker aufsuchen, um ihren Appetit auf eine Brezel zu stillen.

Leider sind Märkte nicht vollkommen

Die Theorie von Adam Smith klingt zunächst überzeugend. Leider gibt es damit ein paar Probleme. Was bei einer Brezel im Prinzip funktioniert, wird bei Leistungen wie beispielsweise Bildung, Gesundheit oder der Absicherung privater Lebensrisiken schwierig. Warum ist das so? Menschen verhalten sich bei Kaufentscheidungen nicht immer rational. Vielleicht haben sie zu wenige Informationen oder sie verstehen komplexe Wirkungszusammenhänge nicht. Möglicherweise besteht auf Seiten der Ver-

© 2015 W. Kohlhammer, Stuttgart

käufer eine besondere Marktmacht, etwa bei Benzin. Oder Konsumenten sind in besonderer Weise abhängig und können keine souveränen Kaufentscheidungen treffen, etwa bei Gesundheits- und Pflegeleistungen.

Wenn bei Gütern die Gesetze des freien Marktes nicht ohne Weiteres funktionieren, greifen Staaten regulierend ein. Solche Güter werden meritorische Güter genannt. Meritorische Güter sind Güter, die ein Mensch unabhängig von seiner individuellen Leistung verdient. Die Einschätzung darüber, welche Güter als meritorisch gelten, unterscheidet sich innerhalb der Staaten sehr stark und kann sich im Laufe der Zeit verändern. Üblicherweise zählen Bildung, Kultur, Verkehrswege, Gesundheit und die Absicherung von Lebensrisiken zu den meritorischen Gütern und werden entweder direkt durch den Staat zur Verfügung gestellt oder staatlich finanziert oder subventioniert.

Hilf Dir selbst: Der liberale Wohlfahrtsstaat

Die Entscheidungen darüber, in welchem Ausmaß und in welchem Bereich der Staat regulierend in das Marktgeschehen eingreift, fallen sehr unterschiedlich aus. Der schwedische Wohlfahrtsforscher Gösta Esping-Andersen unterscheidet drei unterschiedliche Typen von Wohlfahrtsstaaten. Der liberale Wohlfahrtsstaat ist geprägt durch einen hohen Anteil privater Absicherung von Lebensrisiken und einen geringen Anteil sozialstaatlicher Leistungen. Sozialleistungen fallen in liberalen Wohlfahrtsstaaten eher gering aus und genießen ein geringes Ansehen. Der freie Markt soll durch seine ihm eigenen Kräfte die Wohlfahrt der Bürger befördern. Erst wenn der Markt scheitert, greift der Staat regulierend ein. Beispiele für ein solches liberales Wohlfahrtsmodell sind die USA, Kanada oder Australien.

»Vater Staat«: Der sozialdemokratische Wohlfahrtsstaat

Dem gegenüber steht der sozialdemokratische Wohlfahrtsstaat. Hier wird Gleichheit auf höchstem Niveau angestrebt. Wohlfahrtsstaatliche Leistungen begründen sich in diesem System auf den universellen Bürgerrechten und nicht auf einem Leistungsanspruch aus einem Sozialversicherungsverhältnis, wie es beispielsweise in der Bundesrepublik der Fall ist. Zudem wird die Unabhängigkeit des Einzelnen von der Familie gefördert. Soziale Leistungen werden nicht in erster Linie an die Familie übertragen, sondern als soziale Dienste öffentlich angeboten. Dies betrifft beispielsweise die Kinderbetreuung und die Pflege und Betreuung Pflegebedürftiger. Für Frauen bedeutet dies, dass sie sich eher für eine Vollerwerbstätigkeit entscheiden können. Frauen profitieren zudem davon, dass der sozialdemokratische Wohlfahrtsstaat zur Erreichung der Vollbeschäftigung ein umfassendes Netz sozialer Einrichtungen mit einem hohen Professionalisierungsgrad vorhält, das einerseits die Betreuungs- und Sorgeaufgaben erfüllt, die sonst der Frau zufallen würden, und das andererseits Arbeitsplätze innerhalb eines professionellen Dienstleistungssektors bietet. Beispiele für den sozialdemokratischen Wohlfahrtsstaat sind die nordeuropäischen Länder, besonders Schweden.

Die Familie macht's: Der konservative Wohlfahrtsstaat

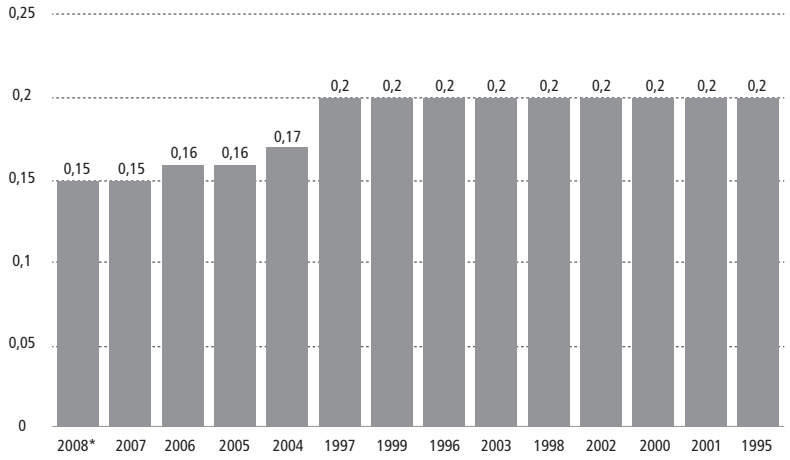
Den dritten Typus von Wohlfahrtsstaat repräsentiert die Bundesrepublik. Das sogenannte konservative Wohlfahrtsmodell stellt in gewisser Weise einen Mittelweg zwischen den beiden anderen Wohlfahrtstypen dar. Das konservative Modell setzt auf das Subsidiaritätsprinzip. Dies bedeutet konkret, dass der Staat in erster Linie auf das »Solidarsystem Familie« setzt

© 2015 W. Kohlhammer, Stuttgart

und erst in zweiter Instanz auf gesamtgesellschaftliche Solidarität. Dies funktioniert jedoch nur bei einer konservativen Arbeitsteilung der Familien: Der Mann ernährt als Hauptverdiener die Familie, während die Frau unentgeltlich die familiären Fürsorgeaufgaben übernimmt. Hier wird der enge Zusammenhang zwischen Familienpolitik und Sozialpolitik deutlich: Das Ehegattensplitting und die Ungleichverteilung der Einkommen von Männern und Frauen sowie der mehr als zögerliche Ausbau einer flächendeckenden Kinderbetreuung in Deutschland festigen die konservative Arbeitsteilung. Mit Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 wurde der Vorrang der häuslichen vor der institutionellen Pflege gesetzlich untermauert, das heißt, die Aufgabe der Pflege wurde explizit in der Familie, sprich: bei der Frau verankert.

Ziel der konservativen Wohlfahrtspolitik ist es, so die Politikwissenschaftlerin Cornelia Heintze, die Kosten für die Pflege möglichst gering zu halten. Tatsächlich sind die staatlichen Ausgaben für Pflege seit Einführung der Pflegeversicherung gesunken, wie die Statistik in Abbildung 2 zeigt.

Abb. 2: Entwicklung des Anteils der Ausgaben für Altenpflege am BIP in Deutschland (Quelle: statista)



Merkmale des konservativen Wohlfahrtsmodells

Der konservative Wohlfahrtsstaat ist durch einige besondere Merkmale gekennzeichnet. Dies wird am Modell der Pflegeversicherung gut deutlich:

- Der Vorrang von informeller vor professioneller Pflege ist im Grundsatz »ambulant vor stationär« gesetzlich verankert. Das Pflegegeld soll einen finanziellen Anreiz für innerfamiliäre Pflegearbeit setzen.
- Der Pflegebedürftigkeitsbegriff in der Pflegeversicherung ist eng definiert, sodass längst nicht jeder Hilfebedarf, den eine Person aufweist, zu einem Anspruch aus der Pflegeversicherung führt.
- Der Katalog der Pflegesachleistungen ist stark begrenzt und verrichtungsorientiert. Zudem sind die Leistungen der Pflegeversicherung bud-

© 2015 W. Kohlhammer, Stuttgart

getiert, sodass sie in der Regel zur Finanzierung einer umfassenden professionellen Pflege nicht ausreichen.
- Aus dem eng definierten Pflegebedürftigkeitsbegriff und dem verrichtungsbezogenen Pflegeleistungskatalog lässt sich keine Begründung für eine professionelle Pflege ableiten. Sowohl pflegenden Angehörigen als auch ausgebildeten Pflegepersonen fällt es schwer zu definieren, was professionelle Pflege von Laienpflege unterscheidet, tun doch beide Parteien, abgesehen von Maßnahmen der Behandlungspflege, scheinbar dasselbe.
- Für pflegerische Laien ist die zersplitterte Anbieterstruktur aus gemeinnützigen, privat-gewerblichen und öffentlichen Anbietern schwer zu überblicken, sodass es immer wieder zu Versorgungslücken kommt.
- Es gibt eine starke Tendenz hin zu einem »grauen Pflegemarkt«, in dem zumeist osteuropäische Frauen ohne hinreichende Qualifikation oder Sprachkenntnisse unter teils unwürdigen Bedingungen und im teilweise rechtsfreien Raum Pflege und Betreuungsdienste erbringen.

1.2 Alles inklusive: Die Finanzierung stationärer Pflege

Zusammensetzung von Heimkosten

Es ist nicht leicht zu glauben, dass die stationäre Pflege eine ökonomisch besonders günstige Versorgungsform darstellt, wenn man sich die Preise der Heime vor Augen führt. Ein Pflegeplatz kostet in der Bundesrepublik je nach Pflegestufe etwa 2.500 bis 4.500 €. Die Kosten setzen sich zusammen aus …

- … dem Entgelt für die Pflege: Dieses umfasst alle Pflegeleistungen aus dem Bereich der Grundpflege. Ebenfalls darin enthalten sind Leistungen der Behandlungspflege, die in Pflegeeinrichtungen nicht gesondert bei der Krankenkasse geltend gemacht werden dürfen, sowie Leistungen der Sozialen Betreuung, die nicht unter den § 87 B fallen.
- … den Kosten für Unterkunft und Versorgung: Hierunter fallen Kosten für Einkauf und Zubereitung der Mahlzeiten sowie Getränke, Unterkunft, Reinigung und Instandhaltung.
- … Investitionskosten: bestehen aus Kosten für Bau, Renovierung und Umbauten.

Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung, Investitionen und Zusatzleistungen trägt der Pflegebedürftige selbst. Hierbei ist jedoch zu bedenken, dass Kosten für Essen und Miete auch dann anfallen, wenn ein pflegebedürftiger Mensch zu Hause lebt. Eine kleine Rechnung stellt dar, was angesichts der hohen totalen Beträge, die ein Heimplatz kostet, mit günstig

© 2015 W. Kohlhammer, Stuttgart

gemeint ist. Die Entgelte für stationäre Pflege, also der Beitrag der Pflegeversicherung, sind in Tabelle 1 aufgeführt.

Tab. 1: Pflegesätze stationär

	im Monat (30 Tage)	pro Tag
Pflegestufe 1	1.064 €	35,47 €
Pflegestufe 2	1.330 €	44,33 €
Pflegestufe 3	1.612 €	53,73 €

Der Tagessatz enthält alle pflegerischen Maßnahmen, die in 24 Stunden an einem Heimbewohner geleistet werden. Zum Vergleich: Eine große Toilette durch eine Pflegefachkraft kostet als ambulante Leistung etwa 24 €, eine kleine Toilette etwa 16 €, Hilfe bei Ausscheidungen etwa 10 €, Lagerung und Mobilisation jeweils 5 €, Hilfe bei der Nahrungsaufnahme etwa 16 €.

Die jeweilige Pflegestufe, die eine pflegebedürftige Person erhält, errechnet sich aus den Zeiten, die für hauswirtschaftliche Verrichtungen und die sogenannte Grundpflege notwendig sind.

- In der Pflegestufe 1 sind dies mindestens 90 Minuten, dabei müssen mindestens 45 Minuten auf die Grundpflege entfallen.
- In der Pflegestufe 2 sind es mindestens 180 Minuten, dabei müssen mindestens 120 Minuten auf die Grundpflege entfallen.
- In der Pflegestufe 3 sind es mindestens 300 Minuten, wobei mindestens 240 Minuten auf die Grundpflege entfallen müssen.

Pflege im Heim ist vergleichsweise billig

Um unsere Rechnung fortzusetzen: Eine alte Dame in der Pflegestufe 1 nimmt jeden Morgen eine große Toilette durch einen ambulanten Pflegedienst in Anspruch. Die Kosten für die Pflege belaufen sich auf *24 € täglich und 720 € monatlich*. Der Zustand der alten Dame verschlechtert sich. Sie benötigt nun auch abends eine kleine Toilette und zweimal täglich Hilfe bei den Ausscheidungen. Nun belaufen sich die Kosten für die ambulante Pflege auf *60 € täglich und 1.800 € monatlich*. Obwohl dieser Hilfeumfang noch gut mit der Pflegestufe 1 zu vereinbaren ist, sind an diesem Punkt bereits die Kosten für die stationären Pflegesätze in der Stufe 3 überschritten.

In diese Beispielrechnung sind Fahrtpauschalen, Investitionskosten, Ausbildungspauschale und Wochenendzuschläge, die ambulante Dienste berechnen, noch nicht eingerechnet. Zudem hat unsere alte Dame ihre Miete, einschließlich Energiekosten und die Kosten für Lebensmittel zu tragen und sie ist nicht rund um die Uhr versorgt. Würde sie ein Hausnotrufsystem beanspruchen, kämen noch monatliche Kosten zwischen 60 und 70 € hinzu; wenn sie den Notruf betätigt, eine Pauschale von jeweils etwa 40 €. Was ich damit ausdrücken möchte: Pflege ist immer mit hohen Kosten verbunden. Der Vergleich macht deutlich, dass stationäre Versor-

© 2015 W. Kohlhammer, Stuttgart

gung ab einem gewissen Pflege- und Betreuungsbedarf die billigste Versorgungsform darstellt.

Eine weitere Rechnung verdeutlicht, dass Pflege im Heim wesentlich geringer vergütet wird als im ambulanten Bereich (▶ **Tab. 2**). Zu diesem Zweck werden die Vergütungen für Pflege auf Stunden umgerechnet.

Tab. 2: Stundenpreise stationäre Pflege

Pflegestufe	Zeitlicher Anspruch	Euro/Tag	Stundenwert
1	45 Minuten 119 Minuten	34,1 €	34,1 € 21,3 €
2	120 Minuten 239 Minuten	42,7 €	21,3 € 12,9 €
3	ab 240 Minuten	51,7 €	12,9 €

Zum Vergleich: Eine große Toilette im ambulanten Dienst durch eine Fachkraft kostet etwa 24 € und dauert 25 Minuten. Hochgerechnet auf eine Stunde ergibt dies einen Wert von rund 50 €. Bei einer Hilfskraft sind es immer noch rund 33 €.

Interessant ist zudem, dass sich die Vergütung pflegerischer Leistungen nicht nur deutlich von der im ambulanten Bereich abhebt. Sie variiert auch innerhalb der Pflegestufen. Die Pflegeminuten der drei Pflegestufen stehen im Verhältnis: *1 zu 2,6 zu 2*. Die Vergütung der Pflegestufen steht im folgenden Verhältnis: *1 zu 1,25 zu 1,21*. Die Gesundheitsökonomen Güntert und Thiele bemerken hierzu in ihrem Aufsatz »Gibt es eine Unterfinanzierung der Pflege?« (vgl. Bauer und Büscher 2008), dass für den Bereich der Pflegeversicherung offenbar nicht die Aussage gelte, dass Geld der Leistung folge, sondern dass zwischen der Leistung, dem Pflegeaufwand und der finanziellen Abgeltung eine erhebliche Lücke klaffe.

1.3 Die Geburt der Pflege aus dem Geist des konservativen Wohlfahrtsmodells

Die Pflegeversicherung verspricht pflegebedürftigen Personen, die einen Anspruch auf Pflegeleistungen haben, eine qualitativ hochwertige Pflege auf dem Stand der aktuellen pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse. Pflegeeinrichtungen verpflichten sich zur Erbringung dieser wissenschaftlich begründeten, professionellen Pflege, wenn sie einen Versorgungsvertrag mit den Pflegekassen abschließen. Doch was ist professionelle, wissenschaftlich begründete Pflege und welche Handlungen umfasst sie? In der Öffentlichkeit und auch innerhalb unserer Berufsgruppe wird Pflege oft als das ver-

© 2015 W. Kohlhammer, Stuttgart

standen, was Pflegepersonen an der pflegebedürftigen Person unmittelbar »tun«. Altenpflegerinnen und -pfleger waschen pflegebedürftige Personen, sie bringen sie zur Toilette und unterstützen sie beim Essen und Trinken. Dieser verrichtungsorientierte Blick auf Pflege resultiert aus dem eng gefassten Pflegebedürftigkeitsbegriff der Pflegeversicherung. Pflegebedürftig sind demnach

Der Pflegebedürftigkeitsbegriff ist eng gefasst

> »Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höheren Maße« der Hilfe bedürfen.

Der enge und verrichtungsorientierte Pflegebegriff führt bei pflegebedürftigen Personen zu Versorgungslücken, da er sich nicht am Bedarf der pflegebedürftigen Person orientiert, sondern an einem Katalog budgetierter Leistungen. Solche Leistungen, die nicht in diesem Leistungskatalog verankert sind, werden nicht vergütet. Dies sind beispielsweise:

Viele pflegerischen Leistungen werden nicht vergütet

- fallbezogene Informationssammlung
- Planung des pflegerischen Angebots gemeinsam mit der betroffenen Person und ggf. deren Angehörigen
- komplexes Krankheitsmanagement insbesondere chronischer Erkrankungen
- Beratung zu gesundheitlichen, versorgungsorganisatorischen und pflegerischen Fragestellungen
- Unterstützung in der Bewältigung von Krankheit und Pflegebedürftigkeit
- fallbezogene Koordination des gesamten pflegerischen, therapeutischen und medizinischen Versorgungsmanagements
- Krisenintervention und Sterbebegleitung
- die Durchführung fallbezogener und bedarfsgerechter Maßnahmen aus dem Bereich der Grundpflege (Auch »waschen« kann nicht jeder, was schnell deutlich wird, wenn man bedenkt, welch unterschiedliche Herangehensweisen etwa die Körperpflege einer demenzkranken Person im Vergleich zu einer Person mit den Folgen eines Schlaganfalls erfordert)
- die Erfolgskontrolle der durchgeführten Pflege

Für diese Angebote besteht jedoch auf Seiten der pflegebedürftigen Personen ein hoher Bedarf. Im hohen Lebensalter sind die Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit, das Vorhandensein einer Pflegebedürftigkeit und das Leben in einer Pflegeeinrichtung relativ sichere Vorhersagefaktoren für die subjektive Lebensqualität. Der Verlust der Gesundheit, der Selbständigkeit und die Übersiedlung in eine Pflegeeinrichtung wirken sich mit hoher Wahrscheinlichkeit negativ auf das Wohlbefinden einer Person aus. Ein Einzug ins Heim bedeutet immer den völligen Verlust des gewohnten Lebensalltags, und er resultiert fast immer daraus, dass die Person ihren Alltag in der eigenen Häuslichkeit nicht mehr bewältigen konnte. Menschen, die in eine Pflegeeinrichtung einziehen, befinden sich in aller Regel an einem

© 2015 W. Kohlhammer, Stuttgart

fortgeschrittenen Entwicklungspunkt einer oder mehrerer chronischer Krankheiten, in deren Verlauf sie Alltagskompetenzen und die Fähigkeit zur Selbstversorgung verloren haben. Das bedeutet, dass sich pflegerische Maßnahmen nicht im luftleeren Raum abspielen, sondern immer im engen Kontext einer gesundheitlichen Gesamtsituation und deren Verarbeitung durch die Person gesehen werden müssen.

Pflege ist mehr als »Waschen«

Es geht in der professionellen Pflege demnach nicht darum, eine pflegebedürftige Person jeden Morgen von Kopf bis Fuß zu waschen, weil sie sich selbst vermeintlich oder tatsächlich nicht mehr waschen kann, so wie es der Leistungskatalog der Pflegeversicherung vorsieht. Es geht vielmehr darum, gemeinsam mit der betreffenden Person herauszufinden, auf welche Weise ihre gesundheitliche Situation ihr Leben, ihr Wohlbefinden und ihre Alltagsbewältigung beeinflusst und welche Ziele und welches pflegerische Angebot daraus mit und für sie abgeleitet werden können. Professionelle Pflege orientiert sich nicht an Verrichtungen, sondern an Personen, ihren Bedürfnissen und ihrem pflegerischen Bedarf. Sie sollte zudem theoriegeleitet und wissenschaftlich fundiert sein. Die Pflegeversicherung verspricht und fordert solch eine professionelle Pflege, vergütet jedoch nur Verrichtungen.

Seit dem späten Beginn der Verwissenschaftlichung von Pflege in der Bundesrepublik sind Pflegende zudem mit einem enormen Wissenszuwachs konfrontiert. Das Pflegewissen veraltet inzwischen innerhalb eines Zeitraums von drei bis fünf Jahren. Stetig kommt neues Wissen aus neuen Gebieten hinzu. Die Entwicklung von Expertenstandards ist hierfür nur ein prominentes Beispiel. Neben diesem Expertenwissen müssen professionell Pflegende über ein Repertoire an fachpraktischen Kompetenzen verfügen, das therapeutische Konzepte, wie Kinästhetik oder Bobath, enthält. Überdies müssen sie in der Lage sein, sowohl ihr Wissen als auch ihre Kompetenzen auf die spezielle Bedürfnis- und Bedarfslage einer Person hin anzuwenden.

Zusammengefasst werden pflegerische Leistungen auf hohem professionellem Niveau von der Pflegeversicherung eingefordert und deren Umsetzung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen in jährlichen Qualitätsprüfungen kontrolliert. Um nur ein Beispiel zu nennen: Seit Einführung des sogenannten Pflegeweiterentwicklungsgesetzes sind Pflegeeinrichtungen gehalten, sechs Expertenstandards umzusetzen. Diese Maßnahmen sind mit einem immensen Aufwand an Bildung, Organisation und Zeit verbunden. In der Vergütung stationärer Pflege wird keine dieser zentralen Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung berücksichtigt. Die Pflegekräfte in den Einrichtungen versuchen dem professionellen Anspruch nachzukommen, so gut es vor dem wirtschaftlichen Hintergrund und einer im europäischen Vergleich prekären Ausbildung im Bereich Altenpflege eben geht. In der Praxis führt dies zu der bekannten Arbeitsverdichtung und deren auf breiter Basis diskutierten Folgen für die Attraktivität des Pflegeberufs.

© 2015 W. Kohlhammer, Stuttgart

1.4 Fazit

Stellen Sie sich vor, die Bundesregierung beschlösse, die Preise für Neuwagen auf einem Niveau von 50 % der tatsächlichen bisherigen Preise zu deckeln. Leistungen zur Forschung und Entwicklung neuer Modelle und zur Qualitätssicherung sowie zur Organisation und Planung der Produktion dürften dabei in der Preisgestaltung nicht mehr berücksichtigt werden. Der Beruf des Mechatronikers wäre deutlich schlechter bezahlt als heute. Aufgrund der zunehmenden Arbeitsverdichtung und der geringeren Bezahlung würde der Beruf an Attraktivität verlieren, und die Automobilhersteller wären gezwungen, zunehmend auf geringqualifizierte Kräfte zurückzugreifen, damit die Produktion aufrechterhalten werden kann. Dazu müsste die Produktionskette so wie früher strikt entlang des tayloristischen Modells gestaltet werden. Die Fabrikarbeiter würden, so wie Charly Chaplin in dem Film »Moderne Zeiten«, am Band stehen und immer die gleiche Verrichtung durchführen. Trotz der vereinfachten Arbeitsschritte käme es immer wieder zu Produktionsmängeln und Rückrufaktionen. Das Vertrauen der Bürger in die Automobilindustrie und deren Ansehen in der Gesellschaft würden stark sinken. Aus diesem Grund würde das Verbraucherministerium Qualitätskontrollen mit einem »transparenten« Bewertungssystem nach Noten einführen. Zur Beruhigung der »Verbraucher« würde jedoch niemals eine Bewertung vergeben, die schlechter ist als eine 2,0. Eine völlig absurde Vorstellung. Aber leider nur in der Automobilindustrie.

Für die meisten Pflegenden zeigt sich die Realität von Pflege als das, was sie täglich in ihrer Arbeit erfahren. Neben den vielen bereichernden Erlebnissen, die Pflege zu einem schönen und erfüllenden Beruf machen, ist dies das Erleben von Arbeitsverdichtung, Zeitdruck und dem Gefühl, den Anforderungen, die die pflegebedürftigen Menschen an sie stellen, nur sehr begrenzt gerecht werden zu können. Diese Realität scheint einer gewissen Naturgesetzlichkeit zu folgen. Ein Blick auf die Faktoren und Bedingungen, innerhalb derer Pflege geleistet wird, macht deutlich, dass diese Realität etwas Geschaffenes ist und auf Entscheidungen beruht. Diese Entscheidungen könnten auch ganz anders getroffen werden. Ein Lösungsansatz für die Probleme, vor denen Pflege steht, liegt in der Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, der bereits seit Jahren vorliegt und dessen Erprobung im Jahr 2008 erfolgreich abgeschlossen wurde. Pflegebedürftig sind demnach Menschen,

> *»deren Selbständigkeit bei Aktivitäten im Lebensalltag, beim Umgang mit Krankheiten oder bei der Gestaltung wichtiger Lebensbereiche aus gesundheitlichen Gründen dauerhaft oder vorübergehend beeinträchtigt ist.«*

Ab 2017 soll der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff nun endlich umgesetzt werden. Dies könnte weitreichende Folgen für pflegebedürftige Personen und die Pflege haben. Die Begutachtung von Pflegebedürftigkeit orientiert sich dann nicht mehr rein am funktionalen Status einer Person, sondern

© 2015 W. Kohlhammer, Stuttgart