

WHITE PAPER FÜR EINE ZUKUNFTSFÄHIGE PFLEGE

Impulse für einen Masterplan Pflege in Deutschland

In der Situation der Pflegeberufe muss etwas passieren –
und zwar jetzt!

In unserem
Land
besteht der
dringende
Bedarf eines
nationalen
Masterplans
für die Pflege.

Ausgangssituation

Durch die Covid-19-Pandemie wurde allen BürgerInnen vor Augen geführt, wie wichtig die Pflegenden sind ...

... und wie sehr dieser Beruf einerseits durch Empathie mit hilfsbedürftigen Menschen und andererseits durch ein Engagement bis über die Belastungsgrenze definiert ist. Aber nicht erst in der Pandemie wurde bekannt, dass aufgrund der Zunahme älterer und pflegebedürftiger Menschen in unserer Gesellschaft bereits jetzt eine gravierende Lücke zwischen dem steigenden Bedarf und der Anzahl von Menschen besteht, die bereit sind, einen Pflegeberuf zu ihrem professionellen Lebensinhalt zu machen.

Schätzungen gehen derzeit davon aus, dass in Deutschland schon jetzt 100.000 Pflegefachpersonen fehlen und dass sich dieses Defizit in den nächsten fünf Jahren nahezu verdoppeln wird. Diese Entwicklung mündet in einer gefährlichen Abwärtsspirale, die das Potenzial hat, zu einer weiteren Spaltung in unserer Gesellschaft beizutragen. Daher muss jetzt mit Dringlichkeit ein Prozess in Gang gesetzt werden, der die Situation kurzfristig konsolidiert und gleichzeitig mittel- und langfristige Ziele und Maßnahmen definiert, die in der Lage sind, eine weitere Verschlechterung der Situation abzuwenden.

Was sind die Gründe für den Mangel an Pflegefachpersonen?

» Die Gründe sind vielfältig und umfassen gesamtgesellschaftliche Entwicklungen, den ökonomischen Druck und die hierarchischen Strukturen im Gesundheitswesen, die Vernachlässigung der Weiterentwicklung, der Aus- und Weiterbildung in den Pflegeberufen sowie die nicht ausreichende Vergütung vieler Pflegepersonen.



Gründe 1 | gesellschaftlich

Gesamtgesellschaftliche Faktoren, die den Mangel an Pflegefachpersonen begünstigen

Nicht nur im Gesundheitswesen, sondern auch in anderen Bereichen unserer Gesellschaft registrieren wir eine Entwicklung, die durch eine starke Fokussierung auf das persönliche Wohlergehen und die Selbstoptimierung charakterisiert ist und die das Gemeinwohl nur in Krisenzeiten und dann auch nur vorübergehend in den Blick nimmt. Daher gibt es nicht nur einen Fachkräftemangel in den Pflegeberufen, sondern auch in anderen Gesundheitsberufen, bei ErzieherInnen, bei LehrerInnen und in der sozialen Arbeit.

Bemerkenswert ist dabei, dass diese Berufe bislang überwiegend von Frauen ausgeübt werden. So ist die jetzige Situation auch Ausdruck der in Deutschland seit Jahrzehnten im Vergleich zu anderen Ländern, z.B. Skandinavien, nicht ausreichenden Gleichstellung von Frauen. Die Haltung in unserer Gesellschaft, dass Fürsorge und Bildung vornehmlich private und allenfalls karitative Aufgaben sind, hat in eine Sackgasse geführt, obwohl es in Deutschland zahlreiche Regelungen gibt, die den grundsätzlichen Zugang zu den Leistungen des Gesundheits- und Bildungssystems unabhängig von individuellen monetären Möglichkeiten oder vom Bildungsstand garantieren.

Bislang hatte es keine politische Priorität, dies auch in Quantität und Qualität sicherzustellen. De facto ist aufgrund der fehlenden Fachkräfte und der daraus resultierenden Arbeitsbelastung schleichend auch ein Qualitätsdefizit entstanden. Die Öffnung der Pflege für wenig qualifizierte Kräfte, um Leistungen weiter vorhalten zu können, verschlechtert die Qualität und trägt zur Frustration der gut ausgebildeten Fachkräfte bei, die sich für die Erbringung von hoher Qualität verantwortlich fühlen. Menschen, die es sich leisten können, ergreifen daher zunehmend die Initiative und organisieren die eigene Pflege oder die von Familienangehörigen außerhalb des Gesundheitssystems mit einem zum Teil erheblichen finanziellen Aufwand.

Analog zeichnet sich in der Bildung ein Trend zu privaten Trägern von Kindertagesstätten, Schulen und Hochschulen ab. Da Bildung und Gesundheit jedoch tragende Säulen unseres Wohlstands sind, müssen diese Bereiche viel stärker in den Blick genommen werden, um allgemeinen Wohlstand zu ermöglichen. Den BürgerInnen muss klar werden, dass Wohlstand mit einem Kollateralschaden der mangelnden Fürsorge und Bildung für viele kein Wohlstand ist und die Gesellschaft weiter auseinanderdriften lässt.

Ökonomischer Druck im Gesundheitswesen

Das deutsche Gesundheitssystem hat sich in der Pandemie hinsichtlich der vorgehaltenen Infrastruktur im Bereich der Akut- und Intensivmedizin als grundsätzlich leistungsfähig erwiesen. Bestehende Mängel wurden aber in den Bereichen der personellen Ressourcen der Pflege, der digitalen Infrastruktur und im öffentlichen Gesundheitswesen mehr als deutlich.

In allen drei Bereichen waren in den vorausgegangenen Jahren nicht die notwendigen finanziellen Ressourcen bereitgestellt worden, und es war sogar ein Abbau von Ressourcen erfolgt. Der Grund ist die vorhandene Unterfinanzierung des Gesundheitssystems in vielen Bereichen. Ein jahrzehntelang andauernder Mangel an ausreichenden Investitionen der Länder und Kommunen in die bauliche, medizintechnische und digitale Infrastruktur von Kliniken im sogenannten „dualen“ Finanzierungssystem, dessen grundsätzliche Effektivität in Frage gestellt werden muss, hat dazu geführt, dass die Träger im Bereich der Personalkosten weitgehende Einsparungen vorgenommen haben.

Nicht bedarfsgerechte Planungen und eine ungleiche Verteilung der Ressourcen führten schließlich dazu, dass vorhandene, insbesondere auch intensivmedizinische Kapazitäten bis heute nicht vollständig genutzt werden können.

Aus einer großen Zahl an Krankenhäusern resultiert im Vergleich zu anderen Ländern keine Verbesserung der Mortalität und Morbidität, so dass eine andere Strukturierung der stationären Versorgung sinnvoll erscheint. Darüber hinaus kam es zu falschen Anreizen im Leistungsangebot, wodurch Leistungen gefördert wurden, die einen hohen Deckungsbeitrag erzielen lassen.

Die Pflege von PatientInnen mit einem hohen Personalbedarf ohne entsprechend lukrative, apparative oder medizinische Leistungen wurden von der Akutmedizin der Kliniken in den Reha- bzw. Pflegeheimsektor verschoben. Andererseits stieg der medizinische und pflegerische Versorgungsbedarf, da durch die Errungenschaften der modernen Medizin insbesondere hochbetagte PatientInnen akute Erkrankungen zunehmend überleben, aber dauerhaft einen höheren Bedarf an medizinischer und pflegerischer Versorgung haben.

Diese neuen Bedarfe sind entstanden, ohne dass ausreichend Zeit bestand, die Pflegepersonen in den Reha- und Pflegeeinrichtungen entsprechend aus- und weiterzubilden sowie die Personalschlüssel an den erhöhten Aufwand anzupassen.

DADURCH HAT SICH DIE SITUATION FÜR DIE PFLEGEFACHPERSONEN IN ZWEIFACHER HINSICHT VERSCHÄRFT:

- 1. In den Kliniken wurde die Arbeit der Pflege durch die zunehmenden medizinischen und apparativen Interventionen auch auf den sogenannten „Normalstationen“ verdichtet. Gleichzeitig gibt es einen hohen Dokumentationsaufwand aufgrund einer mangelhaften digitalen Infrastruktur. Diese Entwicklungen bewirken, dass Pflegefachpersonen vorzeitig ihren Beruf verlassen, da für die originären Pfl egetätigkeiten für die PatientInnen die Zeit fehlt und die Sicherung der Qualität nicht möglich ist, was bis zur Gefährdung von Menschenleben führt.*
- 2. Im Reha -und Pflegeheimsektor führt die mangelnde Qualifikation für die anstehenden Aufgaben sowie der fehlende Nachwuchs zu erheblichen quantitativen und qualitativen Lücken. In einem zunehmend kommerzialisierten Bereich wird die Belastung dadurch so groß, dass auch hier Pflegend e ihren Beruf aufgeben.*

Gründe 3 | strukturell

Hierarchische Strukturen im Gesundheitssystem

Die Kultur im deutschen Gesundheitssystem, insbesondere im stationären Bereich, ist geprägt durch weiterhin sehr stark hierarchisch orientierte Strukturen zwischen und innerhalb der Berufsgruppen. Die Pflegeberufe werden von der Ärzteschaft, aber auch von Trägern, weitgehend als untergeordnet wahrgenommen, was auch an der Governance von Kliniken ablesbar ist. So ist z.B. in der Universitätsmedizin die Pflege zwar an den meisten Standorten durch einen Pflegedirektor – seltener durch eine Pflegedirektorin – im Vorstand vertreten, aber in einigen Vorständen ist dies bis heute nicht der Fall.

Historisch betrachtet wurde sehr lange das Konzept gelebt, dass die Ärzte und Ärztinnen in Personalfragen über die Pflege und fachlich auch über deren Aufgaben entschieden. Auch das Selbstverständnis der Pflege war über sehr lange Zeit dadurch geprägt. Zwar hat sich dies in den letzten 20 Jahren gewandelt, und das Selbstverständnis und das Selbstbewusstsein der Pflegenden sind heute anders, aber es hat sich bislang nicht in Strukturen und auch an vielen Orten noch nicht in die gelebte Praxis übersetzt. Große Kliniken haben inzwischen richtigerweise einen qualifizierten Personalvorstand, da für die komplexen Aufgaben des Personalmanagements und der Personalentwicklung bei den vielen unterschiedlichen Berufsgruppen eine breite Expertise erforderlich ist. Dennoch muss auch die Pflegeleitung im Vorstand vertreten sein, damit die Qualität der Pflege, die ein wesentlicher Faktor für den Erfolg der Behandlung von PatientInnen ist, fachlich angemessen vertreten wird.

Auch die schleppende Einführung von berufsständischer Vertretung durch Pflegekammern bzw. deren Zurücknahme zeigt, dass es nicht als selbstverständlich angesehen wird, dass die Pflege ihre eigenen Interessen wahrnimmt.

Dabei ist es inhaltlich zwingend notwendig, dass in Teams unterschiedlicher Berufsgruppen multiprofessionell „auf Augenhöhe“ agiert wird. Dies ist besonders ausgeprägt in der Akut- und Intensivmedizin, wird aber auch in der Primärversorgung immer wichtiger.

Es würde die Attraktivität der Pflegeberufe signifikant verbessern, wenn eine Kultur des Teamworks deutlicher und faktischer gelebt würde und diese Kultur auch in der Darstellung nach außen eine höhere Sichtbarkeit bekäme. Daher ist es zu begrüßen, dass in der Novelle der Approbationsordnung für Ärztinnen und Ärzte die interprofessionelle Ausbildung als ein Bestandteil adressiert wird.

Ein anderes ernstzunehmendes Problem ist die Tatsache, dass in den Pflegeberufen mehr als 80 Prozent der Beschäftigten Frauen sind, während die Leitungsebene in der Ärzteschaft weiterhin überwiegend männlich besetzt ist. Hierbei ist das Prinzip des „unconscious bias“ ein entscheidender Faktor. Er bewirkt, dass Frauen diese Führungspositionen nicht zugetraut und ihnen untergeordnete Rollen zugewiesen werden.

Die heutigen Generationen von Frauen in der Berufswelt entziehen sich aber zunehmend einer „dienenden“ Arbeit, die als quasi naturgegebene Rolle eingefordert wird und die daher keine angemessene Wertschätzung und Respekt erfährt. Mit dieser Sichtweise wird zudem verkannt, dass der „emotionale“ Teil der Pflegearbeit eine adäquate Bildung und eine kontinuierlich angemessene, professionelle Personalentwicklung braucht. Außerdem bestehen aufgrund dieser Situation auch vielschichtige Abhängigkeitsverhältnisse, die dazu beitragen, dass der Pflegeberuf als nicht attraktiv und belastend angesehen wird.

Gründe 4 | Ausbildung

Vernachlässigung der Verbesserung der Aus- und Weiterbildung

Das Pflegeberufereformgesetz (PflBG) wurde 2017 nach längerer Debatte verabschiedet und trat am 1.1.2020 in Kraft. Es beinhaltet den Fortbestand einer beruflichen Pflegeausbildung mit fünf gleichwertigen Vertiefungseinsätzen in der praktischen Ausbildung und sieht keine akademische Grundausbildung vor. Eine akademische Erstausbildung wird nur als paralleler Ausbildungsansatz ermöglicht.

Die Gesetzgebung verfolgte das Ziel, eine internationale Anschlussfähigkeit zu schaffen und eine Konformität mit dem EU-Recht herzustellen. In der jetzigen Diskussion wird die sogenannte „generalistische“ Ausbildung offenbar auch als ein wichtiges Instrument zur Bewältigung des Pflegefachkräftemangels angesehen, da sie mehr Karrierechancen für Auszubildende eröffnet, indem sie primär für die Pflege insgesamt qualifiziert statt ausschließlich für die Pflege von Kindern oder alten Menschen.

Für 2025 ist eine Evaluierung der Auswirkungen des Pflegeberufereformgesetzes geplant, die möglicherweise pandemiebedingt erst später erfolgen wird. Wenn die Gesetzgebung nicht zum erwünschten Ziel führt, die Attraktivität des Pflegeberufs nicht verbessert und gleichzeitig keine ausreichende Weiterbildung in der Funktionspflege erfolgt, wird sich die Situation noch verschärfen.

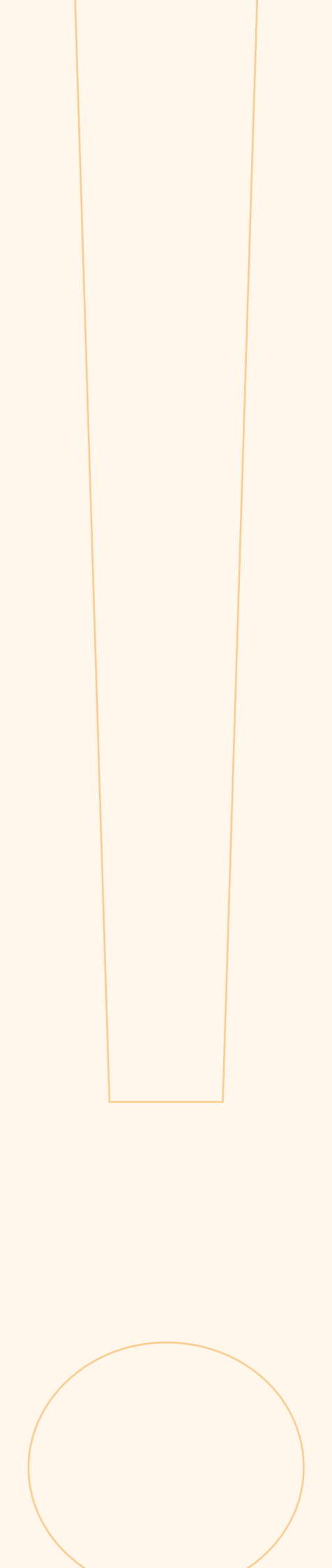
Das Verhältnis von weiblichen zu männlichen Pflegefachpersonen beträgt 80 zu 20 Prozent. Nach einer dreijährigen Ausbildung zur Pflegefachperson und nach einer anschließenden ersten Berufserfahrung in Vollzeitätigkeit fällt der Beginn einer berufsbegleitenden Weiterbildung häufig in einen Zeitraum, in dem bereits Entscheidungen zur Gründung einer Familie getroffen werden. Selbst wenn die berufsbegleitende Weiterbildung nach zwei bis drei Jahren erfolgreich abgeschlossen wird, kann die Gründung einer eigenen Familie dazu führen, dass Pflegefachpersonen die erlangte Kompetenz nicht voll nutzen können.

Es ist unstrittig, dass eine umfassende Grundausbildung in den Pflegeberufen notwendig ist. Eine zu frühe Spezialisierung aufgrund des Fachkräftemangels (z.B. OTA, ATA) wirkt einer soliden professionellen Basis des Pflegeberufs entgegen. Andererseits müssen aufgrund des Wissenszuwachses auch erforderliche Inhalte der unterschiedlichen Disziplinen stärker in der Erstausbildung vermittelt werden. Wie bei der ärztlichen Ausbildung erfordert dies völlig neue Formate, die unnötiges Faktenwissen reduzieren und eine intrinsische Motivation zu einem lebenslangen Lernen fördern.

Unstrittig ist auch, dass die Ausbildung in größeren Anteilen akademisiert werden sollte. Im Vergleich zu anderen Ländern steckt die Akademisierung der Pflegeberufe in Deutschland noch in den Kinderschuhen. Über einen unverständlich langen Zeitraum ist die Notwendigkeit einer akademischen Ausbildung für Pflegende in Frage gestellt worden. Dies wird zum Teil noch heute von Meinungsführern, meist Ärztinnen, Ärzten und BetriebswirtInnen, so vertreten.

Da die meist berufsbegleitenden Studiengänge für Pflegewissenschaften, Pflegepädagogik und Pflegemanagement bislang Pflegefachpersonen ausgebildet haben, die primär keine patientennahen Aufgaben übernehmen, befürchtet man, dass die Akademisierung den Pflegemangel am Patienten noch verstärken könnte. Dass dies in anderen Ländern trotz akademischer Grundausbildung nicht der Fall ist, wird bei dieser Argumentation ausgeblendet.

In Skandinavien wurden bereits in den 1980er Jahren erste Studiengänge der Pflege eingeführt. In Schweden und Großbritannien haben alle Pflegefachpersonen akademische Grade. In den Niederlanden sind es 45 Prozent, verbunden mit einem deutlich höheren Ansehen der Pflegenden und einer entsprechend höheren Vergütung. In diesen Ländern findet auch eine stärkere interprofessionelle Zusammenarbeit statt, wobei die Pflege auch Tätigkeiten übernimmt, die in Deutschland noch ausschließlich Ärztinnen und Ärzten zugewiesen werden.



Die bereits seit langem in anderen Ländern etablierten Berufsbilder, beispielsweise die der Studiengangspalette der Advanced Nurse Practitioner, sind notwendig, um die medizinisch-pflegerische Expertise am Patienten besser qualitätsgesichert umzusetzen. Im wichtigen Bereich der Primärversorgung mit präventiven und aufsuchenden Angeboten werden Community Health Nurses erforderlich sein, um durch nachhaltige Präventionsstrategien das Gesundheitssystem wirtschaftlich tragfähig zu gestalten.

Die Beispiele aus anderen Ländern zeigen, dass es möglich und notwendig ist, mit akademischen Ausbildungen ein Teamwork auf Augenhöhe mit den Ärztinnen und Ärzten zu etablieren. Es ist unwahrscheinlich, dass die Attraktivität der Pflegeberufe ohne eine stärkere Akademisierung deutlich verbessert werden kann, da in Deutschland inzwischen fast die Hälfte der Schulabgänger die Berechtigung zum Zugang zu einer Hochschule hat oder diese berufs begleitend erwirbt.

Die Akademisierung allein wird den Mangel jedoch nicht beheben. Dies war auch in Skandinavien, den Niederlanden, den USA, Australien und Großbritannien nicht der Fall, was nicht erstaunlich ist, denn die gesamtgesellschaftlichen Bedingungen sind vergleichbar und belegen die These, dass das Problem durch eine bessere Vergütung allein nicht zu lösen ist. Vielmehr braucht es eine Veränderung der Kultur und Wertschätzung in der Gesellschaft im Hinblick auf die Berufe der sogenannten „Care-Arbeit“.

Gründe 5 | Vergütung

Vergütung in den Pflegeberufen

Schon vor der Pandemie haben Tarifverhandlungen in den Pflegeberufen deutlich gemacht, wie sehr der Mangel an Pflegefachpersonen die Einzelnen schon jetzt so belastet, dass im Vordergrund nicht die Vergütungsfragen, sondern die Arbeitsbedingungen standen.

In der Öffentlichkeit ist jedoch nicht deutlich genug geworden, dass es sich dabei nicht nur um die körperlichen und psychischen Belastungen handelt. Was es bedeutet, als Pflegefachperson in nahezu ständiger Rufbereitschaft zu leben, dass sogar geplante Urlaube verschoben werden müssen, dass die Aufrechterhaltung sozialer Kontakte fast unmöglich ist und es nicht gelingt, die Care-Aufgaben in der eigenen Familie ausreichend zu erfüllen, können viele Bürgerinnen und Bürger, die geregelten Arbeitszeiten in Bürowelten nachgehen, kaum erfassen und verstehen.

Die Zeiten, in denen Krankenschwestern in Schwesternheimen direkt neben den Krankenhäusern wohnten, sind erfreulicherweise lange vorbei. Doch wegen der hohen Mieten in den Ballungsgebieten kommen bei vielen Beschäftigten erhebliche Pendelzeiten zu den Arbeitszeiten hinzu. Ein weiterer belastender Faktor sind steigende Kosten für die Wege zur Arbeit.

Durch die sinnvolle Einführung von Personaluntergrenzen, um die Arbeitsbedingungen zu verbessern, wird sich die Situation kurzfristig nicht ändern. Andererseits ist dies jedoch ein geeignetes Mittel, um Pflegequalität zu sichern und um mittel- und langfristig die Attraktivität der Pflegeberufe zu erhöhen. Die Anwesenheit einer festgelegten Anzahl von Pflegefachpersonen wird dadurch essenziell, um Leistungen im Sinne einer verbesserten Patientensicherheit mit den Krankenkassen abrechnen zu können.

Durch die Pandemie ist die Situation nicht nur schwieriger, sondern auch öffentlicher geworden. Als Ad-hoc-Anerkennungsmaßnahme wurde die Zahlung von einmaligen Boni an Pflegende versprochen. Der positive Effekt in der Wahrnehmung der Pflegenden bleibt jedoch aus, weil die Verteilung der Boni Gerechtigkeitsfragen nach sich zieht. Außerdem wächst in der Pflege die Sorge, dass notwendige Maßnahmen und nachhaltige Veränderungen und Erhöhungen der Vergütung nach der Pandemie nicht ernsthaft angegangen werden.

Diese sind jedoch dringend notwendig, da Deutschland in der Vergütung zwar leicht über dem OECD-Durchschnitt liegt, aber viele vergleichbare europäische Staaten signifikant (50-80 Prozent) über der deutschen Vergütung liegen. Daher ist allgemein anerkannt, dass das Vergütungsniveau für die Pflegeberufe in Deutschland steigen muss. Dies kann in Anbetracht der komplexen Ursachen des Pflegemangels aber nur eine von vielen Maßnahmen sein, um den Pflegefachkraftmangel nachhaltig zu verringern.

Was muss sich ändern?

» ***In unserem Land besteht der dringende Bedarf eines nationalen Masterplans für die Pflege. Die unterschiedlichen Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten eines Masterplans werden in der folgenden Tabelle kurz skizziert. Eile ist geboten, da aufgrund der demografischen Entwicklung die Situation sehr bald eskalieren könnte. Die Rekrutierung ausländischer Pflegefachpersonen, auf die nicht verzichtet werden kann, wird die Probleme mittel- und langfristig nicht lösen.***

Ebenso wird eine Strukturreform der Krankenhäuser und der sektorenübergreifenden Versorgung keine zeitnah verbesserte Verfügbarkeit von Pflegefachpersonen erzielen. Ob sich dadurch langfristig eine Umverteilung „ergibt“, wird davon abhängen, ob regional neue Strukturen der Gesundheitsversorgung entstehen, wie zum Beispiel Primärversorgungszentren mit Rekonvaleszenz-Betten und attraktiven Tätigkeitsfeldern für Pflegefachpersonen. Denn die berufliche Orientierung von Pflegefachpersonen – vielfach Frauen mit familiärer Verantwortung – ist häufig sehr an die Region gebunden, was bei den zeitlich und inhaltlich herausfordernden Tätigkeiten nicht verwundert.



Eckpunkte für einen Masterplan Pflege

HANDLUNGSFELD	MASSNAHMEN KURZFRISTIG
Gesamtgesellschaftliche Rahmenbedingungen	<ul style="list-style-type: none"> › Maßnahmen des Wissenstransfers und der Kommunikation, um ein positives Bild der Systemrelevanz der Pflege (und anderer Care-Berufe) zu vermitteln. Dies sollte bereits in der Schule beginnen. › Übersetzung von „New Work“ in die Pflegeberufe durch digitale Transformation in Kliniken und Heimen, flexible Arbeitszeitmodelle, Arbeitszeitkonten und interprofessionelle Teams › Anzahl der Personen in der Pflege auch stärker als „Vorhaltung“ im Sinne eines Kontinuitätsmanagements und eines contingency plans vorsehen
Ökonomischer Druck im Gesundheitswesen	<ul style="list-style-type: none"> › Controlling bzw. Monitoring-Prozesse, die sicherstellen, dass die finanziellen Ressourcen für die Pflege auch in der Pflege ankommen.
Hierarchische Strukturen im Gesundheitswesen	<ul style="list-style-type: none"> › Kaskadenmodelle für die Governance in allen Bereichen des Gesundheitswesens, die den realen Verhältnissen von weiblichen zu männlichen Pflegenden Rechnung trägt und die Repräsentation der Pflege in den Gremien sichert › Frühwarnsysteme für inadäquates Führungsverhalten und Machtmissbrauch
Aus- und Weiterbildung	<ul style="list-style-type: none"> › Grundsätzlich: Förderung der Fachlichkeit der Pflege (Zugangsvoraussetzungen, Bildungsqualität, Differenzierung der Bildungsniveaus etc.) › Praxiseinsätze und -anleitung in den verschiedenen Ausbildungsbereichen sichern und mehr Lehrpersonal ausbilden › Sicherung und Ausweitung der primärqualifizierenden Studiengänge mit geeigneten Anreizen/ Rahmenbedingungen (Angebot für AbiturientInnen) › Sicherung und Erweiterung hochschulischer Strukturen für genug Lehrpersonal in der Ausbildung und an den Hochschulen
Betriebliche Organisation und Pflegemanagement	<ul style="list-style-type: none"> › Controlling der Pflegequalität › Organisationsänderungen wie Schließung von Stationen am Wochenende › Diverse Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung, von Massagen bis zu Entspannungskursen o.ä. › Maßnahmen gegen emotionalen Burn-Out / Unterstützung der Beziehungsarbeit
Vergütung und andere Formen der Wertschätzung	<ul style="list-style-type: none"> › Anhebung der tariflichen Vergütung › Anrechnungsfähigkeit von Zulagen für das Ruhegehalt › Arbeitszeitkonten mit der Möglichkeit von Auszeiten für Care-Arbeit in der eigenen Familie › Zusätzliche freie Tage für aus dem Frei übernommene Schichten

in Deutschland:

MASSNAHMEN MITTEL- UND LANGFRISTIG	ZUSTÄNDIGKEIT
<ul style="list-style-type: none">› Entwicklung zu einer stärkeren Haltung der Fürsorge und Solidarität in der Gesellschaft› Die Bedeutung des Gemeinwohls und der Gesundheit für Wohlstand und Zufriedenheit sowie für das Funktionieren aller anderen Bereiche erkennen und entsprechend positionieren› Gesundheitsvorsorge muss eindeutig und ausdrücklich Teil der Daseinsvorsorge sein	<p>Schulen, Universitäten, Akademien, Politik, Medien</p> <p>Krankenhaus- und Pflegeheim-träger</p> <p>Kommunen und Gebietskörperschaften</p>
<ul style="list-style-type: none">› Neukalkulation der notwendigen Finanzierung für die Pflege in stationären und ambulanten Bereichen entsprechend Modellierungen in unterschiedlichen Szenarien› Volkswirtschaftliche Kostenmodelle kalkulieren zur Bewertung und Balancierung betriebswirtschaftlicher Effekte (mehr Gesundheitsförderung und Prävention sowie Zeitkontingente für Fachpflege, die Selbstmanagement fördert und Komplikationen verhindert)	<p>Politik, Kostenträger, Wissenschaft</p>
<ul style="list-style-type: none">› Masterplan zur Gleichstellung und Wertschätzung der Diversität in den Gesundheitsberufen› Reform der Selbstverwaltung und Anpassung auf aktuelles Gesundheitsverständnis	<p>Pflege, Politik, Akademien</p>
<ul style="list-style-type: none">› Voller Anschluss an die EU-Richtlinien zu den Pflegeberufen› Erweiterung pflegerischer Berufsrollen im klinischen Bereich sowie in der öffentlichen Gesundheitspflege (Public Health)› Umsetzung eines kohärenten, durchlässigen und bundesweit einheitlichen Bildungsmodells für die Pflegeberufe (von Pflegeassistenz bis zum Masterabschluss/Promotion)› Disziplinbildung der Pflegewissenschaft fördern	<p>Politik, Pflege, Universitäten</p>
<ul style="list-style-type: none">› Einführung von qualifikationsgemixten Teams unter verbindlichem Einschluss akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen in allen Bereichen – Anpassung der Organisationsstrukturen	<p>Pflegemanagement, Kostenträger</p>
<ul style="list-style-type: none">› Innovatives Arbeitszeitmodelle für die Pflege mit temporärer Reduzierung bzw. Aufstockung der Stunden› Weiterbildungsangebote› Mehr Urlaubstage im Karriereverlauf	<p>Personalabteilungen der Kliniken und Pflegeleitungen, Selbstverwaltung, Tarifpartner, Bundesministerien</p>

Pflege in Deutschland – persönliche Erfahrungsberichte einer pflegenden Angehörigen

KRANKENGESCHICHTE DER PFLEGEBEDÜRFTIGEN PERSON:

- » 2005 Brustkrebs
- » 2015 Metastasenbildung im Magen, operative Entfernung des Magens und Anlegen eines künstlichen Darmausgangs (Stoma)
- » 2015-17 insgesamt 41x im OP (meist VAC-Wechsel)

» Teil 1 – REHA-Klinik (April – Juli 2015)

„Ein REHA-Aufenthalt erfolgte unmittelbar nach dem Krankenhausaufenthalt. Meine Mutter war im Krankenhaus nach ihrer Operation ernährungsmäßig auf Vollkost eingestellt. Nach dem Gewichtsverlust aufgrund der vielen Operationen hat sie wieder leicht zugenommen.

Die REHA-Klinik war aber der Meinung, meine Mutter auf eine Diät einzustellen zu müssen, und so nahm sie innerhalb von wenigen Wochen 20kg ab.

Die Pflege in der REHA-Klinik war nicht in der Lage, sich ausreichend um meine Mutter zu kümmern. So war ich gezwungen, mehrfach in der Woche in die REHA-Klinik (ca. 170 km von meinem Wohnort entfernt) zu fahren, um mit dem Pflegepersonal immer wieder Gespräche zu führen. Da leider weder eine Einsichtnahme noch Änderungen in der Pflege erfolgten, war ich gezwungen, mich mit dem behandelnden Arzt (Operateur im Krankenhaus) und der Krankenkasse auseinander zu setzen. Schließlich wurde meine Mutter von der REHA-Klinik zurück ins Krankenhaus verlegt.“

» Teil 2 – Pflegeheim (September 2015 bis zum Tod im Mai 2019)

„Das Pflegeheim wurde uns empfohlen, und so zog meine bettlägerige Mutter im August 2015 mit Pflegestufe 3 dort ein. Es war dem Pflegepersonal bekannt, dass meine Mutter einen Dünndarmstoma hatte und deshalb eine besondere Ernährung benötigte. Sie sollte alle paar Stunden einige Kleinigkeiten zu sich nehmen.

Meine Mutter hat mich häufig angerufen und um Hilfe gebeten, denn Abendessen gab es im Pflegeheim um 17:30 Uhr und Frühstück oft erst nach 10 Uhr. Das Pflegeheim war nicht in der Lage, die Pflege und Versorgung bzw. Ernährung an die Erkrankung meiner Mutter anzupassen.

Mehrfach bekam ich auch Anrufe vom Pflegeheim. Mir wurde mitgeteilt, dass viele Mitarbeiter des Pflegepersonals erkrankt sind und ich mich bitte um die Belange meiner Mutter kümmern soll. Das Pflegepersonal wusste, dass ich mich sowohl um die Stoma-Versorgung als auch alles, was zur Pflege gehörte, kümmern konnte, weil ich fit in der Materie bin. So konnte ich meine Mutter zwar regelgerecht lagern etc., aber mir fehlte die Kraft, um sie z.B. zu duschen, weil ich selber an Krebs erkrankt war.

Aufgrund von Zeitnot wurde ich vom Pflegepersonal gebeten, alle notwendigen Hilfsmittel für meine Mutter bei der Krankenkasse zu beantragen. Also nahm ich Kontakt mit der Krankenkasse auf und konnte ohne Probleme z.B. eine Anti-Dekubitus-Matratze, einen Spezialrollstuhl mit Anti-Dekubitus-Kissen, einen stabilen Rollator etc. beantragen. Eine Zusage hatte ich innerhalb von 2 Tagen im Briefkasten. Auch musste ich mich um eine optimale Stoma-Versorgung kümmern. Ich habe eine Einführung in die komplette Stomaversorgung im Krankenhaus erhalten. Dann beantragte ich bei der Krankenkasse meiner Mutter für sie ein neues, hautschonendes Stoma-System.“

» Teil 3 – persönliche Bilanz

„Die Pflege sowohl in einer REHA-Klinik, als auch im Pflegeheim, hat mir als Angehöriger immens viel abverlangt. Ich kümmerte mich darum, dass meine Mutter ordnungsgemäß ernährt wird, ordentlich gebettet liegt, dass ein Rollstuhl zur Verfügung steht, dass meine Mutter aufgrund des Gewichtsverlustes parenterale Ernährung erhält und dass sie die bestmögliche Versorgung für ihren Stoma bekommt.

Diesbezüglich muss ich erwähnen, dass das Krankenhaus mir in dieser kraftraubenden und sehr schwierigen Zeit ständig als Ansprechpartner zur Seite stand und mir viele hilfreiche Tipps zur Ernährung bzw. Stomaversorgung meiner Mutter gegeben hat.

Leider hat das Pflegeheim aus meiner Sicht nicht die Leistungen erbracht, für die es bezahlt wurde. Es lag am fehlenden Personal. Bei den Angehörigen wurde vorausgesetzt, dass sie einige Leistungen selbstverständlich übernehmen.

Ich kann mich noch gut daran erinnern, dass mich das Pflegeheim mehrfach anrief und um Hilfe bei der Versorgung meiner Mutter gebeten hat. Dazu muss ich noch betonen, dass ich 30 km vom Pflegeheim entfernt wohnte. Oft war ich 8 Stunden am Stück bei meiner Mutter im Pflegeheim und kam erschöpft nach Hause. Kaum angekommen, erhielt ich einen Anruf vom Pflegeheim und musste noch einmal den Weg auf mich nehmen.

Gern hätte ich meine Mutter daheim betreut, aber ich war aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage, sie rund um die Uhr zu pflegen.“

Die AutorInnen und UnterstützerInnen des White Papers:

Vertreter der Wissenschaft / Ärzte / Pflege

Prof. Dr. Mazda Adli
Chefarzt Fliedner Klinik Berlin, Berlin

Prof. Dr. Annette Grüters-Kieslich
*Charité – Universitätsmedizin Berlin/Mitglied
der Nationalen Akademie der Wissenschaften
Leopoldina, Berlin*

Jens Albrecht
*Vorstandmitglied im Errichtungsausschuss
Pflegekammer Nordrhein-Westfalen*

Sandra Postel
*Vorsitzende des Errichtungsausschusses
Pflegekammer Nordrhein-Westfalen*

Prof. Dr. Clemens Wendtner
*Chefarzt München Klinik Schwabing; stellv.
Vorsitzender der Ethikkommission der Ludwig-
Maximilians-Universität München, München*

Marcus Jogerst-Ratzka
Vorsitzender Pflege in Bewegung e.V., Renchen

Prof. Dr. Edmund Neugebauer
*Medizinische Hochschule Brandenburg Theodor
Fontane (MHB), Neuruppin*

Dr. Bernadette Klapper
*Bundesgeschäftsführerin Deutscher
Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK), Berlin*

Patientenvertreter

Ludwig Hammel
*ehem. Geschäftsführer der Deutschen
Vereinigung Morbus Bechterew e.V.
Bundesverband, Schweinfurt*

Dr. Barbara Keck
*Geschäftsführerin BAGSO Service Gesellschaft,
Bonn*

Doris C. Schmitt
*Vorstandsmitglied der Stiftung PATH und
Kommunikationstrainerin für Arzt-Patienten-
Kommunikation, Konstanz*

Jan Geissler
Geschäftsführer Patvocates GmbH, München

Nikolas Groth
Gründer Intensivkontakt, Hamburg

Martina Hagspiel
Gründerin Kurvenkratzer-InfluCancer, Wien

Renate Haidinger
*1. Vorsitzende Brustkrebs Deutschland e.V.,
München*

Weitere Unterstützer

Wolfgang Branoner
*Geschäftsführender Gesellschafter SNPC GmbH,
Berlin (Herausgeber)*

Christina Claussen
*Director Alliance Management & Patient
Relations, Pfizer Deutschland*

Dr. Dr. Klaus Piwernetz
*Geschäftsführer medimaxx health management
GmbH, München*

Bernd Rosenbichler
*Gründer One in a Million – Alström Deutschland,
München*

Eva Schumacher Wulf
*Chefredaktion Mamma Mia! Die Krebsmagazine,
Kronberg*

Literaturnachweis:

Klammer, Ute / Klenner, Christina / Lillemeier, Sarah (2018):
„Comparable worth“: Arbeitsbewertungen als blinder Fleck in der
Ursachenanalyse des Gender Pay Gaps? In: IAQ-Forschung. Online unter
<https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:hbz:464-20180814-180114-8>

Stiftung Münch (Hg.) / Ewers, Michael / Lehmann, Yonne / Schaepe,
Christiane / Wulff, Ines (2019): Pflege in anderen Ländern. Vom Ausland
lernen? Verlag Medhochzwei, Heidelberg

Transparenzhinweis:

Die Inhalte des vorliegenden White Papers wurden von den
UnterzeichnerInnen gemeinsam diskutiert und erstellt. Die beteiligten
UnterzeichnerInnen haben sich unentgeltlich engagiert. Die
redaktionelle Ausarbeitung erfolgte mit freundlicher Unterstützung des
forschenden Pharma-Unternehmens Pfizer.

