

Ethische Herausforderungen in der häuslichen und stationären Langzeitpflege

Donnerstag, 22. Januar 2026, 13:00 – 17:00 Uhr

Online

Begrüßung.....	2
Helmut Frister.....	2
Einführung	2
Annette Riedel	2
Block I	4
Kerstin Schlögl-Flierl.....	4
Christine Vogler · Deutscher Pflegerat.....	4
Vera Lux · Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe	8
Manfred Schmidt · Heimbeirat des Altenzentrums Eben-Ezer	12
Diskussion.....	13
Block II	30
Bernd Trost · Franziska Schervier Altenhilfe	30
Brigitte Bührlen · WIR! Stiftung pflegender Angehöriger	34
Georg Cremer · Universität Freiburg.....	38
Diskussion.....	41

Hinweis: Bei dem folgenden Text handelt es sich nicht um eine wörtliche Transkription. Der Text wurde
lektoriert, um eine gute Lesbarkeit herzustellen.

Begrüßung

Helmut Frister

Guten Tag, meine Damen und Herren, mein Name ist Helmut Frister. Im Namen des Deutschen Ethikrates darf ich Sie ganz herzlich zu unserer öffentlichen Anhörung zu ethischen Herausforderungen in der häuslichen und stationären Langzeitpflege begrüßen. Meine Begrüßung gilt zum einen den Sachverständigen hier im Raum. Wir freuen uns sehr, dass Sie unserer Einladung gefolgt sind und wir von Ihrer Expertise profitieren können. Zum anderen gilt sie natürlich den Zuschauern im Livestream. Wir freuen uns sehr über Ihr Interesse an der Arbeit des Deutschen Ethikrates.

Die Anhörung wird in zwei Blöcken stattfinden, und gegen 15 Uhr werden wir eine Mittagspause machen.

Das Thema der Langzeitpflege beschäftigt den Deutschen Ethikrat jetzt seit ca. einem Jahr. Wir haben zunächst ein halbes Jahr im Plenum in mehreren Sitzungen über die Thematik diskutiert. Das entspricht dem üblichen Verfahren. Dann haben wir auf der Grundlage der dabei gewonnenen Erkenntnisse eine Arbeitsgruppe eingesetzt, die in Koordination mit dem Plenum die Stellungnahme schreibt. Die Ergebnisse kommen dann jeweils ins Plenum.

Eine Arbeitsgruppe hat traditionell eine Sprecherin oder einen Sprecher. In diesem Fall ist es eine Sprecherin, nämlich Annette Riedel. Sie wird jetzt in die Thematik einführen.

Einführung

Annette Riedel

Auch ich grüße Sie sehr herzlich online, im Livestream und hier im Raum, insbesondere unsere Sachverständigen für diese Anhörung, die nach Berlin gereist sind.

Mein Name ist Annette Riedel, und ich leite gemeinsam mit der Ratskollegin Kerstin Schlögl-Flierl und meinem Ratskollegen Mark Schweda die Arbeitsgruppe für die Stellungnahme zur Langzeitpflege.

Das Thema Langzeitpflege ist für Menschen von beträchtlicher Bedeutung, auch vor dem Hintergrund, dass die meisten Menschen im Laufe ihres Lebens mit der ambulanten oder stationären Langzeitpflege als Pflegende oder Gepflegte konfrontiert werden. Pflege ist existenzrelevant. Sie verweist auf unsere persönliche Verletzlichkeit. Zugleich sind pflegebedürftige Menschen ein sehr verletzlicher Teil unserer Gesellschaft. Unter Langzeitpflege verstehen wir in der Stellungnahme eine dauerhafte Pflege und Betreuung eines pflegebedürftigen Menschen, unabhängig vom Alter. Hierbei unterscheiden wir zwischen zwei Formen der Pflege und zwei Gruppen von Pflegenden: die professionelle Pflege durch Pflegefachpersonen und die familiäre Pflege durch An- und Zugehörige in der Regel in der eigenen Häuslichkeit des pflegebedürftigen Menschen. Was beide Formen der Pflege verbindet, ist der Aspekt der Beziehungsgestaltung und vielfach auch der Leibbezogenheit. Pflege ist eine sinnstiftende und verantwortungsvolle Tätigkeit. Sowohl professionell wie auch familial Pflegende leisten tagtäglich eine für den pflegebedürftigen Menschen und die Gesellschaft unverzichtbare und oftmals unsichtbare Tätigkeit, die nicht genug hervorgehoben werden kann und auf allen Ebenen eine umfängliche Anerkennung und Wertschätzung verdient.

In beiden Settings und für beide Gruppen von Pflegenden lassen sich indes ethische Herausforderungen zeigen, von denen ich im Folgenden einige exemplarisch darlege. Hierbei geht es nicht darum, Defizite herauszuheben oder Versäum-

nisse herauszustellen, sondern darum, die Bedeutung einer differenzierten Erörterung ethischer Herausforderungen in der stationären und ambulanten Langzeitpflege zu verdeutlichen.

Ich beginne mit der professionellen Pflege. Als eine eigene Berufsgruppe verfügt sie über umfassende Wissensbestände und einen spezifischen Berufsethos. Professionelle Pflege ist gemäß der Definition des International Council of Nurses [ICN] aus dem Jahr 2025 personenzentriert, dem Mitgefühl und sozialer Gerechtigkeit verpflichtet, sie basiert auf einer wissenschaftlich fundierten Expertise und orientiert sich an ethischen Maßstäben.

Diesem professionellen Anspruch stehen fehlende zeitliche und personelle Ressourcen wie auch die aktuellen Rahmen- und Arbeitsbedingungen entgegen. Diese führen nicht selten zur sogenannten Missed Nursing Care, zu einer versäumten Pflege. Dieses pflegewissenschaftlich untersuchte Phänomen steht dafür, dass wesentliche Pflegeaufgaben teilweise oder vollständig ausgelassen, verzögert oder nicht durchgeführt werden können. Das Phänomen ist ethisch komplex und moralisch herausfordernd. Es wirkt sich nicht nur auf die Qualität der Pflege und somit auf das Wohlergehen, die Lebensqualität und letztlich auch die Würde der pflegebedürftigen Menschen aus, sondern auch auf die moralische Integrität der Pflegefachpersonen und deren moralisches Belastungserleben.

Richten wir den Blick auf die familiäre Pflege. Diese wird seitens der pflegenden An- und Zugehörigen nicht nur als Belastung erlebt, sondern vielfach auch als persönliche Bereicherung, als eine Gegebenheit, die Sinnhaftigkeit und Wachstum eröffnet, die Selbstwirksamkeit und persönliche Entwicklung ermöglicht und die Beziehung von Pflegenden und Gepflegten vertieft. Den potenziell positiven Effekten durch die Pflege durch

An- und Zugehörige stehen Veränderungen in der Familiendynamik, der Rückzug im persönlichen und sozialen Umfeld, Isolation und fehlende soziale Teilhabe gegenüber. Vielfach haben pflegende An- und Zugehörige selbst Gesundheitsprobleme und eine niedrigere Lebensqualität. Sie sind gefährdet, selbst pflegebedürftig zu werden oder früher zu sterben. Eine umfassende informelle Pflege bringt vielfach die Reduktion der Arbeitszeit und eine verringerte Einkommensbasis mit sich, was sich wiederum negativ auf die Inanspruchnahme für gesundheitserhaltende Unterstützungs- und Entlastungsangebote und somit auf die Sorge für sich selbst auswirkt.

Es geht uns im Rahmen der Stellungnahme darum, diese und weitere ethische Herausforderungen in der Langzeitpflege, die sich angesichts bestehender Rahmenbedingungen und aktueller gesellschaftlicher Entwicklungen abbilden, herauszuarbeiten. Dies schließt die Auseinandersetzung mit den angedeuteten drängenden ethischen Fragen ein und legt das Augenmerk zudem auf die moralische Bedeutung der Sorgebeziehungen, auf die gesellschaftliche Wertschätzung und solidarische Unterstützung von Pflege, auf den Umgang mit Personalknappheit sowie eine an den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit, Gerechtigkeit und Solidarität orientierte Pflege.

Die intendierte ethische Analyse erfolgt in der Überzeugung, dass die Klarlegung dessen, welche ethischen Herausforderungen aktuelle Entscheidungen beeinflussen, welche Werte zu schützen sind, für welche Werte wir uns langfristig einsetzen und starkmachen sollten, die Grundlage dafür ist, das Wohlergehen der pflegenden und gepflegten Menschen nachhaltig zu fördern und deren Würde zu wahren, Selbstbestimmung und soziale Teilhabe zu ermöglichen und Lebensqualität zu verbessern bzw. zu erhalten, Vertrauen in die professionelle Pflege und deren Potenziale

zu stärken und die Integrität der pflegenden und gepflegten Menschen zu schützen.

Im Mittelpunkt der Stellungnahme steht folglich die ethische Verständigung über die fundamentalen Bedingungen einer guten Pflege, die in einer sorgenden Gemeinschaft, einer humanen Gesellschaft auch in Zukunft sicherzustellen ist. Wir als Deutscher Ethikrat freuen uns, im Rahmen der Anhörung mit unseren Sachverständigen heute unsere Perspektiven zu erweitern, Neues zu erfahren und ethische Herausforderungen gemeinsam zu identifizieren und zu diskutieren.

Jetzt darf ich an meine Ratskollegin Kerstin Schlögl-Flierl übergeben, die Sie durch den ersten Teil unserer Anhörung führt.

Block I

Kerstin Schlögl-Flierl

Auch von meiner Seite ein herzliches Willkommen, vor allem den Sachverständigen, denen, die im Livestream dabei sind, und natürlich meinen Ratskolleginnen und -kollegen. Wir freuen uns auf die Anhörung.

Mein Name ist Kerstin Schlögl-Flierl, und ich habe die Ehre, hier zu moderieren, da ich eine der Stellvertretungen in der Arbeitsgruppe zum Thema Pflege bin.

Wir hören im ersten Block drei Sachverständige mit Kurzvorträgen, die jeweils 15 Minuten dauern, und haben dann eine Stunde Zeit zum Diskutieren. Die Ratskolleg:innen sind gefragt, hier die Fragen zu stellen.

Als Erstes möchte ich als Sachverständige Frau Christine Vogler aufrufen. Sie ist Präsidentin des Deutschen Pflögerates. Wir sind sehr gespannt auf Ihre Ausführungen. Nähere Informationen zu Frau Vogler finden Sie in der Anhörungsmappe,

sowohl auf der Homepage als auch bei den Ratsmitgliedern auf dem Tisch.

Christine Vogler · Deutscher Pflögerat

Vielen Dank für die Einladung. Sehr geehrter Herr Vorsitzender, sehr geehrte Mitglieder des Deutschen Ethikrates, sehr geehrte Damen und Herren, ich spreche heute hier als Präsidentin des Deutschen Pflögerates und damit aus der Perspektive der professionellen Pflege, aus Sicht der Menschen, die täglich in Wohnungen, Wohngemeinschaften, Pflegeheimen, Einrichtungen der Eingliederungshilfe, Hospizen und vielen Übergängen dazwischen Verantwortung für pflegerische Versorgung tragen.

Pflege in Deutschland steht an einem Punkt, an dem Wegsehen selbst zu einem ethischen Problem geworden ist. Langzeitpflege, ambulant wie stationär, ist heute eine Frage von Würde und sozialer Gerechtigkeit, und sie wird täglich von Pflegefachpersonen verhandelt, die dafür weder die strukturelle Macht noch die nötigen Ressourcen bekommen. In den Gesprächen mit den Kolleg:innen spiegelt sich, was die Statistik nur andeutet: Erschöpfung und Moral Distress und zugleich ein tiefes berufliches Ethos, Menschen über die gesamte Lebensspanne würdig zu begleiten.

Ich möchte Ihnen ein Bild geben, das nicht dramatisiert, sondern realistisch ist. In einer Frühshift in der ambulanten Pflege, in einer ganz normalen Tour, pendelt eine Pflegefachperson in enger Taktung zwischen einem beatmungspflichtigen Kind, einer alleinlebenden, demenzkranken Frau und einem hochaltrigen Mann mit einem Dekubitusrisiko, das man mit geschultem Blick in Sekunden erkennt und das sich ohne konsequente Prophylaxe in Tagen zu einem echten Schaden entwickeln könnte. In solchen Momenten, in jedem einzelnen Moment entscheidet sich konkret,

wie dieses Land Menschenrechte und Würde in der Pflege versteht, ob wir Selbstbestimmung ernst meinen oder nur behaupten, ob Teilhabe möglich bleibt oder schleichend verloren geht, ob Würde geschützt wird oder im Zeitplan verschwindet.

Wir sind sehr dankbar, dass der Deutsche Ethikrat diese Anhörung angesetzt hat, um über die Situation in der häuslichen und stationären Langzeitpflege, über die Perspektive pflegebedürftiger Menschen, der Pflegenden sowie der An- und Zugehörigen zu sprechen und vor allem über die ethischen Fragen, die untrennbar auch mit Finanzierung und Organisation verbunden sind. Denn die zentrale Zumutung für die Profession Pflege in Deutschland ist die strukturelle Unsichtbarkeit oder die Kompetenzexklusion der Pflege in der gesamten Steuerung des Gesundheitssystems.

Ein strukturelles Kernproblem ist, dass Pflegekompetenz dort kaum systematisch verankert ist, wo die Regeln des Gesundheitswesens gesetzt werden. Auf der Bundesebene wird der Gemeinsame Bundesausschuss als zentrales Richtlinien-gremium der Selbstverwaltung von den Trägerorganisationen der kassenärztlichen Verbände, der Krankenhausgesellschaften, der Pflege- und Krankenkassen gebildet. Die Profession Pflege ist dort nicht als eigene verantwortliche Stimme strukturell vertreten. Auf Landesebene zeigen die gemeinsamen Landesgremien nach § 90a SGB V ebenfalls eine Steuerungslogik, in der regelhaft kassenärztliche Vereinigung, Krankenkassen und Krankenhausgesellschaften den Kern bilden, während Pflege nicht als gleichrangige Expertise vorgesehen ist.

Ethisch gesehen ist das mehr als ein Organisationsdetail. Es ist ein Ausschluss von Wissen, denn so entstehen Entscheidungen über Qualität, Finanzierung, Schnittstellen und Versorgungspfade, ohne dass pflegfachliche Erfahrungen und

Wissen über Kontinuität, Beziehungspflege, Vulnerabilität, Risiko- und Krisenmanagement systematisch und bewusst einfließen. Das führt zu einer pflegeblinden Governance, in der das, was sich nicht gut abrechnen oder in Minuten fassen lässt, strukturell verdrängt wird, mit Folgen für Würde, Autonomie und Sicherheit der Pflegebedürftigen und für den moralischen Distress der Pflegenden. Genau hier produziert unser System ein neues ethisches Dilemma aus einem alten. Weil Pflege als Profession nicht strukturell mitsteuert, werden Fehlanreize und Versorgungslücken weiter fortgeschrieben im Zuge der KI-Entwicklung in einer Dimension, die wir noch gar nicht absehen können. Und die Verantwortung für ihre Folgen landet am Ende wieder bei denen, die bei den Pflegebedürftigen und Patientinnen stehen.

Gleichzeitig bleiben Bildungs- und Entwicklungsstrukturen in der Pflege auf der Strecke, weil man Defizite überhaupt nicht definieren kann. Pflegefachpersonen tragen Verantwortung für hochkomplexe Entscheidungen (klinisch, psychosozial, biografisch, sicherheitsrelevant), aber ohne, dass ihnen auf Systemebene entsprechende Entscheidungs- und Gestaltungsspielräume, Mandate und tragfähige Selbstverwaltungsstrukturen zuerkannt werden. So kollidiert der Berufsethos systematisch mit den Strukturen, und aus einer Ethik des guten Tuns wird eine Ethik der Schadensbegrenzung. Das ist kein individuelles Versagen, sondern ein strukturell produzierter Konflikt.

Der Ethikrat arbeitet vollkommen zu Recht an individualethischen, organisationsethischen und sozialetischen Fragen. In der Langzeitpflege liegen diese Ebenen nicht nebeneinander, sondern sie greifen ineinander. Individuethisch: Autonomie unter Bedingungen von Abhängigkeit. Autonomie in der Langzeitpflege ist nicht einfach Ja oder

Nein. Sie ist Aushandlung, sie braucht Kommunikation, braucht Beziehung, und vor allem braucht sie Zeit. Die hochaltrige Frau, die ihr morgendliches Ritual behalten will, obwohl es riskant ist; der Mann mit Demenz, der Pflegehandlungen abwehrt, aber dennoch geschützt werden muss; die junge Mutter mit einem schwerstpflegebedürftigen Kind, die nicht nur Pflege organisiert, sondern das gesamte Familienleben stabilisiert: In all diesen Situationen ist Autonomie ein lebendiger Prozess. Und ohne Beziehungspflege wird daraus schnell ein Entweder-oder. Schutz oder Freiheit, Sicherheit oder Selbstbestimmung. Dabei bräuchten wir beides, eine Balance, fachlich begleitet.

Organisationsethik: Wenn Strukturen Moral erzeugen oder zerstören, wenn Personalmangel chronisch wird, wenn Dokumentation wächst, wenn Minutenlogik den Alltag in der Abrechnung dominiert, dann werden moralische Konflikte unausweichlich. Moral Distress entsteht, wenn Pflegefachpersonen wiederholt unter ihren eigenen fachlichen und ethischen Standards handeln müssen. Jeden Tag. Nicht, weil sie es wollen, sondern weil sie es müssen. Wenn Mobilisation ausfällt, weil erst mal alles andere erledigt werden muss. Wenn Gespräche und Beruhigung verschwinden, weil sie nicht refinanziert sind. Wenn das Schmerz-Assessment verkürzt wird, weil die nächste Klingel gedrückt wird. Wenn nachts eine Person für zu viele Menschen verantwortlich ist und dadurch nicht nur das Wohl der Pflegebedürftigen, sondern auch die Unversehrtheit der Pflegenden selbst gefährdet ist. Das ist Ethik, nicht nur im Einzelfall, sondern als Frage der strukturellen Rationierung.

Langzeitpflege als Gerechtigkeitsproblem: Pflegefachpersonen erleben es täglich, dass Zugang, Qualität und Sicherheit nicht gleich verteilt sind. Es hängt ab von Bildung, Sprache, Wohnort, familiären Ressourcen, finanzieller Tragfähigkeit

und davon, wie gut sich Menschen durch Anträge, Begutachtungen und Widersprüche bewegen können. Und so passiert etwas, das ethisch hochbrisant ist. Gerechtigkeitsfragen werden stillschweigend auf die Schultern derjenigen verlagert, die ohnehin betroffen sind oder aber am Limit arbeiten. Als Lückenbüßer eines Systems, das in Zuständigkeiten zerschnitten ist. Denn Pflegebedürftigkeit verläuft nicht entlang der Grenzen des Sozialgesetzbuchs. Menschen tun das nicht. Aber unsere Versorgung tut so, als wäre das normal: Krankenhaus hier, Reha dort; ambulant da, stationär dort. Beahlt die Pflegekasse meinen Toilettensstuhl oder die Krankenkasse? Und dazwischen Übergänge, in denen Verantwortung häufig verdunstet.

Ein Beispiel, das Pflegefachpersonen im ganzen Land kennen. Eine hochaltrige Frau wird nach einer Krankenhausbehandlung frühzeitig entlassen. Das Krankenhaus verweist auf die ambulante Versorgung. Der ambulante Dienst ist überlastet. Angehörige sind erschöpft oder nicht verfügbar. Der Pflegedienst im ländlichen Raum hat keine Kapazitäten. Und am Ende steht eine Pflegefachperson bei der Betroffenen am Bett mit zu wenig Information, zu wenig Zeit und dennoch mit voller Verantwortung: für Sicherheit, für die Autonomie und für die Würde. Das ist nicht nur ineffizient, das ist ethisch problematisch, weil dies Verantwortung von Zuständigkeit, von Ressource, von Kontinuität entkoppelt.

Ich möchte den Blick bewusst weiten. Langzeitpflege ist nicht ein Sektor. Sie ist ein Fundament der Resilienz in unserem Gesundheitssystem. Resilienz entsteht nicht zufällig. Langzeitpflege muss als Resilienzfrage behandelt werden und nicht als nachgelagerter Kostenblock. Denn wenn Langzeitpflege kippt, kippt das gesamte System:

Krankenhäuser sind überlastet, Angehörige brechen weg, Fachkräfte wandern ab, Teilhabe wird zur Ausnahme, Würde zur Verhandlungsmasse.

Und hier kommt der zentrale Punkt aus der Sicht der Profession Pflege: Resilienz entsteht nicht durch Appelle. Resilienz entsteht durch handlungsfähige Pflege mit Entscheidungsspielräumen, Kompetenzbereichen, Qualifikationsmix, verlässlicher Personalbemessung, einer sinnvollen Personalbemessung und einer strukturell sichtbaren Rolle der Pflege in Governance und Steuerung.

Was jetzt aus unserer Sicht geboten ist: Beziehungspflege absichern, Ethik vor Ort stärken, Versorgung neu ordnen, Beziehungspflege als Kernleistung absichern, in stabilen Teams. Beziehungspflege ist keine weiche Zusatzleistung, sondern ist die Grundlage für Sicherheit, Autonomie, Einwilligungsfähigkeit, Prävention von Krisen und für würdige Begleitung, gerade in vulnerablen Situationen. Ohne Kontinuität wird Pflege funktionalisiert. Mit Kontinuität kann Pflege professionalisiert werden. Ethikarbeit vor Ort muss als Standard etabliert werden.

Die Broschüre zur Anhörung beschreibt, dass die Langzeitpflege von zunehmender fachlicher und ethischer Komplexität geprägt ist. Genau deshalb brauchen wir verpflichtende Fort- und Weiterbildung für Pflegefachpersonen in allen Bereichen, auch im Rahmen der Ethik, regelmäßig stattfindende Ethikfallbesprechungen, Supervisionen, Reflexionsräume und eine Kultur, in der moralische Konflikte benannt werden dürfen. Angehörige müssen als Co-Produzenten der Versorgung ernst genommen werden, mit qualifizierter Beratung und Entlastung. Pflegende Angehörigen tragen Lasten, die physisch, psychisch und finanziell überfordern können. Die Anhörungsunterlagen benennen das ausdrücklich und formulieren klar: Das Wohlergehen von Pflegebedürftigen und

Pflegenden muss im Mittelpunkt stehen. Geld pflegt nicht.

Sektorengrenzen überwinden durch quartiersorientierte Versorgung (Community Health Nursing): Wenn Gesundheit in Lebenswelten entsteht, dann muss Pflege dort wirksam sein, im Quartier, direkt vor Ort, mit hochqualifizierten Pflegekräften, Pflegefachpersonen in Übergängen, Fallbegleitung und Prävention und Krisenintervention. Das genau ist die Brücke zwischen Langzeitpflege, Akutversorgung und sozialer Teilhabe.

Ethik braucht Verantwortung, und Verantwortung braucht Stimme. Eine Profession, die Standards setzt, Qualität sichert, Kompetenzentwicklung gestaltet und für ihr berufsethisches Handeln steht und einsteht, ist kein Sonderweg, sondern sollte der Normalfall in einem reifen und resilienten Gesundheitswesen sein.

Lassen Sie mich zum Schluss wieder dorthin zurückgehen, wo Pflege beginnt: direkt am Menschen. Langzeitpflege und die Betrachtung dessen, wie wir es tun, ist der Lackmustest dafür, ob Würde im Alltag Bestand hat, ob Selbstbestimmung nicht nur ein Begriff ist, sondern gelebte Praxis, ob Gerechtigkeit nicht nur gefordert, sondern organisiert wird.

Aus Sicht der Profession Pflege möchte ich Ihnen eine letzte klare Aussage mitgeben: Niemand darf in der Pflegebedürftigkeit seine Würde verlieren, und niemand darf in der Pflegearbeit seine Moral verlieren müssen. Wenn wir Langzeitpflege als Menschenrechts- und Gerechtigkeitsfrage begreifen, dann folgt daraus eine Pflicht zu strukturellen Entscheidungen. Pflege muss in Deutschland sichtbar, handlungsfähig und verantwortlich verankert werden. Nach den vielen Jahren, seitdem dieses Land besteht, in ambulanter und stationärer Langzeitpflege und über alle Sektoren hinweg.

Vielen Dank.

Kerstin Schlögl-Flierl

Liebe Frau Vogler, vielen Dank für den inhaltsreichen und klaren Vortrag.

Der nächste Kurzvortrag geht an Vera Lux. Sie ist Präsidentin des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe. Alle näheren Informationen finden sich in der Anhörungsmappe. Wir haben versucht, unterschiedliche Stakeholder einzuladen, um verschiedene Perspektiven zu bekommen. Frau Lux.

Vera Lux · Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe

Sehr geehrter Herr Frister, sehr geehrte Frau Prof. Riedel, sehr geehrte Damen und Herren des Deutschen Ethikrates, liebe Zuschauer und Zuschauerinnen. Auch der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe [DBfK] ist Mitglied im Deutschen Pflegeerrat. Von daher kann ich den Positionen von Frau Vogler in Gänze beipflichten. Aus Sicht des Deutschen DBfK, einem Berufsverband, der in allen Sektoren Mitglieder hat und der 17.000 Mitglieder hat, darf ich mich zunächst sehr herzlich für die Einladung bedanken und für die Möglichkeit der Anhörung zu den ethischen Herausforderungen in der häuslichen und stationären Langzeitpflege.

Ich habe mich sehr gefreut, als ich letztes Jahr wahrgenommen habe, dass sich der Deutsche Ethikrat dieses Themas angenommen hat. Denn das ist ein Feld, in dem wir tagtäglich unterwegs sind mit unseren zu Pflegenden. Auch wir vertreten die Pflegenden, die in diesem Sektor unterwegs sind.

Zur Ausgangssituation: Wir haben derzeit etwa 5,6 Millionen pflegebedürftige Menschen. Laut Prognosen für 2055 könnte die Zahl auf bis zu 7,6 Millionen steigen. Im Jahr 2035 wird ein Viertel der Bevölkerung 67 Jahre und älter sein. Die

Wahrscheinlichkeit, im höheren Alter Hilfe zu benötigen, krank oder pflegebedürftig zu werden, steigt. Durch den Fortschritt in Medizin und Diagnostik sind immer komplexere Therapien möglich. Das ist positiv. Dafür braucht es aber auch ausreichend qualifiziertes Gesundheitspersonal, Pflegepersonal, um den Erfolg der Therapie zu sichern und die Selbstständigkeit und die Autonomie der Patienten, der Klienten und Bewohner zu erhalten, wiederherzustellen oder um mit den Einschränkungen im Alltag bestmöglich zurechtzukommen.

Der Fachkräftemangel ist daher ein großes Problem. Stellen können nicht zeitnah besetzt werden. Teilweise dauert es 180 Tage, bis eine Stelle nachbesetzt werden kann. In diesem Zeitraum müssen die verbleibenden Pflegenden diese Arbeitsleistung mitbringen. Das heißt, die Belastung der Pflegenden steigt aufgrund des Personalmangels, der Komplexität der Versorgung, der überbordenden Bürokratie, aber auch des niedrigen Digitalisierungsgrades und der geringen Autonomie im Beruf. Dazu kommen Schicht-, Wochenend- und Feiertagsdienste und bis vor Kurzem auch noch eine schlechte Bezahlung.

Nach wie vor ist der Pflegeberuf ein Frauenberuf. Etwa 80 Prozent der Pflegenden sind Frauen. Ältere Menschen sind für die Gesellschaft und die Wirtschaft interessant, solange sie vital sind und Geld haben. Sobald dies nicht mehr der Fall ist, ändert sich das. Immer mehr Menschen sind von Altersarmut betroffen, gehen Flaschen sammeln, kommen zur Tafel, weil das Geld nicht reicht. Und die Menschen werden immer älter. So steigt die Zahl der über 100-Jährigen auf 17.900 im Jahr 2024. Das ist eine Steigerung um 24 Prozent seit 2011. Schaut man nach Japan, dann gibt es dort mittlerweile 500.000 Menschen, die älter sind als 100. Auch bei uns wird dieser Anteil steigen und damit auch der Bedarf an Versorgung und Pflege.

In Bezug auf die Versorgung steigen die Erwartungen der Klienten und Bewohner an die Dienstleister, an die Pflegenden ebenfalls an und damit die Anforderungen an das Personal und die Einrichtungen. Gewalt und Übergriffe gegenüber dem Gesundheitspersonal nehmen zu. Pflegende fühlen sich dabei oft allein gelassen.

Die Arbeit in der Pflege ist physisch und psychisch sehr anstrengend. Das zeigt sich in den hohen Ausfallzeiten in der Pflege. Wir diskutieren das gerade über die digitale Krankschreibung. Zum Beispiel können wir einen kurzfristigen Ausfall in der Pflege oft nicht sofort ersetzen. Dann steigt auch die Arbeitsbelastung der verbleibenden Pflegefachpersonen.

Das Image des Pflegeberufs ist nach wie vor verbesserungsbedürftig. Auch einzelne Pflege-Influencer schaffen es nicht, dagegen anzukommen. Die negative Presse in der Branche trägt dazu bei, dass sich das nicht ändert. Und Eltern raten ihren Kindern noch immer davon ab, diesen Beruf zu wählen. Ohne internationale Fachkräfte, teilweise mit akademischem Abschluss, würde das System der Pflege heute zusammenbrechen. Es braucht eine koordinierte Zuwanderung und Migration von Pflegefachpersonen, um die Versorgung heute und in Zukunft sicherzustellen. Dabei bleibt das Bildungsniveau in der Pflege in Deutschland hinter den europäischen, internationalen Standards zurück.

Derzeit gibt es in der Gesundheitsversorgung sowohl eine Über- als auch eine Unterversorgung. Ambulante Dienste und Einrichtungen müssen schließen, reduzieren ihre Kapazitäten oder können die Qualität der Versorgung nicht auf dem notwendigen Niveau aufrechterhalten. Bewohner erhalten die Kündigung und müssen sich nach einer anderen Einrichtung umsehen, die meist nicht in der näheren Umgebung zu finden ist. Es fehlt

an Personal, an Nachwuchs und an Personalentwicklung.

Die Eigenbeteiligung für die zu Pflegenden steigt von Jahr zu Jahr. Je nach Bundesland liegt die Eigenbeteiligung nach Abzug der Kosten für die Pflegeversicherung zwischen 2.600 und 3.700 Euro. Bei vielen Pflegebedürftigen reichen Rente, Ersparnisse, Vermögen und die Leistungen aus der Pflegesicherung nicht aus, um diese Kosten zu decken. Sie müssen Sozialhilfe beantragen. Auch dieser Anteil steigt. Etwa 33 Prozent der Bewohner:innen sind Sozialhilfeempfänger. Dieser Anteil ist für 2026 auf einen Wert von 36 Prozent prognostiziert. Daher wird ein Heimeinzug häufig hinausgezögert oder vermieden, obwohl er notwendig ist.

Immer mehr Menschen sind einsam, haben keine Kinder oder diese wohnen weit entfernt. Soziale Bindungen fehlen oder gehen verloren, weil Menschen, Freunde, Bekannte, die Familie verstirbt. Bei Armut und Geldsorgen ziehen sich die Menschen zurück, aus Scham, um ihre Würde nicht zu verlieren.

Wir beobachten eine Zunahme der Nachfrage um Unterstützung zum assistierten Suizid. Verzweiflung, Einsamkeit und geringes Vertrauen in das Pflegesystem sind die Hintergründe.

Wenn wir auf die individuelle ethische Ebene schauen, dann wissen wir, dass hilfe- und pflegebedürftige Menschen einen Anspruch auf Versorgung haben. Grundlage ist das Grundgesetz, Artikel 2 und Artikel 3, und die Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen. Hier sind die Rechte niedergeschrieben. Aber können sie auch erfüllt werden? Die Charta zeigt Qualitätsmerkmale einer guten Versorgung auf und ist daher eine Leitlinie für alle, die in der Versorgung in der Verantwortung sind. Das ist die Politik, das sind die Leistungserbringer. Diese müssen die

strukturellen und finanziellen Rahmenbedingungen zur Gewährleistung der Rechte sicherstellen.

Hier geht es um Selbstbestimmung, um Hilfe zur Selbsthilfe, um die körperliche und seelische Unversehrtheit, um Privatheit, um Pflege, Betreuung und Behandlung, um Information, Beratung und Aufklärung, aber auch um Wertschätzung, Kommunikation und Teilhabe an der Gesellschaft. Es geht um Religion, Kultur und Weltanschauung und um palliative Begleitung, Sterben und Tod. Der Gesetzgeber sorgt für die Rahmenbedingungen. Die Leistungserbringer sind für die Umsetzung verantwortlich, aber das wird ihnen immer schwerer gemacht.

Es gilt also, Strukturen zu schaffen, die die Inanspruchnahme dieser Rechte möglich machen. Dazu gehören organisatorische Rahmenbedingungen, Strukturen: Wie sind die Städte gebaut, wie ist die Kommune? Wie sind die Wohnmöglichkeiten für ältere Menschen? Wie ist das Gesundheitssystem an sich? Es geht darum, präventiv zu wirken, rehabilitativ zu wirken, erst dann kurativ und palliativ.

Auch die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung muss in den Blick genommen werden, und zwar von Anfang an. Wir brauchen Gesundheitskompetenz in den Schulen, bei den Kindern. Das Pflegesystem muss entsprechend aufgestellt werden, und auch Gesundheitsberufe sind gefordert. Das Thema Digitalisierung kann uns helfen, aber da sind wir weit hinten. Bei der Vernetzung und Kommunikation, was die Digitalisierung angeht, besteht ein großer Bedarf. Auch beim Thema Bildung: Ausbildung, Studium, mehr Autonomie und Eigenverantwortung, Wissenschaft und Forschung, was die Pflege angeht, schaffen für den Beruf gesellschaftliche Anerkennung, Respekt und Akzeptanz.

Was wir brauchen, ist weniger Arztzentrierung, dafür mehr Pflegeorientierung. Die anstehende

Krankenhausreform und die Pflegeversicherung sind eine Chance. Aber hier wird es zu Verschiebungen aus dem Akutbereich in den ambulanten Bereich kommen, aber im Moment sind die Strukturen dafür weder im ambulanten Bereich noch in der Langzeitpflege hinreichend aus- und aufgebaut.

Wichtig ist der Schutz vor Gewalt, einerseits was die Bewohner und Bewohnerinnen angeht, andererseits was die Pflege angeht. Eine Definition der WHO sagt, dass „Gewalt der absichtliche Gebrauch von angedrohtem oder tatsächlichem körperlichem Zwang oder physischer Macht gegen die eigene oder andere Person“ ist. Ich denke, wenn Pflegende in eine Situation kommen, dass sie zu wenige sind oder die Rahmenbedingungen nicht bestehen, dann ist die Gefahr, dass Gewalt entsteht, groß – aus der Not heraus, aus Überforderung, und davor müssen wir sie schützen.

Erfreulich war, dass mit dem neuen Pflegeberufegesetz im Ausbildungsziel auch der Aspekt der ethischen Reflexion aufgenommen worden ist, sodass sich Pflegende schon in ihrer Ausbildung mit dem Thema ethische Aspekte im Beruf befassen müssen. Denn die, die im Beruf sind, die in die Ausbildung gehen (das hören wir immer wieder, es gibt viele Abbrecher), merken oft: Das, was ich gelernt habe und was ich ethisch, moralisch, fachlich tun sollte, ist nicht immer möglich.

Wie geht man mit diesem Dilemma um? Geht es um Priorisierung der Tätigkeiten oder geht es eben um Rationierung? Junge Menschen müssen lernen, wie sie in der Situation agieren können, wenn nicht alles gleichzeitig möglich und machbar ist, also lernen, zu priorisieren anstatt zu rationieren.

Wir müssen auch auf die Gesellschaft schauen. Es geht um Gemeinschaft, um Nachbarschaftshilfe, um das Ehrenamt, um soziale Integration, und es geht um Angebote und Beteiligung. Wie können

ältere Menschen zum Beispiel zu Veranstaltungen gehen? Wie können sie an Kultur teilnehmen? Bekommen sie einen öffentlichen, kostenfreien ÖPNV-Schein usw.? All dies macht Teilhabe erst möglich, wenn man kaum Geld hat oder alleinstehend ist. Teilhabe ist nur möglich, wenn die Betroffenen das bezahlen können und wenn diese Teilhabe auch erreichbar ist.

Wir sind aber auch dem Wirtschaftlichkeitsgebot verpflichtet. Im SGB V ist das § 12, im SGB XI ist es § 29. Das heißt, wir müssen mit den Ressourcen, die uns zur Verfügung stehen, wirtschaftlich umgehen, sie zweckmäßig einsetzen, sodass diejenigen Leistungen bekommen, die sie auch tatsächlich brauchen.

Ich hatte eben gesagt, dass es in unserem System immer noch eine Überversorgung gibt, aber wir erleben auch eine Unterversorgung. Wie kann man Ressourcen ausgewogen verteilen? Das ist eine Aufgabe, mit der wir tagtäglich zu tun haben. Es ist einerseits eine Aufgabe der Kostenträger und eine staatliche Aufgabe. Es ist aber auch eine Aufgabe der Kommune. Wer hat den Versorgungsauftrag? Es geht auch um private Vorsorge und Eigenbeteiligung: Was kann ich für mich tun, damit ich adäquat vorsorge?

Pflege leistet in diesem System einen wesentlichen Beitrag, damit der Behandlungserfolg gesichert und die Selbstständigkeit der Patient:innen erhalten bzw. wiederhergestellt wird. Ohne professionelle und spezialisierte Pflege in ausreichender Anzahl geht das nicht. Um den steigenden Bedarf an Pflege zu decken, müssen sich künftig mehr Menschen, auch Männer, für die Pflege entscheiden. Dafür muss der Pflegeberuf attraktiver werden, mehr Autonomie und gesellschaftliche Anerkennung bekommen. Es braucht die Zuwanderung von internationalen Pflegefachpersonen. Die Verfahren der Anerkennung und

Integration müssen forciert, standardisiert und beschleunigt werden.

Als DBfK sehen wir neben der Interessenvertretung der Mitglieder unsere Aufgabe darin, die Attraktivität des Pflegeberufs zu steigern und die Arbeitsbedingungen zu verbessern. Der DBfK ist Mitglied im ICN und dem Ethikkodex verpflichtet. Das ist die Basis, auf der unser Handeln beruht. Gerade in Zeiten knapper Ressourcen ist dies von besonderer Bedeutung, damit eine bedarfsgerechte Versorgung für alle zugänglich und bezahlbar bleibt. Rationierung und Unterversorgung dagegen müssen vermieden werden.

Doch nicht alles, was machbar ist, ist auch sinnvoll, vor allem dann, wenn die Lebensdauer nicht wesentlich verlängert oder die Lebensqualität nicht deutlich verbessert werden kann; auch hier wieder das Thema Priorisierung statt Rationierung. Mit den Worten von Professor Giovanni Maio, der Pflege wie folgt beschreibt: Pflege ist ihrem Wesen nach Beziehungsarbeit. Sie erschöpft sich nicht im Verrichten von Tätigkeiten, sondern besteht im Dasein für einen verletzbaren Menschen. Und Pflege ist keine Dienstleistung wie jede andere, sondern eine moralische Praxis, die vom Gedanken der Sorge und der Verantwortung für andere getragen ist.

Damit will ich schließen und bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit.

Kerstin Schlögl-Flierl

Vielen Dank, Frau Lux, für den Vortrag. Es gibt sicher viele Fragen zum Diskutieren. Wir haben nachher eine Stunde Zeit.

Jetzt wechseln wir die Perspektive. Wir haben unter uns den Sachverständigen Manfred Schmidt. Er ist Vorsitzender des Heimbeirates des Altenzentrums Eben-Ezer. Wir wollten in dieser Anhörung die verschiedensten Perspektiven aufzeigen.

Die Institution eines Heimbeirats in der stationären Langzeitpflege ist eher unbekannt. Wir haben sogar den Vorsitzenden eines solchen Heimbeirats gewinnen können, der den Weg auf sich genommen hat. Alles weitere zur Vita von Manfred Schmidt finden Sie in der Anhörungsmappe. Herr Schmidt, 15 Minuten.

Manfred Schmidt · Heimbeirat des Altenzentrums Eben-Ezer

Ich denke, dass ich nicht 15 Minuten brauche. Denn ich bin nicht prädestiniert, große Forderungen an die Politik zu stellen, sondern habe mich konzentriert auf den Tätigkeitsbericht eines Heimbeirates. Im Heimbeiratsgesetz (das gibt es in verschiedenen Ausführungen, je nachdem, in welchem Land man lebt) steht viel dazu, was ein Heimbeirat machen kann und machen soll.

Aber aus meiner Sicht spielt die Qualifikation eines Heimbeirates eine wesentliche Rolle: Wenn ich davon ausgehe, dass eine Bewohnerin des Altenheims mit 80 Jahren in einen Heimbeirat gewählt wird und einem professionellen Pflegedienst Rede und Antwort stehen bzw. die Beitragshöhe der Zuzahlungen behandeln soll (was im Moment bei uns wieder akut ansteht), dann bin ich schon der Auffassung, dass das eine Überforderung der Person ist. Meine Qualifikation habe ich ausschließlich und allein aus der früheren beruflichen Tätigkeit, denn ich war 30 Jahre Betriebsrat. Ich weiß also, was ein Betriebsrat für Möglichkeiten hat zu arbeiten. Da liegen Welten zu dem, was einem Heimbeirat zugemutet wird:

Ein Heimbeirat soll auf der einen Seite die Bewohner gegenüber der Einrichtungsleitung vertreten. Er soll aber auch darauf achten, dass innerhalb der Pflege die Gleichbehandlung der jeweiligen Personen sichergestellt ist. Denn es ist wohl menschlich, dass jede Person dazu neigt, sich ein Schätzchen auszusuchen. Und dann fängt das

Problem an: Wie weit darf eine zu pflegende Einzelperson eine andere Behandlung bekommen als die Nachbarin, die im gleichen Zimmer ist? Das hat teilweise Auswirkungen, die man schwer öffentlich diskutieren kann, weil das sehr ins Persönliche geht, sodass ich da meine Bedenken habe.

Ich bin im Heimbeirat einer kirchlichen Einrichtung, was ich als sehr gut empfinde. Denn hier steht im Gegensatz zu vielen anderen – was ich höre, wenn ich in der Fachtagung der Bundesregierung bin, die einmal im Jahr stattfindet, dann entdecke ich, dass es Welten gibt zwischen einem Heim, das nach Gewinn Gesichtspunkten geführt wird, und einem Heim, wie ich es vertrete, das eine kirchliche Prägung hat. Ich habe größte Bedenken, und die will ich heute in den Mittelpunkt meiner Aussage stellen.

Wenn das zutrifft, was ich hier in der Hessischen/Niedersächsischen Allgemeinen gelesen habe [hält die Fotokopie eines Zeitungsartikels hoch], dass die Finanzbranche jetzt das Pflegeheim als zukünftige Quelle für Rendite entdeckt – dann sollte die Politik das sehr genau beobachten. Denn das Zwischenmenschliche ist aus meiner Sicht das Wichtigste in der Pflege überhaupt, um sich einigermaßen wohlfühlen, um beachtet zu werden. Ich kann mir nicht vorstellen, dass in einer Aktiengesellschaft jemand das Wohl der Leute über die Erwartung der Rendite stellt.

Von daher appelliere ich ausdrücklich, da aufzupassen und einen Schwerpunkt der Beobachtung darauf zu legen, dass die Ethik, die notwendig ist, nicht unter den Erwartungen der Gewinne, die erzielt werden müssen, leidet. Danke schön.

Diskussion

Kerstin Schlögl-Flierl

Vielen Dank, Herr Schmidt, für Ihren Erfahrungsbericht und für die wichtigen Einsichten und Erfahrungen.

Wir sind am Ende des ersten Kurzvortragsblocks und haben nun Zeit zu diskutieren. Wer macht den Beginn? Nils Goldschmidt.

Nils Goldschmidt

Vielen herzlichen Dank für diese spannenden Einsichten und Positionierungen. Ich habe eine Frage an Frau Lux. Was bei mir insbesondere hängen geblieben ist, ist der Punkt der steigenden Erwartungen der Gepflegten, die Sie genannt haben, die oft auch mit Blick auf Gewalt und ähnliche Dinge eine bestimmte Rolle spielen. Vielleicht können Sie das noch etwas weiter ausführen und auch erläutern, woran Sie es festmachen, dass das wirklich gestiegen ist und was aus Ihrer Sicht die wesentlichen Treiber für diese steigenden Erwartungen sind. Das würde mich sehr interessieren.

Vera Lux

Die Gesellschaft verändert sich. Wir leben heute anders als früher. Das heißt, wir sind es gewohnt, dass alles immer zur Verfügung steht, dass wir schnell bedient werden, dass Ressourcen zur Verfügung stehen. Wenn ich dann in eine Einrichtung komme oder einen ambulanten Dienst brauche, dann erwarte ich natürlich, wenn ich viel Geld bezahle, dass meinen Erwartungen da auch entsprochen wird.

Das System ist sehr komplex, sowohl was die Pflegeversicherung als auch die häusliche Versorgung und das Thema Langzeitpflege angeht. Nicht alle kennen sich in dem System gut aus, sondern es war schon immer noch der Gedanke: Wir haben ja eine Vollversicherung. Aber wir haben nur eine Teilkostenversicherung.

Bei der ambulanten Pflege merkt man – wenn unsere Dienste angefragt werden und rausgehen, dann erstellen sie ein Angebot, was aus fachlicher Sicht an Versorgung notwendig wäre, damit man ausreichend zweckmäßige Versorgung hätte. Dann kommt am Ende aber ein Preis zustande, den viele nicht zahlen wollen oder zahlen können und sagen: „Nein, das will ich nicht und das will ich nicht.“ Dann nimmt man die Mindestleistung in Anspruch, was aber aus fachlicher Sicht nicht immer eine gute Versorgung ist.

Das heißt, die Erwartungen an die Leistungserbringer steigen, und auf der anderen Seite sind die Kosten hoch. Das bringt die Menschen in Not, das muss man einfach so sagen. In Pflegeeinrichtungen kommen natürlich einerseits die Bewohner, andererseits haben wir viel mit den Angehörigen zu tun und es ist klar: Wir können nicht eins zu eins alles genauso machen, wie es zu Hause erbracht wurde. Wir haben dafür nicht ausreichend Personal, wir haben auch nicht ausreichend qualifiziertes Personal dafür, sondern wir versuchen es eben nach bestmöglichen Standards zu tun.

Da gibt es oft Unzufriedenheit bei den Angehörigen, und das stresst natürlich alle Beteiligten und ist keine gute Situation. Wir merken es ja in der Akutversorgung in Notaufnahmen: Die Leute haben Wartezeiten und werden nicht sofort bedient. Die Kommunikation ist oft schwierig. Das erleben wir in allen Settings, und das ist eine Herausforderung sowohl für die Menschen, die betroffen sind, die gepflegt werden, als auch für die, die pflegen.

Nils Goldschmidt

Wenn ich noch mal zurückfragen oder in den Raum stellen darf: Bedarf es vielleicht auch in gewisser Weise einer stärkeren Fokussierung auf ein Erwartungsmanagement der Gepflegten oder, wenn man es etwas überhöht sagen würde, einer Ethik der Gepflegten, dass man also frühzeitig,

vielleicht in der Schule darauf hinweist, was möglich ist oder was den Umgang auch ausmacht? Dass einfach eine gewisse Normalität dessen, was zu erwarten ist oder was leistbar ist, ein gewisses Framing da ist, wenn man dann gepflegt werden muss, dass man ungefähr weiß, was einen erwartet?

Vera Lux

Ich glaube, dass wir auf unterschiedlichen Ebenen agieren müssen. Ich glaube, dass das Pflegesystem in Deutschland eine gesellschaftliche Debatte braucht: Was ist zu erwarten, wenn wir eine Pflegeversicherung haben und ein Teilkostensystem? Das muss in der Gesellschaft debattiert werden, und natürlich auch in der Situation, wenn die Situation eintritt, das heißt, ich einen ambulanten Pflegedienst oder eine Langzeitpflegeeinrichtung suche. Dann muss dieser Austausch, die Kommunikation, die Informationen so gegeben werden, dass ich es verstehe, manchmal vielleicht auch zwei oder drei Mal.

Häufig haben wir aber eine Situation, die ist akut: Ich komme aus dem Krankenhaus, kann nicht zurück nach Hause und habe gar nicht so viel Zeit, diese Erwartungen, Kommunikation, Informationen zu geben. Das heißt, wir müssen auf verschiedenen Ebenen anfangen, damit das Thema Pflege (was leistet die Versicherung? Wo müssen wir selber vorsorgen? Was ist zu erwarten?) noch besser kommuniziert wird.

Kerstin Schlögl-Flierl

Vielen Dank. Jetzt Annette Riedel.

Annette Riedel

Vielen Dank für die Eindrücke und Ihre Einblicke aus Ihren verschiedenen Perspektiven. Das war für uns sehr bereichernd.

Ich habe eine Frage an Sie, Frau Vogler. Sie haben die verschiedenen Perspektiven, individual-ethisch, sozialetisch und organisationsethisch aufgezeigt. Das fand ich sehr beeindruckend, das in dieser Gesamtsituation anzuschauen. Sie haben auch gesagt, dass sich Reformen in einem Gesundheitssektor auch auf andere Gesundheitssektoren auswirken.

Jetzt hatten wir gestern die Anhörung zum Personalbemessungsinstrument in der stationären Langzeitpflege, und Sie haben gesagt, wir brauchen sinnvolle Personalbemessungen. Das ist ein Thema, das uns auch beschäftigt, Personalknappheit. Wie schätzen Sie das ein? Ist dieses Instrument, die verlässliche und sinnvolle Personalbemessung, ein Instrument, das auch den ethischen Ansprüchen Rechnung trägt?

Christine Vogler

Die Arbeit, die da geleistet wurde, wird uns nicht helfen. Das muss ich ganz deutlich sagen. Man muss die Aufgabenstellung angucken. Wir wissen, dass wir zu wenig Personal haben, und das ist ja eine Aufgabenstellung: Wie schaffen wir es, unter dieser Prämisse eine gute Versorgung zu leisten?

Ein Kernpunkt oder ein Resümee, was davon übrig bleiben wird – meine ganz persönliche Befürchtung ist – ich habe es gestern gesehen, ich habe es noch nicht in der Tiefe durchgelesen, trotzdem sage ich es jetzt hier: Wenn da steht, dass diese Erkenntnis nicht an mehr Personal gebunden ist, sondern pflegerische Versorgung kann mit jeder Personalmenge und mit jedem Pflegepersonalmix umgesetzt werden, dann kann ich auch sagen: Pflege kann jeder. Ich bin wieder im Mittelalter: Hauptsache, die Leute werden irgendwie organisiert und irgendeiner sagt einem, wie es geht. Das ist für mich eine Aussage, die finde ich hochgefährlich.

Professor Rothgang macht eine hervorragende Arbeit in der Bundesrepublik und guckt seit vielen Jahren darauf. Es ist auch die Verzweiflung: Wir sind zu wenige, was machen wir mit den Pflegefachpersonen? Welche Qualifikationen haben wir in diesem Land? Wir kriegen es nicht auf die Reihe, verschiedene vernünftige Qualifikationen anzubieten. Wir haben immer noch keine vernünftige Master- und Bachelorausbildung, die wirklich gut Prozesse in der pflegerischen Versorgung steuern kann. Die Pflegefachassistenz kommt jetzt auf den Weg, sie beginnt 2026.

Ich glaube, wir müssen endlich lernen, dass man pflegerische Versorgung an Qualitätsindikatoren misst und nicht an der Höhe von Bedarfen, von Qualifikationen, von was auch immer. Wir brauchen Qualitätsindikatoren, und dann kann man Kompetenzen formulieren von Pflegefachpersonen auf der Ebene der akademischen Abschlüsse und der Ausbildung, die auch bestimmte Bedingungen umsetzen kann. Das muss der Weg sein.

Das ist in der Langzeitversorgung so, und das muss auch in den Kliniken sein. Hier haben wir Vorbilder im Bereich der Magnetkrankenhäuser, die uns ganz klar zeigen, dass Qualitätsindikatoren für vernünftige Arbeitsbedingungen sorgen, für Arbeitszufriedenheit sorgen bei interprofessionellen Teams. Denn auch das muss uns klar sein: Langzeitversorgung muss in der Zukunft interprofessionell gedacht werden, nicht monoprofessionell. Primärversorgungszentren – als großer Begriff – und eben nicht Primärärztezentren, die eingesetzt werden, wo viele Professionen mit einer erweiterten Handlungskompetenz und Zugang im Gesundheitswesen da sein müssen, das muss eine Zielsetzung sein, und zwar möglichst gestern, weil wir wirklich keine Zeit mehr haben.

Schon heute haben wir die Situation, dass wir regional Kinder nicht mehr versorgt bekommen,

weil Fachpersonen fehlen. Die Demenzversorgung, psychiatrische ambulante Versorgung bricht massiv ein, weil wir keine Ambulanzversorgung mehr haben. Die Menschen sind verzweifelt, werden stationär aufgenommen, völlig fehlversorgt, weil sie dann nicht mehr integriert werden können.

Da spielen so viele Aspekte eine Rolle. Ich würdige die Arbeit von all den Menschen, die sie machen, aber ich glaube, dass uns das nicht helfen wird. Nicht in der Diskussion, in der wir sind.

Kerstin Schlögl-Flierl

Eine klare Aussage. Annette Riedel möchte noch mal zurückfragen.

Annette Riedel

Ja, ich danke noch mal dafür. Wir haben auch diskutiert, inwieweit Prozesse der Dequalifizierung zur Reduktion der Attraktivität für das Berufsbild, aber insbesondere auch für das Setting führen. Ich glaube, dann wird es brisant. Deshalb vielen Dank für Ihre klaren Worte.

Kerstin Schlögl-Flierl

Auf meiner Liste steht als Nächstes Eva Winkler.

Eva Winkler

Vielen Dank für Ihre Berichte. Das kann man einordnen. Ich wollte bestimmte Punkte noch mal nachfragen.

Frau Vogler, Sie sagten, dass vieles Schnittstellenthemen sind. Sie hatten das eindrückliche Bild mit dem Toilettenstuhl gebracht: Wer ist dafür zuständig? Gäbe es denn, wenn wir die Fachkräfte nicht so schnell ausbilden können, wie wir sie brauchen, Effizienzverluste an solchen Schnittstellen, die man von der Regulatorik oder wie wir es aufsetzen, besser auffangen könnte, dass nicht in zwei verschiedenen, ich weiß nicht, ob rechtlich, in SGB V und IX aufgelöst und zusammengelegt – also gibt es Vorstellungen, was konkret

geändert werden muss, damit Sektorenschnittstellen nicht zu Hinderungsgründen werden? Und gibt es Muster, die Sie erkennen, aus Ihrer Tätigkeit, wo man sagt: Wenn man das ändern würde, dann hätte man schon mal relativ viel abgeräumt von dem, was die Leute machen können und was sie schnell machen können.

Christine Vogler

Die Vorstellung, wie wir versorgen und wie wir die Versorgung finanzieren, ist bei uns tatsächlich – also das Idealbild ist, dass wir ein System haben, das finanziert, und zwar das gesamte Gesundheitssystem, also Versorgung als Public-Health-Ansatz denken, Zugang zum Gesundheitswesen zu garantieren und dann dahinterliegend, ob man medizinische, pflegerische oder therapeutische Versorgung braucht, nicht aufzuteilen in verschiedene Sozialgesetzbücher. Die Idee ist, ein Sozialzugangssystem zu entwickeln, wo auch gut koordiniert werden kann, wer was braucht.

Denn wer es in der Langzeitversorgung mal mitbekommen hat: Wenn ich Angehörige in der Langzeitversorgung habe und eine Physiotherapeutin brauche, dann ist das ein ganz anderer Vorgang als in der ambulanten Versorgung. Die Kolleginnen, die vor Ort sind und in der Langzeitversorgung arbeiten, sind da fit, aber können die, die in der ambulanten Versorgung arbeiten, nicht beraten. Die, die im Krankenhaus arbeiten, wissen auch nicht, wie die Finanzierung funktioniert, weil sie damit nichts zu tun haben. Das sind, auch was Beratung und Schnittstellensituationen angeht, keine guten Situationen.

Unsere Auszubildenden, die wir haben, sind durch das Pflegeberufegesetz jetzt in der Situation, dass sie wirklich in alle Bereiche reinkommen, und die merken diesen Irrsinn, diese Brüche jeden Tag, denn unsere Kolleginnen arbeiten nur in einem Bereich. Aber unsere Auszubildenden

gehen überall hin und sehen jeden Tag: Da werden Patientinnen oder Pflegebedürftige nicht abgenommen, sie gehen viel zu schnell oder werden in Kliniken eingewiesen. Das erzählen die auch.

An der Stelle kann man nur sagen, ich glaube, wir müssen wirklich über ein Gesundheitssozialgesetzbuch nachdenken, das dann auch die Finanzierung ergibt, und noch mal über völlig andere Bezahlssituationen aus der Perspektive des zu Versorgenden nachdenken und nicht dieses: „Ich wasche dir die Haare und kriege 3,50 Euro.“ Das kann so nicht mehr bleiben, sondern wir müssen Budgets rausgeben, wo die Versorgung durch die Betroffenen gesteuert und dann ausgehandelt werden kann mit denen, die versorgen. Dann kann man noch mal anders auf Qualifikation gucken.

Jetzt steigen wir in die Tiefen von Ideen, aber ich glaube, völlig anders zu denken, muss eine Möglichkeit werden, damit wir in Zukunft überhaupt Versorgung leisten können.

Kerstin Schlögl-Flierl

Die Tiefe von Ideen ist nicht das Problem, das hätten wir gern [Lachen]. Vielen Dank, Frau Vogler. Als Nächstes auf meiner Liste ist Mark Schweda.

Mark Schweda

Ich bohre gleich ein bisschen in die Tiefe. Erst mal herzlichen Dank für die eindrucksvollen Inputs. Ich hätte eine Frage an jeden und jede der drei.

Frau Vogler, Sie haben diese Unsichtbarkeit der Pflege im Gesundheitssystem sehr eindringlich beschrieben, also mit der Expertise und der Kompetenz nicht strukturell in den entsprechenden Governance- und Steuerungsprozessen verankert zu sein. Das kann man sich kaum vorstellen, wie eine so wichtige Berufsgruppe unterrepräsentiert sein kann. Haben Sie eine Erklärung dafür, warum das so ist? Was kann man machen? Und was

wären Schaltstellen, wo Sie sagen würden, hier wäre es vor allem wichtig, dass die Pflege auf Augenhöhe gleichrangig repräsentiert wäre?

Frau Lux, Sie haben von der Ambulantisierung auch im Pflegebereich gesprochen und gesagt, dass wir bisher darauf nicht gut vorbereitet und eingestellt sind. Was wären denn Ansätze, wie man darauf reagieren könnte? Wir hatten vor der Anhörung über Community Health Nurses [CHN] und solche Modelle gesprochen. Vielleicht könnten Sie dazu noch etwas sagen.

Herr Schmidt, ich fand sehr eindrucksvoll die Gegenüberstellung, die Sie gemacht haben, von Heimeinrichtungen in kirchlicher Trägerschaft und Einrichtungen, die aus Gewinninteresse betrieben werden und die als Teil größerer Konzerne, internationaler Konzerne möglicherweise Aktiengesellschaften geführt werden. Es würde mich interessieren, noch mal ausgeführt zu hören, wo Sie da die relevanten Unterschiede sehen oder was Ihnen da als besonders problematisch aufgefallen ist.

Christine Vogler

Ich starte mal. Unsichtbarkeit von Pflege, was ist der Grund? Ich könnte jetzt ganz harsch sagen: politische Ignoranz und Dummheit, und zwar über Jahrzehnte. Die Pflege hat in Deutschland eine Historie – beziehungsweise andersrum, ich glaube, wir müssen über den Heilkundebegriff kommen. Die ärztliche Dominanz im System ist riesig durch die Festschreibung im Sozialgesetzbuch V, dass die Ärzte Diagnostik und Therapie machen, und die anderen dürfen mitmachen, sage ich mal ein bisschen platt. Daran krankt wir in Deutschland mit allen Gesundheitsfachberufen. Daran krankt die Entwicklung auch in der Bildung, dass sowohl die Therapie als auch die Pflegeberufe nach wie vor in der Ausbildungssituation und nicht im Studienbereich angesiedelt sind.

Daran krankt inzwischen auch die weitere Entwicklung der Gesundheitsversorgung.

Diese strukturelle Unsichtbarkeit bedingt sich auch dadurch, dass die Länder – im Grunde sind wir in einem Selbstverwaltungssystem im Gesundheitssystem, und wenn die Pflege nicht institutionell gestärkt wird, dann bekommt sie auch keine Möglichkeit, mit Geschäftsstellen, mit wissenschaftlichen Mitarbeiter:innen, mit Referenten Dinge zu erarbeiten, um sie in dieses Thema einzubringen, zum Beispiel in den Deutschen Ethikrat oder in andere Gremien, die wirklich Entscheidungen fällen können und Verantwortung tragen.

Das ist der Kampf, den wir zum Beispiel mit der Kammerbewegung seit Jahrzehnten fechten, die nicht ins Laufen kommt, weil die Politik an der Stelle zu schwach ist, etwas durchzusetzen, was der Sache dienen könnte, aber auch Wählerstimmen kosten könnte, weil man eine sehr große Berufsgruppe in Deutschland steuern müsste und sagen müsste: „Leute, wir müssen euch organisieren. Wir müssen wissen, wo ihr arbeitet, wie ihr arbeitet, damit wir zum Beispiel in Krisensituationen wissen, wie alt ihr seid, was wir entwickeln müssen usw.“

Von daher ist das einer der größten Appelle, die wir auch nach Deutschland senden wollen: Organisiert endlich die Pflege institutionell. Da geht es nicht darum, dass wir wichtig werden wollen oder irgendwas sein wollen. Die gesamte Kompetenz von pflegerischem Wissen findet keinen strukturellen Eingang in irgendein Gesundheitssystem, in eine Entwicklung. Das findet überhaupt nicht statt. Dieses Bewusstsein gibt es überhaupt nicht. Wir sind 1,7 Millionen Pflegefachpersonen in Deutschland. Die sind völlig unorganisiert. Wir haben keine Fortbildungspflicht. In diesem Land muss niemand nach seiner Ausbildung irgendeine Fortbildung machen.

Ich stehe neulich mit einer Kollegin aus Brasilien bei mir. Ich bin ja Geschäftsführerin des Berliner Bildungscampus [für Gesundheitsberufe, BBG]. Wir bilden im Jahr ungefähr 400 Menschen in Anpassungslehrgängen aus. Ich stehe da und frage: „Wie geht es Ihnen denn hier?“ „Ja, alles prima, aber ich muss jetzt noch mal nach Brasilien fliegen, denn sonst verliere ich meine Zulassung als Pflegefachperson.“

Die größte Irritation, die unsere Kolleginnen haben, die wir bei uns haben, ist bei der Frage: Wo muss ich mich registrieren? Wo muss ich meine Prüfung regelmäßig wiederholen? Wo muss ich mich melden? Wo ist meine Zunft sozusagen? Und wir sagen: „Haben wir nicht, haben wir nicht, haben wir nicht, haben wir nicht.“ Das muss man sich mal vorstellen, was das mit diesem Beruf macht.

Vielleicht als Letztes noch mal zur Struktur. Das ist ja auch die andere Seite. Wohin soll sich Politik denn wenden? Der Deutsche Pflegerat kriegt (wir wissen sehr gut, was das bedeutet) überhaupt keine finanziellen Zuwendungen. Jetzt kriegen wir seit wenigen Jahren ein bisschen Geld, wo wir ein bisschen Hauptamtlichkeit mitfinanzieren können.

Allein auf der Bundesebene, wo wir organisiert sind, haben wir das mal herauszufinden versucht. Die Ärztekammern, die Selbstverwaltungsorgane haben ungefähr 2000 bis 2400 Angestellte, Referentinnen und Referenten usw. Der Deutsche Pflegerat hat acht. Wenn man das anschaut, wenn wir über strukturelle Ungleichheit – ich will nicht 2400 Leute haben, darum geht es mir gar nicht. Wir sind das effizienteste Geschäftsstellensystem, was wir haben. Mir geht es aber darum, wirklich deutlich, dass man klarmacht, dass es hier eine strukturelle Ungleichheit gibt. Da stimmt irgendwas nicht. Und sich das vor Augen zu halten,

gleichzeitig mit allem anderen, was wir hier zusammentragen, das ist total wichtig.

Vera Lux

Ich würde da vielleicht noch aufsetzen. Der Wissenschaftsrat hat 2023 ein Gutachten zu den Gesundheitsberufen herausgegeben und hat auch begründet, warum wir mehr Qualifizierung, mehr Wissen, mehr Professionalisierung brauchen: weil die Therapien usw. immer komplexer werden. Ich verstehe oft nicht, warum es dann nicht angegangen wird. Dafür braucht es natürlich Geld. Vorschläge waren gewesen, dass die Hochschulen einen zweckgebundenen Zuführungsbetrag bekommen, um die Gesundheitsberufe zu entwickeln. Und das passiert einfach nicht. Und keine Fakultät sagt: „Na ja, dann streichen wir mal Neurowissenschaften oder was anderes, damit wir Pflege entwickeln können.“

Wir brauchen einen zweckgebundenen Zuführungsbetrag, damit die Berufe entwickelt werden können. Man kann ja in 20 Jahren, wenn das aufgebaut ist, den Zuführungsbetrag in den Gesamtzuführungsbetrag einschließen. Aber ohne dass es dafür Geld gibt, wird keine Fakultät sagen, jetzt kümmern wir uns um die Pflege. Das sind Einzelne, die das tun, aber es sind viel zu wenige, um das Niveau zu halten.

Und wenn man Geld in die Forschung steckt, Medizin und Diagnostik und Hundertjährige operieren kann, dann muss man auf der anderen Seite eben professionelle, fachlich ausgebildete Pflege haben, damit dieser Invest in Therapie und Medizin am Ende auch bei den Bewohnern, bei den Menschen ankommt und gehalten werden kann. Das ist auch eine politische Verantwortung, die einfach nicht wahrgenommen wird. Das war mir noch mal wichtig.

Wenn man auf die Gesundheitsreformen schaut, auch das ist ein Thema. Wir geben in Deutschland

viel Geld aus. Wir sind nicht diejenigen, die die beste Qualität liefern. Unsere Altersentwicklung geht auch rückwärts. Und jetzt versuchen wir eben, über die Reform natürlich zu reduzieren, zu konzentrieren. Wir verschieben viel in den ambulanten Sektor, und dort sind wir noch schlechter aufgestellt als im Krankenhaus. Das bereitet uns große Sorgen, vor allen Dingen für unsere Pflegenden, die aus fachlicher Sicht wissen, was die Menschen bräuchten, damit die Therapie und die Medizin sichergestellt werden kann. Und das haben wir nicht. Von daher wird das Dilemma in diesem Bereich noch größer werden, als es jetzt schon ist.

Wenn wir Pflegende qualifizieren, Sie hatten das Thema angesprochen: Community Health Nurses, das sind akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen mit Heilkundeübertragung, und auch im Public-Health-Ansatz, die müssten in der Kommune etabliert werden. Die müssen aber auch wissen: Wie sind die Bedarfe? Wie viele Menschen sind über 80 oder über 70? Ich muss präventive Hausbesuche machen, damit ich frühzeitig reagieren kann, nämlich präventiv und nicht kurativ oder dann, wenn es zu spät ist.

Diese Strukturen gibt es in Pilotprojekten, aber es ist viel zu wenig. Ich denke, es wäre dringend notwendig, dass man auch dieses Thema Level-1-Krankenhaus, was ja aus dem Gesetz wieder gestrichen worden ist – dort würden analog, wie es früher im Osten war, Professionen zusammenarbeiten und zunächst einmal zur Pflege kommen. Wenn Pflege sagt, hier muss ein Arzt oder eine Physiotherapie ran, dann ist es in der Einrichtung möglich, alle zu vernetzen und zusammenzuarbeiten und damit vielleicht auch unnötige Krankenhausaufenthalte zu vermeiden, die Menschen vielleicht eine Nacht dazubehalten und auf einem Niveau zu versorgen, was am Ende vielleicht auch Geld sparen würde.

Auch CHN und APN [Advanced Practice Nurse] in der Kommune, in der Gemeinde wären wichtig, aber auch das, was Frau Vogler sagt, dass die Menschen dort mit am Tisch sitzen. Das heißt, wir müssen als Professionen in der Kommune am Pflagetisch sitzen und sagen, hier werden Strukturen geschaffen. Was läuft gut, was läuft nicht gut, wo fehlt noch was, wie können wir uns besser mit den Akteuren auch vernetzen? Das wäre wichtig.

Kerstin Schlögl-Flierl

Vielen Dank, Frau Lux. Herr Schmidt, Sie sind als Nächstes dran.

Manfred Schmidt

Ja, das lässt sich ganz einfach beantworten. Der Zufluss des Geldes ist in beiden Institutionen gleich. Das heißt, die Geldgabe spielt keine Rolle, ob kirchlich orientiert oder gewinnorientiert. Aber die kirchlich Orientierten sind zum größten Teil, zumindest in unserem Haus, gemeinnützig, dürfen also keine Gewinne nach außen abführen. Also bleiben die Gewinne im Haus und werden dort sinnvoll eingesetzt.

Ich denke, das dürfte die Öffentlichkeit ruhig wissen: Unser Haus hat an die Beschäftigten außertariflich 50 Cent mehr gezahlt aus diesen nicht abgeführten Gewinnen. Das hat dazu geführt, dass wir keinen Personalnotstand mehr haben. Das hat zwar andere Häuser wieder getroffen, aber die Fluktuation innerhalb der unterschiedlichen Einrichtungen wird zum größten Teil über den Lohn gesteuert oder über das Entgelt. Von daher ist es ganz logisch, warum ich sage, dass die Pflege in den gemeinnützigen Einrichtungen besser aufgehoben ist als in einer Kapitalgesellschaft.

Aber ich darf mich vielleicht auch noch einmal zu dem Thema Qualifizierung äußern. Seit andert-halb Jahren ist die berufliche Ausbildung der Pflege mit den Krankenhäusern zusammen [Frau

Lux korrigiert die Aussage], seit 2020. Wir bemerken das jetzt. Wir haben früher drei Lehrlinge gehabt, wir haben jetzt 15. Warum? Weil die bei uns wissen: Nach ihrer Ausbildung können sie in jeder Einrichtung im Krankenhaus genauso wie in Pflegeeinrichtungen weiterarbeiten. Sie brauchen sich nicht von vornherein zu entscheiden: Gehe ich in die Pflege oder gehe ich ins Krankenhaus, weil bisher ja die Krankenhäuser entsprechend besser bezahlt wurden. Ich denke, dass sich da vielleicht in der Zukunft etwas tut. Ich beobachte es, weil es ein bisschen mein Interesse ist.

Bis jetzt muss ich sagen: Die Auszubildenden, die zu uns aus den Krankenhäusern kommen, haben eine höhere Qualifikation als die, die sich als Pflegekräfte, also über uns in den Beruf reinarbeiten. Das ist eine Sache. Das spielt scheinbar die Prägung durch die Eltern eine große Rolle: „Um Himmels willen, geht nicht in die Pflege. Da musst du ja vielleicht was tun, was nicht so schön ist. Im Krankenhaus brauchst du das nicht.“

Kerstin Schlögl-Flierl

Vielen Dank für diese Fragerunde. Als Nächstes auf meiner Liste steht Jutta Allmendinger.

Jutta Allmendinger

Vielen Dank. Das waren tolle Vorträge. Vielen Dank für Ihre Zeit und für die Expertise. Wir profitieren enorm davon. Ich habe keine Frage an einzelne Personen, sondern möchte am Fachkräftebedarf ansetzen und würde das gerne in vier Teile teilen.

Einmal wissen wir, dass im Pflegebereich die meisten Personen Teilzeit arbeiten und auch nicht über ein ganzes Erwerbsleben hinweg. Das wird dann oft so interpretiert, als wollten die das nicht, insbesondere bei Frauen, und könnten aber. Da hätte ich gerne eine Einschätzung von Ihnen.

Das Zweite ist die Frage, wie sich die unterschiedliche Ausbildung auf die Gewinnung von ausländischen Pflegepersonen auswirkt. Es gibt zunehmende Anstrengungen der Bundesregierung, des Gesundheitsministeriums, aber auch des Entwicklungsministeriums, Pflegeketten, Care Chains, einzurichten. Wie sieht das aus? Steigen die Zahlen? Ist die Akzeptanz da?

Das Dritte, was man immer wieder sagt, ist die Digitalisierung. Wir sehen, dass im medizinischen Bereich die Digitalisierung tatsächlich viele Fachkräfte ersetzen kann. Wie weit würden Sie gehen, dass dieser Fachkräftebedarf durch eine zunehmende Digitalisierung in der Pflege nicht gelöst, aber gemindert werden könnte?

Das Vierte, wenn ich darüber nachdenke, sind Männer. Warum bleibt es dabei, dass wir – ich glaube, 20 Prozent sind noch übertrieben; nach meinen Zahlen sind es eher 18 Prozent. Geschenkt, streiten wir uns nicht darum. Wie könnte man die motivieren, damit wir nicht immer bei Frauen anzusetzen haben?

Das ist der eine Komplex. Der zweite Komplex ist viel kürzer. Gibt es so etwas wie Pflegearmut, also dass Sie sagen würden, es gibt Personen, die einen hohen Pflegeanspruch haben, die aber einfach nicht gepflegt werden? Erstens weil sie sich vielleicht nicht trauen, Pflege zu suchen, oder weil sie schlichtweg keine Unterstützung, auch keine Zusatzunterstützung des Staates bekommen, um sich Pflege leisten zu können. Das ist eine Dunkelziffer. Ich habe dazu nichts gefunden. Es wäre großartig, wenn Sie dazu was sagen könnten.

Kerstin Schlögl-Flierl

Wer möchte zuerst? Frau Vogler.

Christine Vogler

Ich reiße mal alles an, und dann ergänzen wir uns gegenseitig. Zum Thema Teilzeit: Das ist wirklich

eine spannende Frage. Wir sind da in dieser Falle gerade von Frauenerwerbstätigkeit, muss man einfach sagen. In der ambulanten Versorgung ist es so, dass wir zum Teil noch geteilte Dienste haben mit nachmittags und abends und morgens, und mittags eben eine Pause, und natürlich sind Familien – also wir haben in Deutschland immer noch die Strukturen, dass die Frauen die Familien organisieren, und deswegen arbeiten die alle in Teilzeit.

Dann gibt es auch die Belastungsfrage. Der Pflegeberuf ist sowohl sozial als auch körperlich belastend, und wir haben das Phänomen – die Bezahlung ist ja besser geworden, und für viele Pflegefachpersonen war das die Möglichkeit, Arbeitszeit zu reduzieren, weil sie gesagt haben: „Ich will in dem Job bleiben.“ – Die rennen nicht weg, das ist das Positive daran. Aber sie reduzieren dann die Arbeitszeit, was wieder den Fachkräftemangel verstärkt.

Jutta Allmendinger

Darf ich mal zurückfragen: Ist das empirisch abgesichert?

Christine Vogler

Nein. Das ist eine Beobachtung, die wir machen. Ich kriege das auch mit in den großen Einrichtungen, die jetzt die neuen Tarifverträge, die sogenannten Entlastungstarifverträge fahren, dass viele Kolleg:innen mit diesen Entlastungstarifverträgen in ihrem Sinne positiv umgehen. Die sammeln die Belastungspunkte, um dann viel mehr frei zu haben oder um sich das auszahlen zu lassen. Die Pflegenden sind so individuell in ihren Lebenssituationen wie wir alle.

Was kann man daraus lernen? Ich denke, man kann daraus lernen, dass wir so unterschiedliche Modelle wie nur möglich anbieten, dass jeder, der in der Pflege arbeiten will, sein bestimmtes – also

zu festen Schichtdienstmodellen und solchen Sachen, dass wir so Vollzeitarbeit ermöglichen und wirklich auch fragen. Das gab es von der Arbeitnehmerkammer in Bremen: „Ich pflege wieder, wenn ...“ Also welche Bedingungen müssen erfüllt sein? Da sind ganz klare Antworten gegeben worden, und dazu gehört auch eine individuelle Arbeitssituation. Denn eins ist klar: Mobil arbeiten kann ich in der Pflege nicht, sondern da muss ich hin.

Zum Thema der Ausbildung ausländischer Pflegefachpersonen. Ich bin immer so überrascht, dass sich jetzt alle so einen Wunderbeutel umhängen zu dieser Thematik. Ich bin in der Pflegeausbildung seit 25, 30 Jahren und ich kenne von Beginn an die Situation der Anwerbung ausländischer Pflegefachpersonen. Das hat sich natürlich in den letzten 15 Jahren deutlich verstärkt aufgrund der Mangelsituation, und wir lernen auch, was die Integration von Pflegefachpersonen angeht. Für die Langzeitversorgung ist es im Grunde fast nur den größeren Trägern möglich, Anwerbung zu machen, weil das unglaubliche finanzielle Belastungen für die Einrichtung mit sich bringt: die Anwerbung, die Visasituation usw. Das funktioniert in den Institutionen, die Integration wirklich leben, gut. Es gibt immer schwarze Schafe. Wir haben das Siegel für faire Anwerbung. Ich denke, es ist viel passiert in den letzten Jahren.

Was wir jetzt vermehrt in Diskussionen mitbekommen (das sehe ich eher kritisch oder weiß gar nicht, ob das funktionieren kann), ist, dass wir in den Ländern, wo die Menschen herkommen, bereits ausbilden. Ich denke, ja, das ist eine schöne Idee. Deutsch ist eine unglaublich schwere Sprache für viele. Viele sagen uns: „Ich kann die Pflege, ich kann sie nur nicht in Deutsch.“ Und die müssen dann in einem System ausgebildet werden, das dem deutschen System entspricht.

Deutschland ist in der Pflegeausbildung sehr besonders. Das kriegt man kaum in den anderen Ländern abgebildet. Und dann frage ich mich – wir haben in den Gesundheitsfachberufen einen unglaublichen Mangel an Lehrpersonal. Bundesweit kriegen wir die Stellen kaum besetzt. Wir haben ein Ausbildungsdefizit, weil wir zum Beispiel Lehrer:innenstellen auch nicht besetzt bekommen. Und dann stelle ich mir vor, wir nehmen Kolleg:innen aus Deutschland und bringen die ins Ausland, damit die dort die Pflege oder andere Gesundheitsberufe lehren. Das kann man probieren. Ich weiß nicht, ob das so tragfähig ist.

Digitalisierung: Wir hoffen auf eine angemessene Digitalisierung. Wieder das strukturelle Problem: Wenn wir nicht in den Strukturen sind, dann können wir auch unser Wissen, was wir brauchen, nicht einpflegen. Ich habe mal mit einem Vertreter einer großen Firma, die Verbandsmaterial herstellt, also mit der Chefin gesprochen, und sie sagt: „Ich weiß gar nicht, an wen ich mich in der Pflege wenden soll, wie wir das entwickeln sollen. Ich kann nur immer anekdotische Antworten einzelner Pflegefachpersonen ranholen, aber gewinne nie den großen Überblick. Das kann ich als Unternehmen, das etwas entwickelt für eine große Breite, gar nicht benutzen. Ich kriege dann immer eine anekdotische Aussage.“

Da haben wir wieder die Situation: Was können wir entwickeln für die pflegerische Versorgung, damit das funktioniert? Digitalisierung ist genauso ein Problem. Momentan haben wir die Pflegefachpersonen so ein bisschen verbrannt, weil Digitalisierung momentan bei uns heißt: Wir machen es einmal analog und einmal digital, damit wir ausprobieren können, ob die Sachen funktionieren oder nicht. Auf der anderen Seite haben wir das Phänomen, dass von den digitalen Pflegeanwendungen in Deutschland, die seit vier Jahren

möglich wären, nicht eine einzige digitale Pflegeanwendung für die Betroffenen vorhanden ist, weil es so große Hürden gibt, diese ins Feld zu bringen. Das wird spannend.

Zum Thema Digitalisierung gehört für mich auch ganz klar das Thema Datennutzung. Wir haben mit den Krankenkassen und Pflegekassen unglaublich viele Daten, die in Deutschland überhaupt nicht vernetzt sind. Darüber müssen wir nachdenken. Wir können überhaupt nichts anwenden. Wir sehen es als große Chance auf ganz vielen Ebenen und unterstützen das sehr. Vom Deutschen Pflegerat haben wir auch zwei Positionspapiere dazu herausgebracht. Aber es reicht nicht, eine schlechte analoge Dokumentation in eine schlechte digitale Dokumentation umzugießen. Das macht auch keinen Sinn.

Vera Lux

Ich fange mal von hinten an, Männer in der Pflege. Ich denke, es hat unterschiedliche Ursachen, warum das so ist. Wir hatten vor Jahrzehnten das Thema Zivis, von denen viele nach ihrer Zivildienstzeit in die Pflege gegangen sind und den Beruf für sich erkannt haben.

Aber es ist natürlich eine Barriere für das Thema, dass die Gehälter in der Regel in der Vergangenheit so schlecht waren, dass man damit kaum eine Familie ernähren kann, und dass dieses Image der Pflege (wir tragen Schüsseln und Pipitöpfe rum usw.) nicht gerade attraktiv ist, um in einen Beruf zu gehen. Dieses Image muss sich ändern, weil wir viel mehr sind als das, was natürlich auch notwendig ist.

Aber Pflege ist komplex, sie ist herausfordernd, sie ist technisch hochkomplex geworden. Von daher ist es ein Beruf, in dem man – ich sage mal, das ist die neue Autoindustrie, die Gesundheitswirtschaft ist die Zukunft. Das heißt, dort werden

wir ganz unterschiedliche Rollen und Berufe haben müssen, und da ist viel Platz für Männer, die dort auch Karriere machen und sich entwickeln können. Von daher müssen wir am Image drehen. Wir müssen die Felder noch einmal darlegen und gucken, dass gerade beim Thema Bezahlung der Beruf so aufgestellt ist, dass man davon gut leben kann und eine Familie ernähren kann.

Das Thema Teilzeitbeschäftigung ist spannend. Ich habe in meinen letzten Tätigkeiten sowohl in der Uni Köln als auch in der Medizinischen Hochschule Hannover jeweils eine Auswertung unserer Teilzeitbeschäftigung gemacht. Interessant war, dass die Menschen, die am wenigsten arbeiten, nämlich unter oder um die 50 Prozent, die jüngeren Kolleg:innen sind, die Mitte 20 waren; die arbeiten am meisten in Teilzeit. Die meisten Stunden haben die Älteren gearbeitet, nämlich so um die 80 Prozent, weil die gesagt haben: „Vollzeit schaffe ich körperlich nicht mehr, die Belastung ist einfach zu groß.“ Und dazwischen liegen diejenigen, die Kinder und Familie haben und sich um diese kümmern müssen.

Aber die geringste Arbeitszeit hatten diejenigen, die jünger waren. Das ist natürlich erstaunlich. Woran liegt das? Das heißt, sie setzen die Prioritäten so an, dass sie Zeit haben für andere Dinge in ihrem Leben. Sie wollen auf Reisen gehen, wollen Dinge ausprobieren und gucken halt, ob sie mit dem Geld auskommen, was sie dann haben.

Ein Thema ist noch: Es gibt viele, die einen Nebenjob haben, noch einmal im ambulanten Dienst arbeiten gehen, weil sie am Ende netto mehr haben mit dem Hauptjob und dem Nebenjob, als wenn sie einfach bei uns aufstocken würden im Hauptjob. Das ist ein Thema.

Und die Belastung ist ein großes Thema, wenn man sagt: „Okay, ich schaffe einfach keinen Vollzeitjob.“ Man muss sich vorstellen, wenn Sie in

der Langzeitpflege sind und Sie haben eine Einrichtung mit 30 Plätzen, wovon 25 Bewohner demont sind, dann ist das eine enorme psychische und auch körperliche Anstrengung. Ich kann mir vorstellen, dass man das nicht in Vollzeit schaffen kann.

Zum Thema Ausbildung hat Christine [Vogler] schon viel gesagt. Was wir bemerken: Alle Politiker, die ins Ausland fahren, um dort eine Rahmenvereinbarung zu schließen – das ist nicht besonders erfolgreich. Wir merken, dass das Interesse generell groß ist. Wir haben auch in Deutschland Menschen, die einen ausländischen Hintergrund haben und von denen viele in die Pflege gehen. Aber ich denke, Sprache ist das A und O. Ohne Sprache können wir nichts machen.

Das, was Christine sagte: im Ausland nach deutschem Konzept ausbilden, halte ich für nicht zielführend. Wir ziehen hier dringend benötigte Pädagogen ab, die dann ins Ausland gehen. Hier fehlen sie. Wir müssen in Deutschland besser werden, und dann kommen vielleicht Menschen aus dem Ausland nach Deutschland, die direkt hier nach unserem System ausgebildet werden, wenn sie die Sprache adäquat können.

Kerstin Schlögl-Flierl

Vielen Dank. Herr Schmidt hat noch Redezeit.

Manfred Schmidt

Zwei Anmerkungen zum Anwerben von ausländischen Arbeitnehmerinnen. Wir haben Inderinnen bekommen. Die sind sprachlich in Indien ausgebildet worden, und die fachliche Ausbildung findet bei uns statt. Das sind nette junge Damen.

Zum Thema Männer: Auch hier kann ich nur Positives berichten. Nach der letzten Tarifierhöhung hat die Zahl der Männer bei uns in der Pflege stark zugenommen, würde ich sogar sagen. Wir haben inzwischen schätzungsweise 10 bis 15 Prozent Männer in der Pflege.

Kerstin Schlögl-Flierl

Vielen Dank. Das nächste Wort geht an Winfried Hardinghaus.

Winfried Hardinghaus

Vielen Dank. Teilweise ist meine Frage beantwortet. Ich stelle Sie jetzt einmal Frau Vogler. Ich bin langjährig als Palliativarzt tätig und bin es gewohnt, mit der Pflege auf Augenhöhe zu arbeiten, und kann von daher die Forderung nach mehr Strukturierung gut verstehen. Die Frage aber ist: Was macht Sie sicher oder sind Sie sicher, dass sich dadurch am Ende des Tages auch die Situation der Pflege wirklich verbessert? Gibt es vielleicht internationale Erfahrungen?

Christine Vogler

Sie sprechen die Kompetenzausweitung der Pflegefachpersonen an. Deutschland ist an der Stelle einzigartig mit der nicht vorhandenen Kompetenz bei den Pflegefachpersonen. Ganz klar: Die Medizin hat einen völlig anderen Verantwortungsbereich als Pflegefachpersonen. Wenn wir die Berufsbilder erweitern – es geht ja um die Gesundheitsversorgung insgesamt –, schaffen wir auch mehr Ebenen, wo Pflegenden auch durchmarschieren können. Wir wollen ja auch eine durchgängige Bildungsstruktur schaffen: Schulgesundheitspflege zum Beispiel ist ein großer Begriff, der heute hier nicht so reinpasst, aber auch Community Health Nurses mit den verschiedenen Ausbildungen und die APNs, die Nurse Practitioners, mit den verschiedenen Schwerpunkten können ja auch in die Diskussion mit den Kolleg:innen aus der Medizin gehen. Da sind ja ganz andere Ausbildungs- und Studiengänge dahinter. Von daher wird sich natürlich die Situation verbessern, weil wir besser steuern können.

Es gibt genug internationale Belege – von Professorin Aiken zum Beispiel – dafür, dass eine erhöhte Qualifikation der Pflegefachpersonen zu

besseren Gesundheitssituationen, besserer pflegerischer Versorgung und zu besseren Patientenlagen führt. Da haben wir international viele Vergleiche.

Ich weiß jetzt nicht, ob das in Ihre Frage zählt oder wo Sie hinwollten.

Winfried Hardinghaus

Können Sie einen Vergleich direkt machen? Frankreich oder Schweden?

Christine Vogler

Frankreich, Schweden, Sie können eigentlich – Niederlande, also angrenzende Länder. Die Schweiz ist sehr ähnlich, was die Ausbildungsstrukturen angeht, aber hat trotzdem eine andere Augenhöhe mit der Medizin, weil die Kompetenzen der Pflegefachpersonen andere sind. Auch da gibt es Unterschiede. Also eigentlich Gesamteuropa. Österreich hat vor zwei Jahren die weitergebildeten Kolleginnen und Kollegen über Nacht auf das Bachelorniveau angehoben und die vollständige, 100-prozentige Akademisierung eingeführt, ohne – und das will ich noch einmal sagen – die Pflegefachassistenz deutlich zu stärken, also die grundständige Ausbildung, die auch Basisversorgung sichert. Es geht uns hier *nicht* um eine 100-prozentige Akademisierung in dem Sinne. Es geht aber um eine vernünftige – auch bei den Studien von Rothgang gestern, wo gesagt wurde, die QN 5, also die höchste Qualifikation, hätte man in Pflegeheimen gar nicht gefunden, deswegen konnte man die nicht beforschen. Da habe ich gedacht: Ich kenne aber Einrichtungen. Das kann doch nicht sein, ich kann doch nicht eine Studie machen, wo ich genau die am besten qualifizierten gar nicht in den Fokus nehme. Schwierig.

Um Ihre Frage kurz zu beantworten: Ja, ich glaube, es wird besser.

Kerstin Schlögl-Flierl

Okay, das gibt ja Hoffnung.

Winfried Hardinghaus

Auch die Situation der zu Pflegenden.

Christine Vogler

Ja, das ist ja die Grundlage, warum wir hier sprechen, glaube ich. Ja.

Kerstin Schlögl-Flierl

Es gibt Hoffnung. Das zu dem Punkt. Die Nächste auf der Liste ist Elisabeth Gräb-Schmidt.

Elisabeth Gräb-Schmidt

Vielen Dank für diese großartigen Einblicke. Eine Frage kann ich sehr gut anschließen, was die Kompetenzerweiterung oder -steigerung angeht. Ist es nicht so, dass diese verzwickte Pflegesituation in Deutschland so ist, dass Kompetenzen, die gar nicht durch Akademisierung neu erworben werden, sondern die vorhanden sind, die die Pflegefachkräfte haben, nicht abgerufen werden? Der Pflegenotstand und die Unwilligkeit von Pflegefachpersonen liegt, denke ich, nicht nur an der finanziellen Ausstattung, sondern auch daran, dass sie nicht die Pflege ausführen können, die sie gerne würden, die auch gute Pflege für die zu Pflegenden wäre. Ich denke, das hängt zusammen.

Sie haben angedeutet, dass die Reichweite der Maßnahmen und der Tätigkeiten unterstützt werden müsste, dass mehr in die Eigenregie und Autonomie der Pflegekräfte gegeben wird. Das wäre, denke ich, die Debatte, die geführt werden müsste. Ich denke an Beispiele in Dänemark, wo diese Netzwerke aufgebaut werden, wo die Pflegefachkräfte mit Nachbarschaftshilfe, mit Angehörigen zusammenarbeiten, damit es diese Lücken, diese Schnittstellen, auf die auch Eva Winkler hingewiesen hat, nicht gibt, dass man mehr darauf achtet.

Wenn Sie von Organisation sprechen, denke ich, ist auch das im Blick. Unsere Stellungnahme ist so orientiert, dass gute Pflege immer heißt, auf beide Seiten zu schauen: auf die Pflegenden und die Gepflegten, und ich denke, dass das in eins passieren würde, dass beides besser werden würde. Würden Sie das auch so sehen? Das ist eine Frage an alle eigentlich.

Christine Vogler

Ich sehe das genau so, wie Sie es beschrieben haben.

Wir suchen ja immer Sparpotenzial. Die Pflege ist jetzt kein Sparpotenzial in dem Sinne, dass man uns sparen kann. Aber wir würden, wenn man diese Ressource Pflege in Deutschland nutzen würde, dass eine Pflegefachperson eben *nicht* abgerufen wird, da hätten wir richtig Sparpotenzial im Gesundheitssystem. Die Kolleginnen, die immer nochmal doppelt zum Hausarzt müssen und das gegenunterschreiben lassen müssen, weil sie ein Pflegebett verschreiben wollen oder andere Dinge entschieden haben. Was wir an Doppelwegen sparen könnten, was wir auch an Wertschätzung gegenüber dem Beruf, wenn sie den Beruf ausleben könnten, signalisieren würden, indem ich einfach eine Entscheidung treffe, auch wirklich für die Forderung des Pflegeberufes, in seiner Kompetenz die Verantwortung zu übernehmen. Das würde uns allen guttun, vor allem auch der Versorgung. Ansonsten kann ich dem zustimmen. Auch Caring Communitys, das Buurtzorg-Modell aus Niedersachsen – es gibt so viele Dinge, an die wir uns anlehnen könnten. Wir müssen gar nichts neu erfinden, was uns helfen kann.

Kerstin Schlögl-Flierl

Frau Lux und dann Herr Schmidt.

Vera Lux

Noch mal die Selbstwirksamkeit: Was kann ich in meinem Beruf bewirken, wenn ich pflegerisch tätig bin? Kann ich einen Zustand verbessern? Kann ich schneller werden? Kann ich der Person helfen, indem ich ein Pflegebett oder einen Stuhl habe usw.?

Wir stehen immer in der Warteschleife mit den Ärzten. Wir müssen viel, was wir eigentlich selber entscheiden können, was wir auch gelernt haben, immer abhängig vom Arzt machen. Wir haben doppelte Wartezeiten, und das frustriert unsere erfahrenen Kolleginnen massiv. Es wäre wichtig, wenn wir da mehr Autonomie, mehr Zuständigkeiten bekommen in unserem Kompetenzbereich und nicht immer in der Warteschleife der Verordnung der Ärzte hängen. Das ist wichtig.

Wir brauchen immer einen Mix: Wir brauchen Quantität und wir brauchen auch Qualität. Was ist da der richtige Mix? Wenn ich zu wenig Quantität habe, kann ich als einzige Person gut ausgebildet sein, aber alleine schaffe ich eine bestimmte Anzahl an Pflegeversorgungen nicht. Das heißt, wir müssen schauen: Was ist der richtige Mix an Quantität und Qualität? Das heißt, wir brauchen einerseits Personalbedarfsbemessung, und auf der anderen Seite brauchen wir Qualitätsindikatoren, so wie Christine Vogler es gesagt hat. Was kommt am Ende dabei heraus? Denn wir müssen natürlich auch wirtschaftlich agieren. Input und Outcome müssen in einem gewissen Verhältnis stehen.

Zur Frage Ihres Nachbarn: Ich denke, wenn wir mehr Selbstwirksamkeit in unserem Beruf erleben, dann sind wir auch zufriedener, dann wird auch die Berufsfucht nicht so extrem sein und auch der Beruf an sich attraktiver sein. Wenn ich nichts entscheiden darf, suchen sich viele Menschen – 50 Prozent der Schulabgänger haben Abitur – was anderes. Von daher braucht es immer

einen Mix an Quantität und Qualität. Die Autonomie ist entscheidend und mehr Selbstständigkeit. Dann kann die Versorgung deutlich besser werden.

Christine hat es auch gesagt: Das Potenzial der Pflege wird brach liegen gelassen. Es wird nicht abgerufen. Das ist eigentlich undenkbar in dieser Zeit, wo es so dringend gebraucht wird. Auf der anderen Seite entwickeln sich immer neue Berufe, es kommen neue Player ins System. Das wird aber nicht billiger und es wird auch nicht besser für die Betroffenen, sondern man sollte die, die da sind, stärken und weiterentwickeln, damit das System auch gestärkt wird.

Kerstin Schlögl-Flierl

Okay. Herr Schmidt hätte noch die Möglichkeit. – Passt? Okay. Dann Helmut Frister.

Helmut Frister

Auch von mir herzlichen Dank für die wichtigen Einsichten, die Sie uns vermitteln. Die meisten Fragen, die ich hatte, sind schon beantwortet, aber eine ist übrig geblieben und eine ist neu dazugekommen. Die, die übrig geblieben ist, richte ich an Frau Lux, weil sie das als Erste aufgebracht hat. Es geht um die Zuwanderung von Arbeitskräften aus dem Ausland. Da sehen wir natürlich die Notwendigkeit, aber wir haben uns auch gefragt (und müssen das wahrscheinlich bei einer ethischen Beurteilung auch): Wie wirkt sich das in den Ländern aus, aus denen sie zuwandern? Das muss man, glaube ich, auch im Blick haben. Können Sie uns dazu etwas sagen?

Die Frage, die hinzugekommen ist, würde ich gern an Frau Vogler richten. Sie haben die sehr interessante Überlegung angestellt, dass man ein einheitliches Gesundheitssystem hätte, wo Pflege- und Krankheitsleistungen in einer Organisation zusammengefasst werden. Ich finde das sehr naheliegend, aber wir haben das Problem,

dass die gesetzliche Krankenversicherung eine Vollversicherung ist und die gesetzliche Pflegeversicherung ist keine. Und solange das so bleibt, habe ich Schwierigkeiten, mir vorzustellen, dass das in ein einheitliches System kommt. Meine Frage: Wäre das ein Plädoyer für die Pflegeversicherung als Vollversicherung?

Kerstin Schlögl-Flierl

Angesichts der Zeit bitte kurze Antworten: ja, nein, vielleicht. [Lachen] Nein, aber bitte kurze Antworten.

Vera Lux

Das Thema Zuwanderung: Ich hatte es ja erwähnt, ohne Zuwanderung geht es nicht. Wir haben heute schon teilweise fast 50 Prozent der Kolleginnen und Kollegen in der Pflege, die aus anderen Ländern kommen. Manche sind hier geboren, aber viele sind zugewandert. Das heißt, wir brauchen das.

Wichtig ist, zu wissen, dass die Qualifizierung in den anderen Ländern meistens auf Bachelorniveau ist. Das heißt, wir degradieren die mit einer höheren Ausbildung auf unser Niveau. Das ist fatal. Ich habe mich gefreut, dass gerade letzte Woche auf LinkedIn die Nachricht kam, dass Frankfurt jetzt versucht, ein Angebot zu schaffen für akademisch Ausgebildete, damit die auf Bachelorniveau auch eine Anerkennung bekommen. Das muss ausgebaut werden. Es kann nicht sein, dass sie sich hier verschlechtern und Dinge tun, die sie dort gar nicht gelernt haben.

Die Auswirkungen in den Ländern: Es gibt den WHO-Standard, nach dem geschaut werden muss, wer hat selber Not an Pflegefachpersonal, Gesundheitspersonal? An diese Bedingungen und Vorgaben halten wir uns natürlich auch.

Dennoch, unsere Kollegin aus NRW, Kammerpräsidentin Nordrhein-Westfalen, war zu Gast in

Spanien, hat sich dort mit anderen Kammerpräsidentinnen getroffen und musste sich deutliche Kritik anhören von den Kollegen aus anderen Ländern, dass wir auf den Märkten nach dringend benötigtem Fachpersonal in der Pflege suchen, denn auch andere Länder haben Demografie, haben eine Überalterung, die Bedarfe sind größer.

Das heißt, wir sind sicherlich gefordert, dass wir unsere Arbeitsbedingungen in Deutschland verbessern, damit wir den Beruf attraktiv machen, damit die Pflege ein attraktiver Beruf wird, damit wir selber für uns sorgen. Zuwanderung wird trotzdem notwendig sein, aber nicht in dem Ausmaß, wie es im Moment der Fall ist. Und wir müssen die, die kommen, mit dem Niveau, das sie haben, hier auch einbinden. Das wäre wichtig.

Christine Vogler

Ich kann nicht mit Ja oder Nein auf die Frage antworten, aber ich versuche, mich kurz zu fassen.

Es ist nicht unser Kerngeschäft, als professionell Pflegende diese Fragen zu beantworten. Aber natürlich machen wir uns Gedanken zu dem System, in dem wir sind. Wir merken, dass es auf der einen Seite ein Verständnis bei den Bürger:innen in diesem Land gibt, dass Gesundheitsleistung auch gebracht wird, dass man relativ wenig dazutun muss. Das wird in Zukunft nicht mehr funktionieren, Stichwort Gesundheitskompetenz von der Wiege bis zur Bahre. Da müssen wir wirklich hingucken.

Wir können, glaube ich, unter den wirtschaftlichen Bedingungen nicht für eine Gesundheitsvollversicherung sein. Dazu muss jeder seinen Anteil tragen. Ich glaube, wir müssen auch schauen, wie man eine gerechte Form der finanziellen oder überhaupt der Ressourcenverteilung liefern kann, dass die Menschen, die es benötigen, aber nicht bezahlen können, dazu kommen und

die Menschen, die bessergestellt sind, mehr geben.

Diese Diskussion müssen wir führen. Es ist ein Trugschluss, zu glauben, wir könnten auf ewig – die Demografie müsste uns schon seit zehn Jahren schlaflose Nächte bereiten. Wir werden das nicht mehr finanziert bekommen. Deswegen brauchen wir eine große gesellschaftliche Debatte: Wie viel bezahlen wir für die Dinge, die wir wollen? Wie viel geben wir da rein? Das kann ich dann auch rausholen. Und wie viel trage ich selber zur Gesundheitserhaltung bei, ganz ehrlich? Das ist eine sehr schwierige Situation, denn ich finde, die Diskussion um Gesundheitsversorgung ist zutiefst demokratisch. Denn wenn man hier in einer großen Not ist und keine Hilfen bekommt, stellt es alles in Frage, was man hat.

Kerstin Schlögl-Flierl

Jetzt haben Sie die ökonomischen Aspekte angesprochen. Jetzt ist Ihr Nachbar gefragt. Achim Wambach hat die nächste Frage.

Achim Wambach

Vielen Dank. Es ist extrem informativ, und ich verstehe die Organisationsthemen und die Sektorengrenzen, die Probleme aufwerfen. Das sind Strukturfragen. Meine Frage betrifft den Fachkräftemangel: Wenn ich mir die Zahlen anschau, hat Pflege einen wesentlich höheren Lohnanstieg in den letzten Jahren gehabt als andere Berufe. Sie korrigieren mich, wenn ich falsch liege, aber das ist mein Verständnis.

Die Ausbildungszahlen sind gestiegen, auch der Anteil der Männer ist gestiegen. Wir können jetzt ein Studium machen in der Pflege. Die Anzahl der Pflegekräfte ist gestiegen. Wir haben mehr Pflegekräfte pro Kopf als die meisten anderen europäischen Länder. Von den Zahlen her hätte ich gesagt, wir sind auf einem guten Weg. Insofern

würde ich jetzt zwei Fragen formulieren: Sind wir auf einem guten Weg oder nicht?

Als Zweites ein Blick zurück. Kann man sagen: Das waren zwei gute Maßnahmen, die auch den Kick gegeben haben, davon müssen wir nur noch mehr sehen? Also kann man auch zurückschauend einen positiven Weg sehen, dass wir auf diesem Weg sind? Denn die Zahlen steigen ja in allen Dimensionen, so wie wir es eigentlich wollen: mehr Pflegekräfte, mehr Männer, höhere Löhne.

Letzter Punkt: die Wertschätzung. Ich glaube den Statistiken: Direkt nach Feuerwehrmann, -frau kommt Pflegekraft, wenn man die Gesellschaft fragt. Es ist nicht die gesellschaftliche Wertschätzung. Wir sehen natürlich den Punkt, Sie hatten die Eltern angesprochen, was der Beruf als Berufsstand mit sich bringt. Aber die gesellschaftliche Wertschätzung ist in den letzten Jahren auch gestiegen.

Kerstin Schlögl-Flierl

Wer möchte? Frau Lux.

Vera Lux

Es ist ja so, dass wir älter werden und der Bedarf steigt. Wenn der Bedarf steigt, brauchen wir auch mehr Fachkräfte. Das ist klar. Und es ist natürlich positiv, dass inzwischen die Zahlen gestiegen sind und dass sich auch die Gehälter gebessert haben. Dafür haben wir aber auch Jahrzehnte gekämpft, weil Jahre zuvor immer weiter Pflegepersonal abgebaut worden ist. Wenn man sieht, dass es Personalschlüssel (Patient-to-Nurse-Rate) gab mit teilweise 13 bis 15 Patienten auf eine Pflegekraft, dann war das der Grund, warum der Beruf immer weniger attraktiv war, warum uns viele Menschen verlassen haben, warum die Ausbildungskapazitäten nicht mehr besetzt werden konnten. Das heißt, wir haben das nachgeholt, was wir in den letzten 20 Jahren abgebaut haben.

Okay, es gab die PpUGV, die Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung. Das war eine rote Linie, unter die wir nicht fallen durften, damit die Patientensicherheit gewährleistet ist. Das ist wichtig. Demzufolge wurde ein Personalbemessungssystem in der Akutversorgung und PeBeM [Personalbemessungsverfahren] für die Langzeitpflege implementiert. Von daher muss dieses Instrument auch umgesetzt werden, auf wissenschaftlicher Basis, damit man angemessen schauen kann: Wie viel von was in welcher Qualität brauchen wir, um eine sichere, zweckmäßige, nach den Gesetzbüchern ausreichende Versorgung sicherzustellen? Wir brauchen Qualitätsindikatoren, die messen, ob wir das mit den Rahmenbedingungen auch erreichen können.

Dieser Dreiklang ist im Moment so nicht gegeben. Wir haben in der Pflege keine Qualitätsindikatoren. Außer in der Akutversorgung haben wir den Dekubitus. Der wird national ermittelt und auch verglichen. Alle anderen Indikatoren wurden immer negiert. Das machen wir mit den ärztlichen Indikatoren mit. Da ist aber nichts passiert. Wenn wir aber keine Qualitätsindikatoren haben, dann kann ich sagen, wir brauchen weniger Personal. Wir brauchen weniger Qualität, es reicht auch eine Pflegefachassistenz. Auf der anderen Seite wird Medizin immer komplexer, und das geht nicht. Wir müssen uns angleichen an die Anforderungen, die dann aufgrund der Komplexität auch gehen.

Das heißt, ja, wichtig ist, dass wir einen angemessenen Personalschlüssel haben. Das machen uns andere Länder vor: eins zu sechs, eins zu acht, im Intensivbereich eins zu zwei.

Wir brauchen aber auch eine gewisse Flexibilität in den Einrichtungen. Denn wenn heute jemand ausfällt, zum Beispiel eine Pflegefachkraft mit onkologischer Fachweiterbildung, dann stehen eben nicht drei in der Warteliste, die ich sofort

einsetzen kann. Das heißt, wir brauchen als Einrichtungen eine gewisse Flexibilität, damit wir nachsteuern können. Aber das klappt oft nicht schichtgenau im Spätdienst oder Frühdienst, sondern grundsätzlich.

Wenn der Beruf attraktiver ist, wenn er mehr Wertschätzung hat, wenn er in der Gesellschaft anders aufgestellt wird, dann gehen auch mehr Männer in die Pflege. Wir haben viele Männer, die einen tollen Job machen. Wir haben viele Führungskräfte in der Pflege. Aber das Gehalt muss stimmen. Wertschätzung und Anerkennung müssen stimmen.

Das Thema Familie und Beruf geht auch nicht nur Frauen an. Auch Männer wollen sich um ihre Kinder kümmern. Daher ist das ein Struktursystem, das wir an vielen Stellen justieren müssen, damit die Gesundheitswirtschaft und die Pflege vielleicht die neue Automobilbranche wird, weil das einfach spannend ist. Mit KI und Robotik wird sich auch technisch viel tun. Wir haben da viele spannende Felder. Und auf Wertschöpfung folgt Wertschätzung, wenn die also etwas bewirken können

Wir haben in den letzten Jahren im Krankenhaus einen Pflegekomplexmaßnahmen-Score gehabt. Damit werden schwer kranke, aufwendige Patienten bemessen. Sie hatten einen Geldwert. Und ich sage Ihnen: Dieser Geldwert hat Ohren und Augen geöffnet. Sobald Pflege Erlöse bringt, haben wir auch eine andere Wertschätzung. Wenn wir nur Kostenfaktor sind, wird die Pflege degradiert. Von daher: Pflege hat einen Wert, und der muss messbar sein und bemessen werden. Ansonsten befürchte ich, dass sich da nicht viel ändern wird.

Kerstin Schlögl-Flierl

Vielen Dank. Vor dem zweiten Block möchte ich kurz noch Jochen Sautermeister seine Frage stellen lassen.

Jochen Sautermeister

Herzlichen Dank. Frau Vogler, Sie hatten den Moral Distress bei Pflegekräften angesprochen. Gibt es präventive Rahmenbedingungen in den Einrichtungen oder institutioneller Art, die das Risiko reduzieren können, oder umgekehrt formuliert, Erfahrungswerte zu Stellschrauben in diesen Fällen?

Christine Vogler

Das ist eine wichtige Frage. Das kann ich nicht beantworten. Ich will nur sagen: In fast allen Ländern dieser Welt ist bei den Pflegenden eine systematische Reflexion der Erfahrungen installiert und gehört zum Berufsbild. In Deutschland gibt es das überhaupt nicht. Diese permanente Krisensituation oder Traumasituation, in der Pflegende arbeiten, die das überhaupt nicht reflektiert bekommen, was sie da an persönlicher Not Dritter erleben, wird in Deutschland nicht zur Kenntnis genommen – übrigens in den gesamten Gesundheitsfachberufen von Medizinern bis Therapeuten nicht. Das hat überhaupt keinen Raum.

Und dieser Moral Distress, nämlich jeden Tag zu entscheiden, was lasse ich weg (genau unter der Facette, dass das nicht reflektiert werden kann), ist als Phänomen Cool-out beschrieben worden. Dafür gibt es keine Mechanismen, denn wir nehmen es nicht zur Kenntnis.

Kerstin Schlögl-Flierl

Frau Lux noch?

Vera Lux

Ich habe dem nichts hinzuzufügen. Ich würde mich dem voll anschließen.

Kerstin Schlögl-Flierl

Super. Vielen Dank an die drei Sachverständigen und danke für das Rede-und-Antwort-Stehen. Sie merken, wir haben viele Fragen. Das wird im zweiten Block nicht anders werden, so viel kann

ich versprechen. Aber an dieser Stelle vielen Dank und eine gute Pause.

Block II**Mark Schweda**

Liebe Vortragende, liebe Kolleginnen und Kollegen aus dem Ethikrat, liebe Zuschauende im Livestream. Ich darf Sie begrüßen zur zweiten Runde dieser Anhörung. Mein Name ist Mark Schweda. Ich bin Mitglied des Deutschen Ethikrates und werde die zweite Runde moderieren. Die läuft analog wie die erste Runde: Wir haben drei Vorträge mit je 15 Minuten und dann eine Diskussion von einer Stunde.

Ich freue mich sehr, den ersten Vortragenden Bernd Trost begrüßen zu dürfen, der die Hausleitung und Regionalleitung Rhein-Main der Franziska Schervier Altenhilfe innehat. Herr Trost, bitte schön.

**Bernd Trost · Franziska Schervier
Altenhilfe**

(Folie 1)

Vielen Dank, dass mir die Möglichkeit gegeben wird, die Sichtweise einer Einrichtungsleitung in Ihre Diskussion mit einzubringen. Ich habe den Luxus, in der Rednerliste an vierter Stelle zu sein. Das gibt mir Luft im Zeitbudget, weil die Vorrednerinnen und Herr Schmidt schon einiges gesagt haben, was ich Ihnen nicht unbedingt noch mal erzählen muss.

(Folie 2)

Zentrale Herausforderungen in der stationären Langzeitpflege. Ich habe mich mit Mitgliedern des Ethiknetzwerks in Frankfurt und unseres Ethikkomitees beraten: Was sind da die Themen? Denn die Fragestellung ist so offen, dass es darum

geht, zu sagen, was sind die Themen, die wir auf so eine Plattform hier bringen wollen?

Natürlich die demografische Entwicklung mit all den Aspekten, die vorhin angesprochen wurden: Wir haben eine Verknappung verfügbarer Fachkräfte bei steigendem Bedarf an Pflegeplätzen. Wir haben als zweites Thema identifiziert (und ich glaube, das ist sehr spannend) den Erhalt der Selbstbestimmtheit bei völlig veränderten Versorgungsbedarfen. Darauf gehe ich gleich noch etwas tiefer ein.

Als drittes Thema haben wir den Aufbau und die Entwicklung von Ethikkompetenzen und Ethikstrukturen identifiziert. Denn all das, was wir hier diskutieren, bedarf ja irgendeiner Folie, auf der es dann an den Point of Work gebracht werden kann.

(Folie 3)

Ich gehe zunächst auf die demografische Entwicklung ein. Wir haben eine Zahl nicht besetzbarer Fachkraftstellen, die kontinuierlich steigt. Und wir haben selbst bei angenommener leicht rückläufiger Heimquote der Pflegebedürftigen einen steigenden Bedarf an Pflegeplätzen.

Sie kennen alle diese Zahlenwerke. Es gibt unterschiedliche Prognoseberechnungen, die aber alle zu dem gleichen Schluss kommen, auch wenn es in den Zahlenwerken zum Teil erhebliche Unterschiede gibt. Destatis prognostiziert eine Unterdeckung von 280.000 Stellen in der Pflege bis 2049; man muss sich das vorstellen. Destatis prognostiziert auch einen Mehrbedarf von 84.000 Heimplätzen bis 2055, wobei der Pflegeheim-Atlas von Wüest Partner, der ja in der Branche recht bekannt ist, sogar von einem Mehrbedarf von 145.000 Plätzen bis 2040 ausgeht.

Wir haben ein offenes Problem in dem Missverhältnis zwischen Stellensuchenden bei Fachkräften und Stellennachfragenden. Und wir haben bei allen Anstrengungen eine Stagnation. Sie sehen:

2015 kamen auf 100 offene Stellen 49 Stellen-Nachfragende. 2023 kamen auf 100 offene Stellen für Pflegefachkräfte 55 Nachfragende. Über einen Zeitraum von acht Jahren hat sich an der Situation eigentlich nichts zum Besseren bewegt.

Wir haben einen Zuwachs bei der Ausbildung der Pflegefachkräfte, insbesondere seit der Einführung der Generalistik: 2024 gab es einen Zuwachs von 9 Prozent abgeschlossener Neuverträge. Das ist erfolgreich, aber bei Weitem nicht ausreichend.

Aus der vorangegangenen Diskussion möchte ich noch anfügen: Nicht nur die Zuwanderung oder die Anwerbung von Mitarbeitenden aus dem Ausland und deren Ausbildung ist eine große Frage, sondern wir müssen uns auch im Klaren darüber sein, dass es nicht gelungen ist, das Standing und die Attraktivität des Pflegeberufs bei deutschen Eltern zu stärken. Wenn ich in meine Einrichtungen schaue, und Kollegen bestätigen das: Von 44 Auszubildenden haben wir momentan drei, deren Muttersprache Deutsch ist. Das heißt, Pflege ist multikulturell und bunt und wird immer bunter und multikultureller. Insofern haben wir da eine Problematik, die mit kulturellen Schranken und Sprachbarrieren zu tun hat, die schon hier anfängt und nicht erst mit der Zuwanderung von Pflegekräften.

(Folie 4)

Die demografische Entwicklung führt zu Risiken und ethischen Fragestellungen auf allen Ebenen des Geschehens. Wenn wir davon ausgehen, dass wir eine permanente Verknappung von Pflegekräften haben, haben wir natürlich das Risiko der versteckten und offenen Rationierung bei der Versorgung der Pflegebedürftigen, am eigentlichen Patienten oder Bewohner. Wir haben hier das Problem, dass es Leistungsabsenkungen gibt (das ist mehrfach angesprochen worden), weil

einfach nicht alles geleistet werden kann, was geleistet werden sollte.

Wir haben Aspekte der Verteilungsgerechtigkeit. Wir müssen mit den knapp bemessenen und immer knapper werdenden verfügbaren Ressourcen permanent entscheiden: Was können wir damit leisten, wem können wir welche Leistung zukommen lassen? Das ist eine ethische Fragestellung. Sie führt auch zu dem bereits angesprochenen Problem des Moral Distress für die Pflegenden. Denn wer permanent in der Situation arbeitet, abends sagen zu müssen, ich konnte einfach aufgrund der Rahmenbedingungen nicht all das tun, was ich tun wollte und eigentlich tun müsste, der hat natürlich auf Dauer auch ein Problem mit seiner Berufszufriedenheit.

Auf der Ebene der Einrichtungen führt dieser nachhaltige und wachsende Personalmangel zu unflexiblen und immer unflexibleren Organisationsansätzen. Eigentlich wollen wir ja (und das geben die Grundlagen des Pflegeversicherungsgesetzes auch her) ein Höchstmaß von Selbstbestimmtheit und Individualität für unsere Bewohnerinnen und Bewohner generieren. Aber im Hinblick auf die Personalsituation haben wir eine Entwicklung, in der die Individualität der Bewohnenden immer mehr der Uniformität organisatorischer Zwänge und dem Risiko von Unterversorgung weicht.

Wir haben auf der Ebene des Systems Pflege auch grundsätzliche Fragestellungen, die sich heute schon abzeichnen und die sich in der Zukunft immer mehr abzeichnen werden. Der Anteil der Pflegebedürftigen, die keinen Zugang zu stationärer Versorgung erhalten, wird wegen stagnierender Platzzahlen oder Abbau von Kapazitäten (Frau Vogler hat vorhin darauf hingewiesen) zukünftig noch eine viel größere Bedeutung haben als heute. Wir müssen schauen, was in Zukunft eigentlich die Items sind.

Die Qualitätsniveaus und Leistungen wurden angesprochen, die Qualitätsindikatoren. Die Frage ist: Wird die Verfügbarkeit von Ressourcen stärker als die tatsächliche und objektive Bedarfssituation der Pflegenden handlungsleitend und normierend sein für die Definition von Qualitätsniveaus und von Leistungen?

(Folie 5)

Ein zweiter Aspekt, auf den ich eingehen möchte, sind die veränderten Versorgungsbedarfe. Wir haben mehrere parallel laufende Entwicklungen. Zum einen haben wir einen zunehmenden Anteil von Bewohnerinnen und Bewohnern mit psychischen und seelischen und Suchterkrankungen. Ganz Deutschland redet von Demenz. Wir haben eine Nationale Demenzstrategie. Das ist wichtig und richtig, denn zwischen 75 und 80 Prozent der Bewohnenden in der stationären Langzeitpflege haben demenzielle Veränderungen. Aber wir haben auch einen Anteil von Menschen, die nicht dement sind, sondern unter psychischen Erkrankungen leiden, die immer stärker in die Regeleinrichtungen der sozialen Pflegeversicherung hineindrängen und versorgt werden müssen. Das stellt uns vor vollständig andere fachliche Anforderungen und führt dazu, dass Ressourcen von einer bestimmten Gruppe von Bewohnern in exorbitantem Maße abgezogen werden, die dann für die Versorgung der anderen Bewohner nicht zur Verfügung stehen.

Wir haben zunehmende Hochaltrigkeit und in der Folge einen hohen Anteil von Sterbefällen sowie eine Zunahme von Palliativversorgungen, die weit über das hinausgehen, was wir noch vor fünf oder zehn Jahren hatten.

Ein interessanter Aspekt, der wenig diskutiert wird: Wir haben Bewohnerinnen und Bewohner, deren individuelle Gewohnheiten und Tagesabläufe in den Einrichtungen eigentlich zunehmend

nicht mehr mit dem Heimalltag in Einklang zu bringen sind. Um das mal zu veranschaulichen: Der erstgenannte Aspekt, 78 Prozent unserer Bewohner haben demenzielle Veränderungen, aber 75 Prozent unserer Bewohner (es mag vielleicht Einrichtungen geben, in denen das etwas anders ist, aber die Tendenz geht dahin, dass sich das angleicht), in den Einrichtungen, für die ich verantwortlich zeichne, haben wir andere psychische Erkrankungen, andere psychische Diagnosen und zunehmend Suchterkrankungen. Das Problem für diese Bewohnerinnen und Bewohner ist: Sie haben, bis sie in das System stationäre Langzeitpflege geraten sind, Leistungen der Eingliederungshilfe bezogen, ihr Leben lang im betreuten Außenwohnen von einem Träger, der Gemeindepsychiatrie gelebt und vieles andere. Mit dem Einzug in die SGB-XI-Einrichtungen fallen die Ansprüche auf Leistungen der Eingliederungshilfe zu 100 Prozent weg, weil der Gesetzgeber davon ausgeht, sie sind ja nun voll versorgt. Nur sind die Bedarfe und die Versorgungsansprüche, die diese bestimmte Bewohnerklientel hat, sind aber ganz andere als die der Bewohner, die bisher in Regeleinrichtungen versorgt wurden. Das führt wiederum dazu, dass wir hier eine Arbeitsverdichtung haben, dass wir fachlich neue Anforderungen haben, für die wir eigentlich gar nicht aufgestellt sind, und die Versäulung, die wir in Deutschland haben (auch das ist vorhin schon angesprochen worden), zunehmend zum Problem wird.

Ich komme zu den Lebensentwürfen von Bewohnerinnen und Bewohnern; auch das möchte ich ansprechen. Die Menschen, die heute in die Pflege kommen, die heute 85 sind, haben andere Lebensentwürfe als das, was in den meisten Einrichtungen noch von der Gestaltung des Heimalltages her abgebildet wird. Heutige Bewohner waren vor 50 Jahren, 1975, nicht geprägt von Ännchen von Tharau, sondern von den Beatles und

den Rolling Stones. Die haben anders gelebt, anders geliebt und anders gefeiert, als wir das in unseren starren Organisationsansätzen in der Pflege abbilden. Da das so ist, haben wir das Problem, dass die Individualität und damit auch die Selbstbestimmtheit von Bewohnerinnen und Bewohnern bei gleichbleibenden Organisationsmodellen der Träger immer weiter eingeschränkt wird. Wir haben allerdings keine Antworten darauf.

Ich weiß nicht, wer von Ihnen es gewohnt ist, am Mittag nur einen kurzen Imbiss zu nehmen und am Abend in Ruhe zu essen. Versuchen Sie mal, in einem Altenpflegeheim am Abend Ihre Hauptmahlzeit zu bekommen. Sie werden da gnadenlos scheitern, und Ihre Individualität wird spätestens dort am Ende sein.

(Folie 6)

Ich glaube, das reicht, um es zu skizzieren.

(Folie 7)

Ich möchte noch den dritten Aspekt darstellen: Ethikkompetenz und Ethikstrukturen. Ethikstrukturen sind in der stationären Langzeitpflege bis heute wenig verbreitet. Seit 20 Jahren arbeiten wir an diesem Thema, aber leider ist es ein Thema, das in Deutschland bisher noch wenig Resonanz findet. Ethikkompetenzen und -strukturen sind im System Pflege nicht explizit vorgesehen. Ethische Grundsätze sind aber in den Qualitätsanforderungen und Gesetzen implizit vorgegeben. Das heißt, es wird von Selbstbestimmtheit und Gerechtigkeit usw. gesprochen, aber nicht davon, dass Träger auch entsprechende Strukturen, Systematiken und Konzepte vorweisen müssen.

Zur Veranschaulichung: Die Akademie für Ethik in der Medizin führt in ihrer Übersicht bundesweit nur fünf Altenhilfeeinrichtungen und neun Komplexträger auf, die über Ethikstrukturen im weitesten Sinne verfügen. 5 plus 9 sind 14. Sie wissen

alle, wie viele Pflegeeinrichtungen es in Deutschland gibt. Es ist fast skandalös, aber es ist leider so.

In der pflegerischen Ausbildung seit Einführung der Generalistik wird Ethik heute als wichtige Dimension zur Reflexion des pflegerischen Handelns benannt. In der tatsächlichen Umsetzung in der Pflege fehlen aber die dafür qualifizierten Ausbilder, Ausbilderinnen, Pflegekräfte oder Lehrkräfte, weil es ein spezielles Thema ist, wo es bisher wenige Leute gibt, die das im Rahmen ihres Studiums intensiv betrachtet haben.

(Folie 8)

Was nutzt es, wenn wir in den Schulen über die ethische Reflexion des pflegerischen Handelns reden, aber in den Einrichtungen kein Resonanzboden dafür ist, wenn es hier keine Strukturen gibt, wo das auf fruchtbaren Boden fallen kann?

(Folie 8)

Ich fasse zusammen. Stationäre Langzeitpflege bewegt sich immer (und ich glaube, das werden wir nicht abschaffen oder verändern können) auf dem Spannungsbogen zwischen dem Anspruch weitestgehender Individualität und Selbstbestimmtheit für die zu Pflegenden und der Gefahr der totalen Institutionen auf der anderen Seite.

Wichtig ist, diesen Spannungsbogen zu erkennen. Die Herausforderung ist, in allen Entscheidungen, also sowohl zur Gestaltung der individuellen Pflegesituation als auch zu organisatorischen konzeptionellen Fragen sowie wie in der Gestaltung der rechtlichen Rahmenbedingungen, im Fokus zu haben, dass alle Entscheidungen, die wir treffen, immer auch eine ethische Implikation haben und niemals reine Sachentscheidungen sind.

Die Implementierung von Ethikstrukturen, -kompetenzen und -instrumenten, also die Entwicklung

von Ethikkultur, ermöglicht es, Antworten zu geben, die eine systematische Reflexion ermöglichen und damit die Selbstbestimmtheit der Bewohnerinnen und Bewohner über das ohnehin eingeschränkte Maß des institutionellen Rahmens hinaus nicht weiter zu beschränken.

Ethikinstrumente und -strukturen müssen explizite Anforderungen an die Qualität der Einrichtungen mit leistungsrechtlich geregelter Refinanzierung der erforderlichen Ressourcen (sprich für Personal und Fortbildungen) werden. Ich glaube, dann sind wir auf dem Weg, dass all das, was wir heute aus dem Fokus großer politischer Forderungen diskutiert haben, auch im Alltag von Pflegeheimen für die Bewohnerinnen und Bewohner und für die Mitarbeitenden zur Realität werden kann.

Ich danke Ihnen für die Aufmerksamkeit.

Mark Schweda

Herzlichen Dank, lieber Herr Trost, für diesen Einblick in die Pflege in stationären Einrichtungen.

Wir wechseln die Perspektive, schauen in die häusliche, in die familiäre Pflege durch Angehörige und haben dafür Brigitte Bührlen eingeladen. Frau Bührlen ist Vorsitzende von WIR! Stiftung pflegender Angehöriger.

Brigitte Bührlen · WIR! Stiftung pflegender Angehöriger

(Folie 1)

Sehr geehrte Frau Riedel, sehr geehrte Damen und Herren des Deutschen Ethikrates, ich freue mich, dass Sie mich eingeladen haben und mir die Gelegenheit gegeben haben, zu den ethischen Herausforderungen in der Pflege aus der Sicht pflegender Angehöriger Stellung zu nehmen.

(Folie 2)

Was ist der Ausgangspunkt? Pflege, insbesondere Angehörigenpflege, ist mehr als eine pflegerische Versorgungsaufgabe. Sie basiert auf Beziehung, sie übernimmt Verantwortung.

Langzeitpflege betrifft uns alle, nicht nur im hohen Alter, sondern in allen Lebensphasen, als Kinder und Jugendliche, als Erwachsene, in der Lebensmitte, als Partner, als Familie. Wenn wir über Langzeitpflege sprechen, denken viele spontan an alte Menschen, an Demenz, an Heime. Aber Umfragen zeigen, dass in Deutschland der größte Teil der Pflege, rund 86 Prozent, von Angehörigen, im Wesentlichen nach wie vor von Frauen geleistet wird.

(Folie 3)

Was ist häusliche Pflege? Häusliche Pflege ist viel mehr als waschen, anziehen und Medikamente reichen. Sie strukturiert den gesamten Alltag von Menschen, sie ist stark emotional besetzt.

Bei Kindern mit Pflegebedarf bedeutet das: Sie brauchen oft Begleitung und Unterstützung an jedem Tag ihres Lebens, im Kindergarten und in der Schule, bei ihrer Inklusion und bei ihrer Berufsausbildung zur Vorbereitung auf ein möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes Leben.

Hinzu kommt auf der Seite der Pflegenden eine Gruppe, die fast unsichtbar bleibt: pflegende Kinder und Jugendliche. Diese Young Carers unterstützen Eltern oder Geschwister im Haushalt, sie begleiten bei Arztterminen, sie übernehmen emotionale Verantwortung, und das alles neben ihren schulischen Verpflichtungen, ihrer Ausbildung, ihrer eigenen Entwicklung. Sie tragen eine Last, die öffentlich kaum wahrgenommen wird, obwohl ihre Unterstützungsleistung in vielen Familien eine tragende Rolle spielt.

Für Erwachsene zwischen 30 und 60 Jahren bedeutet häusliche Pflege: Es pflegen Menschen, die

mitte im Leben stehen, beruflich verankert sind, die Kinder haben, in Partnerschaften leben und finanziellen Verpflichtungen nachkommen müssen. Zusätzlich zu diesen Verpflichtungen organisieren sie als pflegende Angehörige die Pflege eines nahestehenden Menschen. Sie koordinieren medizinische und sonstige Termine, erledigen bürokratische Angelegenheiten, versorgen den Haushalt, sie begleiten zu Terminen und kümmern sich um viele andere Facetten des Alltags eines pflegebedürftigen Menschen jeden Alters. In jedem Alter managen Angehörige zusätzlich zu ihrem eigenen Lebenskreis den Lebenskreis eines anderen Menschen.

(Folie 4)

Ich frage mich: Wie soll das alles gleichzeitig auf einer subsidiären, weitgehend unbezahlten Basis geschafft werden? Angehörige sind belastet. Wir haben heute gehört, dass es eine freiwillige Leistung ist und dass man es oft sehr gerne macht. Ich habe es auch gerne gemacht bei meiner Mutter, aber ich muss sagen, es war auch belastend.

Angehörige sind im privaten Bereich nicht selten rund um die Uhr in Bereitschaft. Sie begleiten, sie sorgen, sie stehen an den Betten, sie begleiten im Leben und im Sterben, und das ohne klare rechtliche Definition ihrer Rolle, ohne Tätigkeitsbeschreibung. Sie erleben nicht selten Isolation, leiden unter Überforderung, fühlen sich hilflos und entwickeln auch oft Schuldgefühle.

Auch in der stationären Langzeitpflege sind Angehörige wichtig. Sie haben eine emotionale Brückenfunktion, bewegen sich aber in einem unklaren Handlungsfeld von Besuch und Kooperation ohne Struktur und oft ohne Anerkennung.

Eine zentrale Frage bewegt Angehörige. Wer soll es sonst tun?

(Folie 15)

Ein Aspekt, der oft übersehen wird, ist: Berufliche Pflege ist ein bewusst gewählter Beruf, eine Erwerbstätigkeit mit hoher Verantwortung. Aber viele beruflich Pflegende stehen zusätzlich privat vor der Situation, Angehörige zu pflegen. Das bedeutet, sie pflegen im Beruf, also in der ambulanten oder stationären Versorgung, und pflegen danach zu Hause weiter. Sie müssen also ebenfalls den Beruf und private Pflege vereinbaren.

Diese doppelte Verantwortung führt nicht selten zur Überlastung, die in der öffentlichen Debatte bislang meiner Erkenntnis nach kaum thematisiert wird.

(Folie 6)

Jetzt komme ich zu den ethischen Fragen. Es gibt ethische Spannungsfelder. Die Pflegeethik orientiert sich an vier Prinzipien: Autonomie, Fürsorge, Nichtschaden und Gerechtigkeit.

Autonomie bedeutet in der Angehörigenpflege nicht selten: Selbstbestimmung prallt auf Schutzverantwortung. Eine pflegebedürftige Person möchte Risiken eingehen. Ihre Angehörigen möchten Sicherheit. Zum Beispiel möchte ein nahestehender Mensch mit demenzieller Erkrankung wieder Auto fahren. Was mache ich da als Angehöriger? Viele empfinden es als übergriffig: „Ich kann doch nicht einfach den Schlüssel wegnehmen.“ Also ein Konflikt.

Fürsorge ist grundsätzlich positiv. Aber ab wann wird Fürsorge zur Bevormundung? Angehörige handeln in der Regel aus Verantwortung und Liebe, geraten aber in Gewissenskonflikte, wenn sie Grenzen setzen oder Entscheidungen gegen einen geäußerten Willen treffen. Das kann unter Umständen auch zu überforderungsbedingten Gewalthandlungen führen. Das möchte ich nicht verschweigen.

Wollen versus Müssen im Sinne von Nichtschaden ist in der Angehörigenpflege sehr präsent. Pflegende Angehörige wollen das Richtige tun, müssen aber aus verschiedenen Gründen Kompromisse oder Abstriche machen. Das erzeugt moralischen Stress. Das Gefühl, den eigenen ethischen Ansprüchen nicht gerecht werden zu können. Ein Beispiel: Man hat einem Angehörigen versprochen, dass er oder sie ganz sicher nie in ein Heim muss. Ja, und dann kann man aus persönlichen Gründen diese Zusage nicht einhalten. Das ist nicht einfach.

Gerechtigkeit verweist auf die Verteilung von Lasten und Ressourcen. Angehörige tragen den Großteil der Pflege, erhalten aber wenig materielle, strukturelle und emotionale Unterstützung. Diese Ungleichheit ist nicht nur sozial problematisch, sondern auch ethisch schwer zu rechtfertigen.

(Folie 7)

Gesellschaftliche Rahmenbedingungen. Die beschriebenen Konflikte entstehen nicht im luftleeren Raum. Sie entstehen in einer Gesellschaft, die stark an Leistung, Selbstständigkeit und Effizienz orientiert ist. Hilfsbedürftigkeit wird häufig als Schwäche wahrgenommen, sowohl von der Gesellschaft als auch von den Betroffenen selbst.

Unser Pflegesystem ist zu großen Teilen an ökonomischen Kriterien ausgerichtet. Leistungen werden in Minuten und Pauschalen gemessen, nicht an Beziehungsaspekten, an Zeit und Qualität des Miteinanders.

Menschen mit Pflege- und Sorgeerfahrungen, die pflegenden Angehörige jeden Alters und beruflich Pflegende sitzen nicht an den Tischen, an denen Gesetze und Richtlinien formuliert werden. Sie sind in sie betreffende Entscheidungen in aller Regel nicht miteinbezogen.

(Folie 8)

Wer pflegt morgen? Unser aktuelles System beruht ebenso wie in Frankreich, Japan, Belgien, Österreich und der Schweiz im Kern immer noch auf dem Bismarck'schen Sozialmodell. Das setzt voraus, dass Familienangehörige in der Nähe sind und einen Großteil der Pflege übernehmen, ergänzt durch Leistungen der Sozial- und Pflegeversicherung.

Doch die Rahmenbedingungen haben sich verändert. Viele Menschen haben keine Kinder, oder die Kinder wohnen weit entfernt und haben selbst Familien- und Erwerbsverpflichtungen, die pflegerische Aufgaben nicht oder nur begrenzt zulassen. Manche Angehörigen möchten auch nicht pflegen. Nicht alle Angehörigen lieben einander. Es stellt sich die Frage, ob dieses Modell noch tragfähig ist bzw. wie lange es noch tragfähig sein kann.

Andere Länder wie England, Schweden, Norwegen, Dänemark, Spanien orientieren sich stark am Beveridge-Modell. Pflege wird dort als öffentliche Aufgabe verstanden, im Wesentlichen steuerfinanziert und gesellschaftlich organisiert. Das verweist auf eine ethische Perspektive, in der Pflege nicht mehr nur als private Aufgabe gesehen wird, sondern als gemeinschaftliche Verantwortung.

(Folie 9)

Ethische Probleme lösen sich nicht durch gute Absichten allein. Sie brauchen Strukturen, die ethisches Handeln ermöglichen. Ein erster Schritt ist die konsequente Beteiligung der Betroffenen. Menschen mit Pflegerfahrung, also Pflegebedürftige, Angehörige, pflegende Kinder und Jugendliche sowie beruflich Pflegende, müssen systematisch an den Ausgestaltungen von Gesetzen und Pflegekonzepten beteiligt werden. Durch ihre Praxisexpertise und Erfahrungskompetenz kann

konkret sichtbar werden, wo Regelungen Unterstützung bringen und wo sie an den Bedarfen vorbeigehen.

(Folie 10)

Weiter braucht es wirksame Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige. Dazu gehören kommunale und nachbarschaftliche Netzwerke, niedrighschwellige Entlastungsmodelle, flexible Arbeitszeitmodelle, ein finanzieller Leistungsausgleich für Pflegearbeit, Beratung und Schulung, nicht erst in der Krise, sowie präventive und rehabilitative Angebote. Wichtig ist: Diese Unterstützung muss das ganze Spektrum der Angehörigenpflege im Blick haben, von pflegenden Kindern und Jugendlichen über Erwachsene im Erwerbsalter bis hin zu alten und hochaltrigen Menschen.

(Folie 11)

Ethik als Kultur: Letztendlich benötigt Angehörigen- und professionelle Pflege eine Ethikkultur, die im Alltag lebendig sein kann. Ethik darf kein abstraktes Gedankenkonstrukt sein, sondern muss sich auswirken können in Begegnungen, in Fallbesprechungen, an Schnittstellen im ambulanten und stationären Alltag. Es werden Räume benötigt, die es ermöglichen, ethisch-moralische Konflikte anzusprechen und sie gemeinsam zu reflektieren, um tragfähige Entscheidungen fällen zu können. So kann die moralische Resilienz aller Beteiligten gestärkt und dabei geholfen werden, Würde und Beziehung trotz knapper Ressourcen zu achten und zu schützen.

(Folie 12)

Zum Schluss möchte ich noch zu einer Kernfrage kommen, die mir sehr wichtig ist: Welche Pflege wollen wir als Gesellschaft ermöglichen und auf welcher Wertebasis? Wenn Familienstrukturen brüchiger werden, wenn immer mehr Menschen ohne familiäre Netzwerke leben, wenn pflegende

Angehörige, ob Kinder, Erwachsene oder beruflich Pflegende, an ihre Grenzen kommen, dann ist Pflege keine private Angelegenheit mehr, sondern eine Frage gesellschaftlicher Solidarität.

Pflege ist mehr als Versorgung. Sie bedeutet auch Dasein, Zuhören, Begleiten, Aushalten. Ethisch verantwortliche Pflege heißt meiner Ansicht nach, Rahmenbedingungen zu schaffen, unter denen genau das möglich ist für Menschen jeden Alters, in jeder Lebenslage. Nicht nur unser Körper, auch unser Geist und unsere Seele bedürfen der Pflege. Das betrifft sowohl Pflegende als auch Pflegebedürftige. Wir sind nicht nur eine Summe von Elementen. Wir sind Menschen.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Mark Schweda

Herzlichen Dank, liebe Frau Bührlen.

Der letzte Vortragende heute ist Georg Cremer. Er ist Professor für Volkswirtschaftslehre an der Universität Freiburg und war von 2000 bis 2017 Generalsekretär des Deutschen Caritasverbandes. Er wird uns einen Vortrag halten, in dem er insbesondere auf Fragen der Finanzierung und Finanzierbarkeit der sozialen Pflegeversicherung eingeht.

Georg Cremer · Universität Freiburg

Vielen Dank. Mein Input beschränkt sich auf zwei Aspekte: Soll die bisherige Anlage der sozialen Pflegeversicherung als Teilleistungsanspruch beibehalten werden oder wollen wir eine Pflegevollversicherung? Und welchen Reformbedarf braucht es bei der Hilfe zur Pflege? Diese beiden Fragen hängen zusammen, wie ich hoffe, erklären zu können.

Die Forderung nach einer Pflegevollversicherung ist höchst populär, zum Teil verbunden mit Konzepten eines Sockel-Spitze-Tausches. Sie soll

eine Antwort geben auf das Dilemma, dass Leistungs- und Qualitätsverbesserungen in einem Teilleistungssystem dazu führen, dass die Eigenleistungen, die pflegebedürftige Bürger aufzubringen haben, deutlich zugenommen haben und deutlich zunehmen. Eine Expansion ist natürlich, wenn man sie finanzieren kann, immer sinnvoll – oder jedenfalls wünschenswert, wenn auch nicht sinnvoll per se. Ich halte den Übergang zu einer Pflegevollversicherung nicht für ein prioritäres politisches Ziel. Es gibt in erheblichem Maße Menschen, die aufgrund ihrer Alterseinkünfte und auch ihres Vermögens zur Mitfinanzierung der pflegebedingten Kosten beitragen können und dies derzeit auch tun.

Wir haben jetzt viele Dinge angesprochen. Die Verbesserung von Pflegequalität gelingt nur mit Pflegekräften, die gute Arbeitsbedingungen haben. Das scheint mir prioritär.

Jetzt gibt es eine Debatte, die sagt: Na gut, aber der notwendige Vermögensabbau in einem Teilleistungssystem ist ungerecht. In der Debatte zur Pflegevollversicherung rückt der Vermögensabbau in die Nähe des sozialen Abstiegs. Ich finde es aber eigentlich relativ normal, wenn man sagt: Konstanter Lebensstandard über die Lebensphasen, dann ist es rational, in der letzten Lebensphase auch Vermögen wieder abzubauen, und ich frage mich, warum das nicht auch zur Mitfinanzierung einer guten Pflege gehören sollte. Wenn die Alternative höhere Steuern oder Beiträge sind, dann werden schließlich auch Menschen zusätzlich belastet, die keine Chance haben, ein Vermögen aufzubauen.

Klar, das ist eine Härte. Vermögende Menschen würden verständlicherweise ihr Vermögen lieber vererben. Aber Erbschutz ist keine Aufgabe des Sozialstaats, und vermögende Menschen hätten ja

auch die Option gehabt, durch eine private Zusatzversicherung den Rückgriff auf ihr Vermögen im Pflegefall zu vermeiden oder einzuschränken.

Jetzt gibt es eine Debatte über die Versicherbarkeit dieses Risikos. Deswegen wird quasi eine absolute Begrenzung der Eigenanteile gefordert. Aber ich denke, die Versicherungsfähigkeit der Eigenleistungen zur Pflege erfordert keine individuell kalkulierbare Obergrenze, sondern Belastungen, die man nach versicherungsmathematischen Kriterien auf die Gruppe der Versicherten umlegen kann. Das sollte aufgrund der geringeren Komplexität des Pflegerisikos leichter möglich sein als in der Krankenhausbehandlung. Es sind ja auch Arrangements für pflegebedürftige Immobilienbesitzer denkbar, wie eine Teilverrentung des Immobilieneigentums.

In der Debatte spielt die Analogie zur Krankenversicherung eine Rolle. Das ist eine Sachleistungslogik; das ist auch in einer der Fragen angesprochen worden. Natürlich ist das Sozialsystem kein System aus einem Guss. Eine Harmonisierung gelingt politisch eigentlich nur auf der höheren Ebene, und das ist eben mit höheren Zusatzlasten verbunden.

Ich glaube, wir sind zurzeit in einer Situation, wo wir enorme Anforderungen an die staatliche Handlungsfähigkeit haben, was die Sicherheitslage angeht, was die Infrastruktur angeht, was das Bildungssystem usw. angeht. Insofern müssen wir uns auch im Sozialbereich der Frage der Prioritäten stellen.

Bedenken sollte man auch, dass die Leistungsausweitungen in der ambulanten Pflege unklar sind. Eine Pflegevollversicherung müsste ja, wenn wir keine Versorgungsform privilegieren wollen, für die stationäre und die ambulante Versorgung gleichermaßen gelten. Da gibt es einen hohen Unsicherheitsfaktor, wie sich das auf das Leistungsgeschehen in der ambulanten Pflege auswirken

wird. Das wird zum Teil steigen, weil eine bestehende Unterversorgung überwunden wird, zum Teil aber auch, weil es Moral-Hazard-Probleme gibt oder weil jedenfalls auf die Tätigkeiten, die im familiären Kontext geleistet werden, ein Rechtsanspruch besteht.

Ich teile nicht den Optimismus der Anhänger einer Pflegevollversicherung, dass man das mit einem verpflichtenden Case-Management in den Griff kriegt. Und nur dann würden sich die Beitragssätze vielleicht durch eine Pflegevollversicherung gegenüber dem jetzigen Status quo verdoppeln. Auch das ist ja nicht leicht zu stemmen.

Offen ist auch, wie die Sozialgerichte entscheiden werden, wenn eine bedarfsgerechte Vollversorgung ohne Eigenbeteiligung gesetzlich zugesichert ist.

Ein Aspekt, der mir besonders wichtig ist: Die Anhänger der Pflegevollversicherung wollen eine Pflegevollversicherung und gleichzeitig gute oder bessere Qualität als heute. Man müsste sich aber auch Gedanken machen: Was ist, wenn beides nicht möglich ist, wenn also die hohen Lasten einer Pflegevollversicherung zu Qualitätssenkungen führen? Dann befürchte ich, dass das zu einer weiteren Segmentierung des Pflegemarktes führen wird, weil diejenigen, die über Einkommen und Vermögen verfügen, sich eine bessere Qualität hinzukaufen können, was Bürger mit niedrigem Alterseinkommen oder Sozialhilfeempfänger nicht können.

Wenn wir aber ein Teilleistungssystem behalten, dann stellt die Frage: Was hat das für Konsequenzen für die Hilfe zur Pflege? Es ist eben nicht allein die gesetzliche Pflegeversicherung, die für eine gute Pflege zu sorgen hat, sondern sie ist es in Verbindung mit der Hilfe zur Pflege. Die Hilfe zur Pflege ist ein Teil der Sozialhilfe. Sie wird als unwürdig diskreditiert, aber sie ermöglicht doch

im deutschen System, dass Menschen, die bedürftig sind, in denselben stationären Einrichtungen gepflegt werden wie Leute, die Beiträge stemmen können, die sie selbst leisten müssen. Das halte ich für einen großen Vorteil des Pflegesystems in Deutschland.

Bei dieser Diskreditierung als unwürdig ist zu beachten, dass wir es immerhin mit einem einklagbaren Rechtsanspruch zu tun haben. Das ist kein Almosen.

Der Sockel-Spitze-Tausch senkt natürlich die Belastungen. Allerdings muss man auch beim Sockel-Spitze-Tausch sehen, dass alle Mehrleistungen, die über den Sockel hinausgehen, zu Lasten der Pflegeversicherung gehen. Auch da stellt sich die Frage der Dynamisierung des Leistungsgeschehens. Selbst wenn wir einen Sockel-Spitze-Tausch bekommen, bleibt die Notwendigkeit, eine Hilfe zur Pflege zu haben. Denn es gibt auch dann Personen, die mit den restlich zu leistenden Zahlungen überfordert sind. Auch die Reformvorstellungen beenden nicht die Notwendigkeit eines Systems Hilfe zur Pflege.

Was mich irritiert, ist, dass in der Debatte der Reformbedarf in der Hilfe zur Pflege völlig ausgeblendet ist. Die Hilfe zur Pflege kommt im Koalitionsvertrag nicht vor, und auch in dem knappen Text der Kommission Pflege wird sie gerade mal erwähnt, was die Bearbeitungszeiten angeht. Das ist es dann aber auch.

Die Frage Barbetrag: Wer als Alleinstehender im Heim ist, da werden alle Einkünfte herangezogen. Es bleibt ein Taschengeldbetrag von derzeit 152 Euro. Dann kann man sich überlegen: Ist das wirklich gut bemessen? Viele Leute können gar kein Geld mehr ausgeben. Aber die, die noch mobil sind oder auch Teilhabemöglichkeiten haben und die ganzen Kosten – Friseur, Fußpflege, Telefonanschluss, Zeitung, Medikamentenzahlung, Mobilität usw., vielleicht auch Enkel, denen

man ein Geschenk machen will – aus diesem Taschengeldbetrag bezahlen müssen, sind relativ knapp dran. Kann man da was machen?

Reformbedarf sehe ich bei den Paaren, wo ein Partner im Pflegeheim und ein Partner zu Hause ist. Wenn der Partner im Pflegeheim auf Hilfe zur Pflege angewiesen ist, dann greifen Einkommensanrechnungen, die hochkompliziert sind. Wenn Sie mal einen Gesetzestext lesen wollen, den Sie garantiert nicht verstehen, dann lesen Sie diesen Teil im SGB XII. Und wenn Sie die Kommentarliteratur lesen, werden Sie sehen, dass auch die Kommentatoren sie nicht verstanden haben, weil sie nur das Gesetz abschreiben.

Aber die Regeln lassen in der Praxis extremen Spielraum für sehr restriktive Auslegungen. Es gibt Empfehlungen des Deutschen Vereins, die aber nicht prägend sind, und es gibt Konstellationen, wo dem im häuslichen Bereich verbleibenden Partner kaum mehr bleibt als der Sozialhilfesatz. Auch daran könnte man etwas ändern.

Dann könnte man sich auch die Frage stellen, ob es bei den Pflegebedürftigen, die alleinstehend sind und im Heim sind, fair ist, die gesamte Rente anzurechnen. Das bedeutet nämlich, dass sich auch Personen, die eine lebenslange Berufstätigkeit gemacht haben, im Falle des Heimaufenthaltes nicht besserstellen als Personen, die nie sozialversicherungspflichtig beschäftigt waren.

Man kann auch über die Vermögensanrechnung reden. Solche Stellschrauben wären deutlich günstiger als eine Pflegevollversicherung, die natürlich mit entsprechenden Beiträgen oder Steuermitteln zu finanzieren ist.

Das hat natürlich Konsequenzen für die Lastenverteilung zwischen Bund und Kommunen. Mit der Reform der Hilfe zur Pflege in dem hier skizzierten Sinne wären höhere Belastungen für

die Kommunen verbunden. Deswegen sind, soweit ich sehe, auch die kommunalen Spitzenverbände für eine Pflegevollversicherung. Klar, das würde sie entlasten. Aber da könnte man ja vielleicht auch mal zwischen Bund und Ländern verhandeln. Denn die Gesamtkosten für Beiträge und das Steuersystem wären deutlich günstiger, wenn wir zu einer Reform der Hilfe zur Pflege kommen, als Alternative zu den Vorstellungen einer Pflegevollversicherung oder je nach Ausgestaltung eines Sockel-Spitze-Tausches. Mich irritiert, dass diese Reformdebatte keine Rolle spielt.

Die Sozialhilfe scheint so „bäh“ zu sein, dass man lieber über eine Pflegevollversicherung redet, die irgendwann, sehr wahrscheinlich nicht kommen wird, aber der konkrete Reformbedarf auf der Strecke bleibt.

Fazit: Gute Pflege gelingt nur mit Pflegekräften mit guten Arbeitsbedingungen. Ich halte das für prioritär. Erbenschutz ist keine Aufgabe des Sozialstaats. Es ist zumutbar, zur Versicherung einer guten Pflege Vermögen oder gehobene Einkommen einzusetzen. Wir werden das Erfordernis einer ergänzenden Vorsorge nicht vermeiden können. Die Vollversicherung wirft neue Gerechtigkeitsprobleme auf. Und es könnte sein, dass am Schluss, wenn die Qualität sinkt, diejenigen leiden, die sich keine bessere Pflege hinzukaufen können. Also sollte sich die Debatte dem Reformbedarf im System Hilfe zur Pflege stellen.

Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit.

Diskussion

Mark Schweda

Vielen Dank, lieber Herr Cremer.

Wir haben jetzt eine Stunde Zeit, um die gehörten Vorträge zu diskutieren, Fragen zu stellen und Anmerkungen zu formulieren. Kerstin Schlögl-Flierl.

Kerstin Schlögl-Flierl

Jetzt darf ich auch Fragen stellen, wenn man die Moderatorenrolle verlassen hat. Erst mal vielen Dank für den zweiten Block.

Frau Bührlen, es gibt ja die Möglichkeit von Live-ins. Da würde mich Ihre Sicht, die Angehörigen-sicht, und die Sicht Ihres Vereins auf diese Möglichkeit interessieren. Im Rat haben wir unterschiedliche Meinungen zu dem Thema.

Brigitte Bührlen

Grundsätzlich hätten wir ohne diese Live-ins ein echtes Problem in der Angehörigen-, also informellen Pflege. Denn wenn sie nicht wären, dann wären viele Menschen einfach nicht versorgt.

Ich denke, wir brauchen klare Rahmenbedingungen. Wir sollten uns dem Thema stellen und sollten über Rahmenbedingungen diskutieren.

Ich war beteiligt an drei DIN-SPEC-Entwicklungen zu dem Thema, sodass man Rahmenbedingungen hat, wie die Vermittlung stattfinden soll, welche Kriterien die Vermittelten erfüllen sollten und welche Kriterien im Haushalt erfüllt werden sollten. Da gibt es Rahmenbedingungen und mittlerweile eine DIN-Norm.

Aber das allein löst natürlich nicht das Problem. Ganz ehrlich: Ohne diese Möglichkeit wüssten viele Menschen nicht, wie sie ihre Angehörigen versorgen sollten. Das ist ein Fakt. Was soll ich dazu viel sagen? Wenn es wegfallen würde, hätten wir ein Problem. Wir brauchen sie. Aber wir sollten es nicht immer in diesem Graubereich lassen, sondern es angehen, thematisieren und versuchen, Regelungen wie in Österreich zu finden, sodass es irgendwo mal legal wird. Denn immer halb in der Illegalität zu sein oder sich immer dem: „oh, die haben bestimmt jemanden so halb legal beschäftigt“ auszusetzen, ist nicht gut, finde ich.

Mark Schweda

Herr Cremer, Sie wollten noch etwas ergänzen.

Georg Cremer

Man muss darüber reden, was Bedingungen der Legalität sein können und ob es legitim ist, im gewerblichen oder im Beschäftigungsbereich außerhalb der Pflege gängige Standards anzupassen.

Eine Geschichte ist zum Beispiel ein zeitlicher Abstand von elf Stunden zwischen einer Tätigkeit und der nächsten Tätigkeit am nächsten Tag. Das ist in einer häuslichen Pflege absolut unabbildbar. Auch die Frage, wie man zeitliche Anwesenheit bewertet, in der keine Leistungen zu machen sind. Ich war in einem Projekt in meiner Zeit beim Caritasverband, wo wir das versucht haben. Wir sind damit kläglich gescheitert, weil die Haltung ist, es lieber in der Illegalität zu lassen, als Standards zu hinterfragen, die möglicherweise – weil die Angst dann ist, dass diese Standards in den normalen Beschäftigungsbereich rüberwandern würden. Wenn man wirklich eine Legalität will, muss man an diese Frage ran. Das wäre, glaube ich, dringend notwendig. Dann werden viele Live-in-Geschichten vielleicht nicht legal möglich sein, weil sie auf Bedingungen beruhen, die man Pflegekräften oder Alltagsbegleitern nicht zumuten kann.

Mark Schweda

Danke schön. Winfried Hardinghaus.

Winfried Hardinghaus

Eine Frage an Herrn Trost. Sie haben auch die Bedeutung der Ethik in Pflegeheimen angesprochen. Die ethischen Fragen spielen sich ja häufig am Ende des Lebens ab. Der Deutsche Hospiz- und Palliativverband und auch andere fordern in den Pflegeheimen pro 50 Bewohner eine Palliative-Care-Kraft. Halten Sie das für wichtig, richtig oder überhaupt realisierbar?

Bernd Trost

Den ersten Teil der Frage, mit dem Wichtig und Richtig, würde ich auf jeden Fall mit Ja beantworten.

Die Frage der Realisierbarkeit fließt ein in die heute schon mehrfach thematisierte Problematik, dass wir insgesamt ein Problem haben, ausreichend Pflegefachkräfte zur Verfügung zu haben. Eine Palliative-Care-Fachkraft ist jemand, der eine dreijährige Ausbildung und eine Zusatzqualifikation haben muss. Die Erfahrung zeigt, dass es schwierig ist, so eine Forderung umzusetzen.

Aber ich denke, es ist eine Forderung, die aufrechterhalten werden sollte. Denn ich glaube, nur wenn ein Anspruch formuliert wird, geraten die Träger und Einrichtungsverantwortlichen unter Druck, sich bewegen zu müssen; das sage ich auch als Trägervertreter. Ich hatte es ja aufgezeigt: Der Anteil palliativer Versorgung in den Einrichtungen steigt exorbitant, und dafür braucht es Fachlichkeit. Und dort, wo es keine Palliative-Care-Fachkräfte gibt, kann man nicht unbedingt davon ausgehen, dass diese Fachlichkeit gegeben ist.

Annette Riedel

Erst mal herzlichen Dank für die zweite Runde. Es ist eine große Bereicherung, auch diese Perspektiven zu hören.

Ich greife einen Punkt auf, der in der ersten Runde als Stichwort von Frau Lux kam, aber gut zu der zweiten Runde passt: der assistierte Suizid. Dieses Thema im Kontext der Langzeitpflege spielt auch für uns eine Rolle, auch angesichts des Aspekts der Einsamkeit. Frau Lux, aber auch Herr Trost haben auf die Versorgungssituation in den Einrichtungen hingewiesen.

Für uns wäre die Frage, wie Sie das einschätzen, vielleicht auch das Thema Suizidprävention. In einer guten Pflege ist Suizidprävention eigentlich

inhärent. Aber dieses Spannungsfeld zwischen dem zunehmenden Wunsch nach assistiertem Suizid, gerade von älteren Menschen (das ist ja die Zielgruppe, die den assistierten Suizid am meisten in Anspruch nimmt) oder Menschen, die antizipieren, pflegebedürftig zu werden. Ihre Einschätzung: Welche Rolle spielt das im Kontext der Langzeitpflege?

Manfred Schmidt

Ich nehme mir mal das Wort, weil ich schon über zehn Jahre das Pflegeheim ja betreue und insofern eine langjährige Erfahrung habe.

Es gibt aus meiner Erkenntnis in unserem Pflegeheim nicht einen Fall, der darüber nachdenkt, Suizid zu begehen. Warum? Ich behaupte, weil die soziale Betreuung unter anderem durch unseren Pfarrer, der mit im Pflegeheim eingebunden ist und wirklich eine hervorragende Arbeit macht, wenn er so was erkennt, völlig ausreichend ist. Wenn der Mensch so betreut wird, kommt er nicht auf solche Gedanken. Das ist meine Erfahrung von zehn Jahren.

Mark Schweda

Dankeschön. Herr Trost.

Bernd Trost

Die Frage schließt sich eigentlich an die Frage von eben an. Zunächst von der Erfahrung her nicht nur in unseren Einrichtungen, sondern im Kontext Rhein-Main-Gebiet, wo ich einen gewissen Überblick über Einrichtungen habe, kann ich sagen, dass der Wunsch nach assistiertem Suizid im Bereich der stationären Langzeitpflege-Einrichtungen kein großes Thema ist, das da wirklich angekommen wäre. Das ist ein Thema, das nur sehr vereinzelt hier und da auftaucht.

Da kann ich vielleicht daran anschließen, was Herr Schmidt sagt. Dort, wo wir eine gute palliative Versorgung anbieten, wo wir auch mit

SAPV[Spezialisierte ambulante Palliativversorgung]-Teams kooperieren, wo wir Sozialarbeit, Seelsorge in den Einrichtungen haben und eine Einrichtungskultur pflegen, die gelingendes Leben möglichst gewährleisten soll, da liegt der Wunsch nach einem assistierten Suizid nicht unbedingt auf der Hand.

Der andere Punkt, was man im Blick auf die stationäre Versorgung sagen muss: Nach der aktuellen Rechtslage, nach dem Urteil zum assistierten Suizid – wir haben ja noch keine gesetzliche Grundlage, aber klar geworden ist, und das ist ja auch wichtig, dass es immer eine frei verantwortete Entscheidung sein muss.

Im Blick auf die Belegung in den stationären Einrichtungen gibt dies eine Erklärung dafür, warum das ein Thema ist, das immer nur einen kleinen Rahmen haben wird: Denn wir haben nicht mehr im größeren Rahmen die Bewohnerinnen und Bewohner, die diese frei verantwortete Entscheidung treffen können. Ich sagte vorhin: 78 Prozent unserer Bewohner, Bewohnerinnen (und das ist durchaus im Bundesschnitt) haben eine demenzielle Veränderung. 75 Prozent unserer Bewohner haben psychische Erkrankungen, haben eine Depression, sind Borderliner, sind Menschen mit paranoiden Störungen oder Schizophrenie. Das alles schließt die frei verantwortete Entscheidung aus.

Anders sieht das im ambulanten Kontext aus. Ich bekomme durch die Kooperation mit SAPV-Teams mit: Da wird schon berichtet (also dort, wo sie im Zusammenhang mit der ambulanten Versorgung tätig und eingebunden sind), dass das Thema da eine andere Relevanz hat.

Mark Schweda

Das ist ein Thema, das wir schon in der ersten Runde gut hätten diskutieren können. Deswegen würde ich jetzt mal diese starre Struktur von

Block 1 und Block 2 aufbrechen und auch die Vortragenden aus der ersten Runde anschauen.

Frau Vogler.

Christine Vogler

Ja, tatsächlich ist diese Frage bereits vor zweieinhalb Jahren an den Deutschen Pflegerat herangetragen worden. Wie geht er als Profession damit um? Wir haben zwei Jahre gebraucht, um ein Positionspapier dazu herauszubringen, das wir letztes Jahr auch auf unserer Homepage veröffentlichen konnten.

Es gibt zwei Schwerpunkte. Einmal: Es muss klar sein, das muss jemand tun. Assistiert heißt assistiert. Da muss ein Mensch dafür Sorge tragen, dass jemand sterben darf, soll oder kann, mit aller Konsequenz.

Die andere Seite ist das, was wir gerade angesprochen haben: Immer da, wo Versorgung greift, ist der Wunsch nach Suizid kaum oder nicht vorhanden. Das ist eigentlich die Fragestellung, die uns treiben müsste. Wenn wir uns vermehrt damit beschäftigen, wie wir assistierten Suizid umsetzen können, geben wir im Grunde die Versorgungsfrage auf.

Mark Schweda

Frau Lux, möchten Sie das ergänzen?

Vera Lux

Ich möchte den beiden Vorrednern zustimmen. Die Anfrage oder die Themen kommen aus dem ambulanten Bereich, da, wo die Versorgung nicht oder nicht ausreichend gewährleistet ist. Da werden die ambulanten Dienste immer häufiger darauf angesprochen, ob sie helfen oder unterstützen können.

Das ist ein Signal, das wir ernst nehmen müssen, wo sich eben die Menschen nicht gut aufgehoben oder versorgt fühlen. Von daher ist es auf jeden

Fall ein wichtiges Signal, wenn wir in Entwicklungen und Strukturen investieren, da hinzugucken und es nicht zu ignorieren, dass dieses Thema immer häufiger aufkommt. Wie gesagt, wenn ich gut versorgt bin und eine gute Struktur und keine Schmerzen habe und so.

Brigitte Bührlen

Ein Aspekt ist tatsächlich: Ich will meinen Kindern nicht zur Last fallen. Es gibt nicht wenige, die so argumentieren. Ich möchte nicht, dass meine Kinder mich dann praktisch jahrelang begleiten müssen. Ich möchte, dass sie mich so in Erinnerung behalten, wie ich gewesen bin oder bin. Das ist auch ein ganz starker Aspekt.

Und es ist auch die Sorge – ja, die Angst vor der stationären Versorgung. Das kann ich nicht anders sagen. Weil man mittlerweile einfach so gebrannt ist. Das ist nichts gegen die stationären Versorger. Da gibt es wunderbare Einrichtungen, aber es gibt auch andere. Das ist einfach eine ganz große Angst.

Mark Schweda

Ich habe als Nächstes Helmut Frister.

Helmut Frister

Auch von mir herzlichen Dank für die Beiträge. Vorab ein kurzer Kommentar zu der Debatte um den assistierten Suizid. Wir haben dazu eine ausführliche Stellungnahme gemacht vom Ethikrat, wo wir auch genau dargelegt haben, dass es darauf ankommt, die Versorgung allgemein zu verbessern, um den Bedarf danach zu reduzieren. Ich glaube aber, dass er sich nicht ganz gegen Null bewegen wird.

Ich habe aber eine andere Frage, und die geht an Herrn Cremer. Ich fand Ihre Ausführungen sehr interessant und sehr überzeugend. Was ich mich gefragt habe, ich weiß, dass das politisch wahrscheinlich schwierig ist, aber läge es nicht in der

Konsequenz Ihrer Überlegungen, zu sagen, wir stützen das ganze System auf die Hilfe zur Pflege und schaffen da großzügigere Freibeträge? Aber ist es überhaupt konsequent, dann die Pflegeversicherung als Teilversicherung beizubehalten?

Georg Cremer

Das kann man überlegen, aber für jegliche Regierungskonstellation wäre das politisch suizidal. Regierungen mit einem ständigen Drang zum Untergang könnten das aufgreifen.

Das Problem ist: Wir müssten in der Umstellungsphase einerseits mit den Ansprüchen umgehen, die man durch die Bezahlung in einem umlagefinanzierten System erworben hat. Das ist immer das Problem, wenn man von Umlagefinanzierungssystemen zu Sozialhilfesystemen übergeht.

Andererseits hätten wir dann eine extrem wachsende Population, die im Pflegefall auf Sozialhilfe angewiesen wäre und in das System einer Vermögensanrechnung käme. Diese Vermögensanrechnungen sind sehr bescheiden. Beim Immobilienbesitz gibt es Regelungen für ein kleineres Haus. Sonst sind die Vermögensfreigrenzen zurzeit 10.000 Euro pro Person. Das ist nicht bombastisch.

Die gesellschaftliche Haltung zur bedarfsgeprüften Sozialhilfe müsste sich völlig ändern. Wir haben jetzt ein System, wo wir etwa 16 Prozent der Pflegebedürftigen in der stationären Pflege haben. Von denen sind ungefähr zwischen einem Drittel und 40 Prozent auf Hilfe zur Pflege angewiesen. Während der ambulanten Pflege haben wir einen sehr bescheidenen Anteil an der Hilfe zur Pflege. Das hat meines Erachtens zum Teil aber auch damit zu tun, dass es sehr schwer ist, im ambulanten Bereich die Ansprüche durchzusetzen, obwohl das SGB XII die ambulante Pflege ja nicht von der Hilfe zur Pflege ausschließt. In der Pfadab-

hängigkeit unseres Systems ist es schon eine extreme Herausforderung, durch Dynamisierung die Entwertung der Leistungen der Pflegeversicherung nicht abzusenken.

Dann brauchen wir glaube ich, eine private Vorsorge. Mit der privaten Vorsorge haben wir auch ein Stück Kapitaldeckung. Wir legen nicht alle Eier in denselben Korb. Ich glaube, dass wir in einem Mischsystem bleiben werden.

Natürlich hätte man diese Frage 1995 in der Debatte stellen können, also ob man auch eine fünfte Säule aufbaut. Man hätte damals eben auch die Kommunen über einen Bundeszuschuss zur Pflege entlasten können. Aber die Entwicklung zurückzudrehen, scheint mir sehr schwer zu sein.

Mark Schweda

Danke schön. Ich habe Achim Wambach als Nächsten auf der Liste.

Achim Wambach

Vielen Dank für die Beiträge. Meine Frage ist eigentlich schon gestellt worden, aber ich möchte sie doch noch mit einem Punkt vertiefen zum assistierten Suizid.

Frau Bührlen, es scheint so, dass die Sachen bei Ihnen sozusagen zu Hause aufschlagen. Wenn ich mir anschau, was in den Ländern geschieht wie in der Schweiz, wo es in den letzten Jahren einen sehr starken Anstieg im assistierten Suizid gab, ich formuliere es als Frage, müssen wir das nicht ähnlich wie bei Live-ins aus dem Graubereich herausholen? Fehlen Ihnen da die Institutionen oder gibt es die Institutionen? Wie würden Sie da die Lage einschätzen?

Brigitte Bührlen

Der Vorläufer waren ja die Niederlande. Das waren die Ersten, die das praktisch legalisiert haben.

Man muss so sagen: Der assistierte Suizid ist ja nur für diejenigen möglich, die die finanziellen

Möglichkeiten haben. Sie müssen schon Geld haben, um den praktisch auszuüben. Und für den Großteil der Bevölkerung kommt es mit Sicherheit gar nicht in Frage. Noch nicht. Aber es kann durchaus sein, dass es in diese Richtung geht. Wenn wir keine Lösung finden für vernünftige Rahmenbedingungen für pflegende Angehörige, dann werden wir immer mehr Menschen haben, die niemanden haben, der sich um sie kümmert, und die dann eben die Überlegung in den Vordergrund stellen: „Ich habe niemanden, es wird sich niemand um mich kümmern. Dann gehe ich lieber freiwillig.“ Wenn sie dann die finanziellen Möglichkeiten haben – ja, das kann ich mir gut vorstellen. Denn es ist wirklich nicht schön, allein zu sein und einen Pflegebedarf zu haben.

Deswegen habe ich das so betont. Das klingt vielleicht ein bisschen merkwürdig. Aber wir sind nicht nur Körper. Wir sind nicht nur unsere biologischen Anteile. Das Wohlbefinden meines Körpers ist abhängig vom Wohlbefinden meiner Seele. Die Pflegeversicherung ist dafür nicht da. Die ist nur für den Erhalt des Körpers da, aber nicht für Geist und Seele. Und da ist eine ziemliche Kluft.

Deshalb kann ich mir gut vorstellen, dass immer mehr den Weg gehen werden, wenn wir keine Lösung finden, wie wir uns einigermaßen gut, ethisch vertretbar und ganzheitlich versorgen können in diesem Land.

Mark Schweda

Es gibt dazu eine direkte Anmerkung.

Winfried Hardinghaus

Ich möchte ein wenig widersprechen, dass assistierter Suizid so teuer ist und Sie sich das nicht leisten könnten. Zurzeit ist die Gesetzeslage so, dass jeder es machen darf. Er muss es allerdings fachgerecht machen, und die Unterschreibungs-

fähigkeit muss nachgewiesen sein. Das können befreundete Ärzte machen, es können Verwandte machen. Das ist auch die große Befürchtung, auch in Pflegeheimen eines Tages.

Sicher, Sie haben recht: Die gute Versorgung ist suizidpräventiv. Aber die Versorgung ist eben nicht überall gut, und sie wird in Zukunft, was wir alle nicht wollen, möglicherweise noch schlechter. Dann ist die Gefahr der Suizidassistenz auch durch Angehörige oder Bekannte größer.

Nils Goldschmidt

Ich hätte eine Frage an Herrn Trost und eine an Georg Cremer. Erst einmal vielen Dank, dass Sie auf die veränderten Versorgungsbedarfe hingewiesen haben. Ich fand es sehr plastisch, dass wir mehr Beatles in Pflegeheimen brauchen. Das fand ich sehr interessant.

Sie haben auch deutlich gemacht, dass wir veränderte Ethikstrukturen brauchen, die sich auch in der Organisation widerspiegeln müssen. Ich fand es sehr plastisch, dass Sie sagten, dass das in der Ausbildung eine Rolle spielt, aber in der Praxis im Beruf weniger. Wie würden Sie das umsetzen, damit es auch handhabbar ist und nicht zu ausufernden Strukturen führt, sondern sehr effizient und effektiv umgesetzt werden kann?

Meine Frage an Georg Cremer ist: Auch wenn wir bei der Teilpflegeversicherung bleiben, müssen wir mittelfristig die Finanzierungsbasis doch irgendwie schrittweise erweitern. Es gibt sehr viele Optionen, aber was wäre ein möglicher gangbarer Weg? Wäre ein gangbarer Weg, dass wir darüber nachdenken, dass die Pflegeversicherung Vermögende stärker progressiv belastet? Wir haben ja auch differenzierte Beitragssätze zur Pflegeversicherung bei Kindern und Nicht-Kindern, also dass man bei Vermögenden vielleicht versucht, so ein progressives Element mit hineinzubringen.

Bernd Trost

Es gibt inzwischen unterschiedliche Ansätze, wie mit dem Thema umgegangen wird. Das unterste Level sollte sein, dass in Einrichtungen der Langzeitpflege Kompetenz aufgebaut wird, um ethische Fallbesprechungen zum Standard zu machen. Es gibt pflegeproblembezogene Fallbesprechungen, die interdisziplinär geführt werden. Das ist weitgehend Standard in Deutschland in der Langzeitpflege, aber ethische Dimensionen werden da in der Regel nicht berührt. Das wäre ein unteres Level dafür, Kompetenz aufzubauen. Wenn die pflegende Mitarbeiterin, ob Fachkraft, Hilfskraft oder Betreuungsassistent, dieses Bauchgefühl bekommt, da ist was nicht in Ordnung. Dass es ein Setting gibt, damit die Frage thematisiert werden kann: Ist da wirklich etwas nicht in Ordnung, was steckt dahinter? Das wäre auf der Ebene der individuellen Versorgung, der konkreten Versorgungssituation für Bewohnende, ein unterster Anspruch.

Daneben muss es auch eine Kompetenz in Einrichtungen geben, dass organisationale und konzeptionelle Fragestellungen und Entscheidungen ethisch reflektiert werden. Wir laufen ja Gefahr unter all dem, was heute schon diskutiert wurde, dass wir sehr stark ressourcenorientiert denken, aber im Zweifelsfall nicht von den Bedarfen und der Lebensqualität der Bewohner aus denken. Das ist auch ein Punkt.

Es gibt ein Modell aus der Schweiz. Frau Albisser Schleger hat am Universitätsspital in Basel das METAP-Modell entwickelt, zunächst in der stationären Akutversorgung. Vor einigen Jahren wurde es weiterentwickelt für die stationäre und die ambulante Langzeitversorgung. Das ist ein Eskalationsmodell, das Kompetenz bei den Mitarbeitern aufbaut, also nicht Ethik irgendwohin an die Spezialisten verortet, damit die anderen sich nicht damit beschäftigen müssen, sondern die

Idee hat, Kompetenz in der ethischen Reflexion in die Pflege, in die Teams zu bringen über mehrere Ebenen und über ein systematisches Reflektieren von der Mikroebene, der individuellen Versorgungssituation, Rückschlüsse auf organisationale Fragestellungen ziehen zu können, das heißt zu clustern. Ich sage es mal einfach: Hier scheinen wir ein grundsätzliches Problem zu haben, und hier müssen wir mit unseren Organisationen drauf schauen. Das wären Ansätze.

Wir haben vor 20 Jahren ein Ethikkomitee etabliert. Das ist etwas, wofür es eine gewisse Träger- oder Einrichtungsgröße braucht. Wir haben in Frankfurt über das Ethiknetzwerk, das wir initiiert haben, ein Ethikkomitee, das inzwischen, glaube ich, zwölf Einrichtungen hat, die daran angedockt sind. Das heißt Einrichtungen, die sagen: Wir können keine eigene Struktur aufbauen, aber wir schließen uns an eine Struktur an und nutzen auch das Instrument einer ambulanten Ethikberatung, das heißt, dass da jemand von außen reinkommt.

Wie gesagt, es gibt inzwischen gottlob unterschiedliche Ansätze, aber wir müssen da hinkommen, dass das Thema zum Thema wird oder, um noch mal Frau Albisser Schleger zu zitieren, die in einem ihrer Bücher geschrieben hat: Die ethische Dimension muss im Tagesgeschäft einfach mitgedacht werden. Da müssen wir hinkommen.

Vera Lux

Ich würde gerne noch ergänzen: Es gibt zwei Landespflegekammern in Deutschland, in Rheinland-Pfalz und in NRW. Dort gibt es ein Ethikkomitee, wohin sich Pflegende auch wenden können. Es gibt in Niedersachsen eine Ethikkommission in der Pflege, die bestimmte Themen behandeln und sich dazu äußern, also Positionspapiere rausgeben. Man kann sich auch unmittelbar als pflegende Betroffene dorthin wenden, wenn man in der eigenen Einrichtung vielleicht nicht gehört wird.

Ich glaube, es ist wichtig, zu erwähnen, dass es so etwas gibt. Und es wäre sicherlich sinnvoll, dass es so etwas nicht nur in Niedersachsen gibt, sondern auch in anderen Bundesländern.

Georg Cremer

Ja, das ist eine knifflige Frage, denn wir müssen immer das Gesamtsystem des Sozialbudgets sehen. Die Versuchung ist immer, sich in einem Teilbereich zu bewegen und dann marginale Erweiterungen zu denken, die das System besser, aber natürlich auch teurer machen.

Ich würde sagen, mit den 30 Prozent Sozialbudget sind wir im internationalen Vergleich relativ gut. Wir sollten es auch nicht schlechtreden und auch nicht irgendwelche unrealistischen Einsparoptionen [haben], als käme man unter diese 30 Prozent. Das sehe ich überhaupt nicht.

Aber es ist auch ein Problem, wenn wir deutlich darüber kommen. Wir geben im Rentensystem vielleicht ungefähr ein Prozent oder anderthalb Prozent des BIPs [Bruttoinlandsprodukt] weniger aus als andere Länder. Wir geben aber im Gesundheitssystem ungefähr zwei Prozent mehr aus als andere Länder, ohne einen besonderen Vorteil an Lebenserwartung oder medizinischer Qualität zu haben. Wir werden vor Aufgaben stehen wie der Umschichtung innerhalb des Sozialbudgets, und das in der vermachtesten Struktur und in Abwehr und natürlich auch einer Sozialdebatte, die, ich sag mal, zwischen Kettensägenrhetorik und Schnappatmung hin und her pendelt, wo jeder Einsparungsvorschlag [gibt einen Laut der Empörung von sich] – das ist wahnsinnig schwierig.

Am ehesten kann man vielleicht im Pflegebereich marginal etwas drehen, über die Beitragsbemessungsgrenze. Ich bin sehr skeptisch mit dem Einbeziehen anderer Einkommensarten in die Pflege, in die umlagefinanzierten Sozialversicherungen

selbst, weil man dann Steuersystem und Umlagesystem vermischt. Klar, man kann natürlich auch bei Erbschaftssteuer usw. etwas holen. Wir sehen aber an dem Vorschlag der SPD – der Vorschlag würde Mehreinnahmen in der Größenordnung von – äh – ja, vierzehnhundert Milliarden, da sind wir im Bereich von einem halben Prozent.

Wir haben natürlich auch Finanzierungsbedarfe in einer Reihe von anderen notwendigen Bereichen der staatlichen Handlungsfähigkeit. Wir werden also eine Debatte führen müssen über Effizienzgewinne auch im Bereich der Sozialpolitik. Was ich als Notwendigkeit sehe, ist, dass sich der Sozialbereich selbst an dieser Debatte beteiligt, denn die Leute wissen ja, worüber Versorgung stattfindet, wo Ineffizienzen sind usw.

Nur ist der interne Dialog immer deutlich offener als die verbandlichen Verlautbarungen, die sehr auf – das ist ja logisch, das ist in anderen Großorganisationen genauso. Da geht der Erkenntnisgewinn öffentlicher Anhörungen asymptotisch gegen Null. Wir müssen an diese Potenziale ran.

Ich würde auch sagen, die lobbyistische Einflussmöglichkeit von Verbänden wird sich nur halten lassen, wenn sie diese Fragen mit beantworten, also selber Konzepte entwickeln, denn aus dem Bundestag allein können sie nicht kommen. Insofern tue ich mich etwas schwer, jetzt eine Partialantwort auf deine Frage zu geben.

Mark Schweda

Der Erkenntniswert zumindest dieser öffentlichen Anhörung liegt nach meinem Dafürhalten deutlich oberhalb von Null. [Lachen]

Jochen Sautermeister

Herzlichen Dank auch meinerseits für die Beiträge, die auch bei mir viele Fragen auslösen. Ich habe drei kurze Fragen.

Die erste Frage bezieht sich auf die Anforderungen an Ethikkomitees, die Bedeutung der Ethikkomitees. Wenn man die Situation sieht, könnte es auch sein, dass sich das Aufgabenspektrum der Ethikkomitees auch dahingehend verändern müsste, dass die Ethikkomitees viel stärker noch die Pflegenden und Mitarbeitenden im Blick haben, also Ethikberatung als eine Art der Unterstützung bei Moral Distress und Ähnlichem. Da wäre eine Frage: Verändert sich da gerade etwas?

Zweitens die Perspektive, dass ein zunehmender Anteil von Pflegebewohnern mit psychischen Erkrankungen, Suchterkrankungen, natürlich eine erhöhte Pflegekapazität benötigt. Sehen Sie da eine Zunahme? Und wie würden Sie die Zunahme erklären? Woran liegt es?

Der dritte Punkt ist, dass pflegende Kinder und Jugendliche oft unsichtbar bleiben. Als Sie geschildert haben, was damit alles verbunden sein kann bzw. verbunden ist, habe ich mich gefragt: Ist das nicht, je nachdem, worum es geht, ein Thema für den Kinder- und Jugendschutz?

Mark Schweda

Herr Trost.

Bernd Trost

Danke für Ihre erste Frage. Das ist essenziell. Wir haben uns vorhin schon darüber ausgetauscht. Moral Distress ist ein großes Thema, also Abwanderung aus dem Pflegeberuf ob der permanenten Erfahrung der Unabänderlichkeit der Erfüllung dessen, was man eigentlich tun will.

Unsere Erfahrung ist die, dass wir mit der Einführung von Ethikberatungen und ethischen Fallbesprechungen ein höheres Maß an Entlastung bei unseren Pflegenden verspüren und erreichen können, als wir das zum Beispiel mit dem Angebot von Supervisionsgruppen erreicht haben. Bei Supervisionen – keine Ahnung, das muss an der Pro-

fession der Pflegenden liegen. Es ist ganz schwierig, an Pflegende heranzubringen, aber über diese Metapher: Es geht ja eigentlich um den Bewohner, um den Patienten, um dann in der Beratung festzustellen: Wir reden aber über *unser* Unwohlsein und können uns da entlasten. Das hat einen gigantisch hohen Stabilisierungseffekt für die Mitarbeitenden, die wir in der Pflege und auch in der Betreuung haben.

Ausschlaggebend dafür, dass wir vor 20 Jahren mit dem Thema angefangen haben, war genau diese Überlegung aus einem anderen Projekt heraus: Es ging uns zunächst darum, die Arbeitszufriedenheit von Pflegenden zu steigern, um dann zu sagen: Na gut, wir müssen das Gesamtsystem anschauen. Aber wenn wir über Ethikstrukturen und Ethikkompetenzen in der Langzeitpflege reden, geht es immer darum, dass wir alle beteiligten Gruppen in den Blick nehmen, das heißt, die betroffenen zu Pflegenden, die Mitarbeitenden und auch die Angehörigen.

Mark Schweda

Gut, vielen Dank. Ich habe als Nächstes im Zoom Frauke Rostalski.

Jochen Sautermeister

Die Menschen mit psychischen Erkrankungen und die Kinder und Jugendlichen.

Mark Schweda

Entschuldigung.

Bernd Trost

Da gibt es eine Zunahme. Es hat uns selbst gewundert, als wir angefangen haben, anhand von Diagnosen statistisch auszuwerten, wie hoch der Anteil von Menschen mit psychischen Erkrankungen inzwischen in unseren Einrichtungen ist. Was die Ursache dafür ist? Zum einen gibt es wenig spezialisierte Einrichtungen für alte Menschen mit psychischen Erkrankungen. Das heißt,

die Menschen, die von diesen Krankheitsbildern betroffen sind, drängen zunehmend in die Grundversorgungseinrichtungen.

Zum anderen ist die Problematik die, dass das in der Regel Menschen, Klienten oder Bewohner sind, die schon einen großen Teil ihres Lebens Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten haben und dann aus dem Versorgungssystem rausfallen.

Wir sind da sehr eng im Gespräch auch mit Trägern der Eingliederungshilfe und haben mehrere Anläufe gemacht und Versuche unternommen, da Projekte zu starten. In der Palliativversorgung können wir SAPV als ambulante Leistung in die Einrichtung hereinholen. Ja, warum wir nicht eine ambulante Versorgung von Patienten oder Klienten der Eingliederungshilfe in der stationären Einrichtung fortführen können, das erschließt sich jeglicher Logik und Fachlichkeit. Aber der Grundsatz ist eben der, es gibt keine Durchlässigkeit zwischen den Versorgungssektoren, und die Kostenträger der Eingliederungshilfe gehen faktisch davon aus, dass in der SGB-XI-Einrichtung sozusagen das Rundum-sorglos-Paket geboten wird und es keinen Bedarf für zusätzliche Leistungen gibt, was der Realität nicht entspricht.

Mark Schweda

Jochen Sautermeister hatte noch die Frage der pflegenden Kinder und Jugendlichen angesprochen, Frau Bührlen.

Brigitte Bührlen

Ja, wenn man das von außen betrachtet, dann drängt sich die Frage auf. Wenn man aber selber in der Situation war (und ich war in der Situation), dann tun Sie alles, damit möglichst von außen niemand reinkommt.

Was habe ich gemacht? Ich habe versucht, möglichst wenig – also es hat niemand gewusst, keine Lehrerin, kein Mitschüler, niemand, wie ich zu

Hause letzten Endes gefordert war, mit einer Mutter, die psychisch immer ein bisschen am Kippen war und ich immer Angst hatte, was ist, wenn ich nach Hause komme.

Es gibt jetzt eine Bewegung, es gibt jetzt Strukturen für Young Carers. Ich würde sagen: Das ist es, was wir brauchen. Wir brauchen Strukturen, wo Kinder und Jugendliche, die in so einer Pflegesituation sind, teilweise anonym, teilweise mit großem Vertrauen, sich in Strukturen einbinden lassen, zu denen sie Vertrauen haben, wo sie andere treffen, die auch in so einer Situation sind, und gemeinsam versuchen, sich zu stützen.

Wenn in die Jugendhilfe so eine Struktur reinkommt, fühlt man sich stigmatisiert. Soll der Effekt sein, dass jetzt Kinder und Jugendliche rausgenommen werden aus dem Setting? Das will man ja gar nicht. Sie brauchen Unterstützung, brauchen Hilfe. Man muss nach ihren Bedarfen gehen, man muss sie nach ihren Bedarfen fragen und sie müssen Vertrauen aufbauen. Sie brauchen dann Strukturen, die sie begleiten und unterstützen, sodass sie auch mal weg können, dass sie loslassen können, dass sie einfach ganz normale Kinder und Jugendliche sein können und trotzdem ihre Angehörigen in guten Händen wissen. Das ist es, was wir brauchen.

Aber es gibt jetzt eine Young-Carer-Stiftung. Es hat wirklich Fahrt aufgenommen und ist raus aus dem Dunkel gekommen. Dafür bin ich sehr dankbar.

Mark Schweda

Danke schön. Jetzt aber Frauke Rostalski aus dem Zoom.

Frauke Rostalski

Danke schön. Ich habe zunächst eine Bitte an Herrn Cremer. Könnten Sie einmal für uns das gegenwärtige Modell der sozialen Pflegeversiche-

rung bewerten, einmal unter dem Aspekt der innergesellschaftlichen Gerechtigkeit, aber auch der Generationengerechtigkeit? Insbesondere die Frage, wie gerecht es innerhalb der verschiedenen Generationen ist, wenn wir sehen, dass die geburtenstarken Jahrgänge immer mehr aus den Beitragszahlern rausrutschen, in Rente gehen und für die Nachkommen, die zahlenmäßig deutlich weniger sind, immer größere Lasten verbleiben.

Dann würde mich interessieren, wie Sie auf dieser Basis das von Ihnen vorgeschlagene Modell, Pflegevollversicherung, damit in Beziehung setzen. Schafft die Pflegevollversicherung gegenüber dem gegenwärtigen Modell mehr innergesellschaftliche und intergenerationelle Gerechtigkeit und weshalb?

Dann habe ich noch eine Frage an Frau Bührlen, die nichts mit dem Geld zu tun hat, sondern mit einem Punkt, den ich sehr beeindruckend fand, von dem Sie vorhin berichtet haben, nämlich Ihre Betonung der, wie ich finde, richtigen Tatsache, dass es im Zusammenhang mit der Pflege nicht nur um das Körperliche gehen sollte.

Hier habe ich mich gefragt und würde fragen, wie Sie das einschätzen, ob man an der Stelle, wo es mal nicht ums Finanzielle geht, nicht wieder viel mehr auf die Angehörigen setzen sollte. Lassen wir da möglicherweise die Familien, die Angehörigen, die Zugehörigen zu schnell aus der Pflicht? Sollten wir da vielleicht auch von gesellschaftlicher Seite wieder mehr verlangen? Vielleicht nicht nur dadurch, dass man Pflichten einfordert, sondern dass man vielleicht auch sagt, wir müssen stärker informieren über das, was Sie uns so plastisch geschildert haben, dass es nicht nur um das Körperliche geht, sondern dass es eine unheimlich traurige und einsame Situation sein kann, allein zu sein und auf Pflege angewiesen zu sein, und dass man da vielleicht schon ganz früh ansetzt. Ich denke da etwa an Schulen. Es ist nun mal ein

Problem, das unsere Gesellschaft über viele Jahrzehnte befassen wird, und vielleicht ist bei den Individuen noch nicht das hinreichende Bewusstsein vorhanden. Oder wie schätzen Sie das ein?

Mark Schweda

Vielen Dank. Herr Cremer.

Georg Cremer

Vielen Dank für die Frage, wie man das mit Gerechtigkeitsprinzipien verbindet. Bei der Pflegeversicherung haben wir einen Beitragssatz in Abhängigkeit vom versicherungspflichtigen Einkommen. Das hat eine starke Umverteilungskomponente, weil wir – im Gegensatz zum Rentensystem, wo wir das Äquivalenzprinzip haben – unabhängig von der Höhe der Beiträge die gleichen Pflegeleistungen haben.

Vielleicht ist das missverständlich übergekommen. Ich habe mich ausdrücklich *gegen* eine Pflegevollversicherung geäußert und habe argumentiert, dass es dann ja Menschen mit gehobenem Einkommen und guter Vermögenssituation von den Kosten der Mitfinanzierung der Pflege entlasten würde und dies dann entweder über Beiträge zu Lasten der aktiven erwerbstätigen Generation ginge oder durch Steuern, die nicht nur, aber in starkem Maße von der aktiven erwerbstätigen Generation aufgebracht werden. Für die Pflegevollversicherung sprechen sicherlich nicht Überlegungen der Generationengerechtigkeit in dem Übergang der starken demografischen Alterung.

Mark Schweda

Vielen Dank. Frau Bührlen.

Brigitte Bührlen

Ja, natürlich brauchen Angehörige, die sich gut verstehen und die sich auch umeinander kümmern möchten, die Rahmenbedingungen, die es ihnen ermöglichen, und die haben sie aktuell sehr oft nicht.

Das ist ein systemisches Thema. Wenn wir in Länder schauen, die ein anderes Grundsystem haben, wie zum Beispiel die skandinavischen Länder, da ist es so, dass praktisch die gesamte Pflege steuerfinanziert ist und kommunal organisiert wird. Wenn ein Pflegefall eintritt, wendet man sich an diese Stelle. Dort wird dann ein Pflegesetting für den individuellen Fall erstellt. Die Familie hat damit erst einmal nichts zu tun, weil man sagt: Na ja, auch Frauen sind gut ausgebildet, wir brauchen sie in der Wirtschaft. Das muss man ja auch sehen, das sind ja auch Arbeitskräfte. Aber wenn ich sage als Tochter, ich könnte mich aber vielleicht zwei, drei Tage in der Woche oder so und so viele Stunden einbringen, dann bekomme ich einen Arbeitsvertrag, eine Tätigkeitsbeschreibung und werde anteilig bezahlt.

Wie auch immer, wenn wir auf solche Lösungen gehen, dann könnte ich mir vorstellen, dass wir auch mehr Angehörige involvieren könnten. Aber so, wie es jetzt ist – die gesamte Pflege, das muss man einfach sagen, baut in Deutschland nach wie vor auf der Subsidiarität auf, auf dem Bismarck'schen Familienmodell Vater, Mutter, Kind, mit Trauschein; Vater arbeitet und Mutter ist zu Hause, versorgt die Kinder und pflegt.

Das ist nicht mehr zeitgemäß. Wir brauchen Frauen nicht hochqualifiziert ausbilden und sagen: alle durch die gläserne Decke und alles wunderbar, aber wenn eine Pflegesituation kommt – ja selbstverständlich, wer soll es denn sonst machen? – bleibt ihr zu Hause. Das ist einfach unfair. Dann müssten wir das auch für die Männer sagen. Ich finde, das ist auch ein Gender-Thema.

Was mir noch sehr am Herzen liegt, das sind die Angehörigen, die Kinder pflegen. Es gibt nicht nur ältere Menschen, und es gibt nicht nur Heimversorgung. Wenn ich ein behindertes oder ein krankes Kind habe, dann bin ich eventuell mein

ganzes Leben damit befasst. Das spielt irgendwie überhaupt keine Rolle.

Und für Menschen zwischen 18 und 60 mit Schlaganfall, mit Krebserkrankungen und allem Möglichen haben wir gar keine Einrichtungen. Wir verbinden Pflege immer mit Alter, und dann immer maßgeblich mit ökonomischen Aspekten. Ja, das ist alles wichtig, aber es bildet nicht das gesamte Thema ab. Ich weiß nicht, wie wir Zukunft gestalten wollen, wenn wir nicht Pflege als vom ersten bis zum letzten Lebensstag relevant ansehen.

Mark Schweda

Herzlichen Dank für den wichtigen Appell. Die letzte Frage.

Jutta Allmendinger

Zunächst einmal vielen Dank an alle, auch an Ihre letzte Anmerkung. Das wäre meine Frage gewesen, wie sich überhaupt diese Langzeitpflege, wo wir implizit immer über das Alter sprechen, über unterschiedliche Altersstufen verteilt. Ich gehe davon aus, dass wir Statistiken finden. – Das finden wir, ja? Ich brauche das jetzt nicht von Ihnen. Es gibt Statistiken, in denen gezeigt wird, wie sich diese Pflege über die Altersbereiche verteilt.

Brigitte Bührlen

Statistiken gibt es schon, bloß kein Bewusstsein in der Gesellschaft. Das ist das Problem. Aber wenn Sie wollen, kann ich Ihnen da etwas –

Jutta Allmendinger

Nein, das schaffen wir, danke.

Das Zweite ist, dass wir jetzt über häusliche Pflege, wir hatten über stationäre Pflege, also Heim usw. – was mich interessieren würde, sind Interaktionen. Wie läuft eigentlich dieses Miteinander? Gibt es Fortschritte des Miteinanders zwischen diesen Pflegeformen und hat man da

Verbesserungen über die Zeit erzielt? Das ist meine zweite Frage.

Die dritte ist noch mal die Hilfe für Pflege. Herr Cremer, Sie sagten, da müssten wir ansetzen. Ich habe überhört, wo genau Sie jetzt sagen würden, das und das und das wären die Punkte, wo anzu- setzen wäre, wenn wir nicht auf diese Vollversi- cherung gehen. Danke.

Georg Cremer

Die Frage ist die Versäulung oder diese Trennung von Welten zwischen ambulant und stationär. Lockert sich das? Dazu können vielleicht die ande- ren aus der ersten Runde mehr zu sagen.

Was die Hilfe zur Pflege angeht – also die Situa- tion von Paaren: Einer ist im Pflegeheim, der an- dere Partner ist zu Hause. Hilfe zur Pflege ist not- wendig, und es findet eine Einkommensanrech- nung statt bei der Person, die weiterhin im häusli- chen Bereich verbleibt. Das sind oft Personen, die eine lebenslange Erwerbstätigkeit vielleicht im Niedriglohnsektor hinter sich haben und je nach- dem, wie die Regelungen kommunal interpretiert werden, dann kaum noch mehr haben als den So- zialhilfesatz. Da kann man zielgenau etwas für den unteren Rand der Gesellschaft tun.

Das Zweite, wo ich sagen würde, man könnte et- was großzügiger sein, ist zum Beispiel das Ta- schengeld für Mobilitäts- und für ähnliche Be- darfe.

Der dritte Punkt ist, ob es wirklich fair ist, die ge- samten Renteneinkünfte anzurechnen. Da könnte man mit einer Freibetragsregelung von, ich sage mal, 20 Prozent auch zu einer Regelung kommen, dass sich Arbeit im Alter gelohnt haben sollte, auch wenn ich in eine Pflegesituation komme.

Das wären drei vom fiskalischen Aufwand relativ beschränkte Stellschrauben, die deutlich billiger wären als eine Pflegevollversicherung. Und es

würde vielleicht der Hilfe zur Pflege ein Stück weit den Schrecken nehmen.

Mark Schweda

Wir haben jetzt noch fünf Minuten Zeit, um die Schnittstellenproblematik zwischen den Versor- gungssektoren zu klären.

Christine Vogler

Zwei Aspekte: Wir bewegen uns in demselben System, in dem wir uns alle bewegen. Mit ande- ren Worten: Da gibt es keine Vernetzung. Wir werden so bezahlt, wo wir arbeiten. Wir sind so- gar so kreativ, dass wir Case-Management einfüh- ren unterschiedlichster Formen mit unterschiedli- chen Definitionen, die die Pflegebedürftigen und Patienten durch unser Gesundheitssystem schlei- sen, damit sie überhaupt wissen, wo sie hinmüs- sen, damit sie versorgt werden können. So.

Es findet also eine Vernetzung statt über Hilfsper- sonen, ich sage das jetzt mal, die gut qualifiziert sind zum Teil, aber die eben dafür da sind, einfach durch das System zu schleusen. Von daher: Das Verständnis ist da. Wir setzen am letzten Glied der Kette an, nämlich beim Pflegeberufegesetz, da, wo es am schwächsten ist. Die Auszubilden- den schicken wir überall hin. Da entsteht ein Be- wusstsein dafür, aber ansonsten leider nicht.

Mark Schweda

Frau Lux.

Vera Lux

Ich würde ergänzen, dass die Versicherungssys- teme, die ja getrennt sind mit SGB V, SGB XI, auch eine Barriere darstellen. Wenn ich überlege, dass wir im Krankenhaus Pflegeexperten ausbil- den, in psychiatrischer Pflege, in onkologischer Pflege, in Transplantationspflege, Geriatrie usw., und diese gut ausgebildeten Menschen dürfen aber nicht sektorübergreifend tätig werden, zum

Beispiel in der Pflegeeinrichtung. Das muss geöffnet werden, finde ich, denn diese Expertise in der Fläche aufzubauen, dauert lange Zeit, kostet viel Geld und ist auch gar nicht notwendig, sondern wir haben Experten, haben spezialisiertes Pflegepersonal. Und wenn wir die Sektoren öffnen, was Finanzierung angeht, dann können diese pflegenden Experten auch in den anderen Sektor gehen.

Das ist eine Idee für die Zukunft, die mir schon lange am Herzen liegt. Und der Vorteil ist, dass die Menschen einerseits im Akutbereich arbeiten und wissen, okay, wie geht es den Menschen, die zu uns kommen? Die Menschen werden entlassen in den Langzeit- oder häuslichen Bereich und man befruchtet sich gegenseitig und kann sich besser aufeinander einstellen. Von daher wäre das, glaube ich, eine Idee und ein Ziel für die Zukunft, wie man hoch ausgebildete Pflegende besser übergreifend auch einsetzen kann.

Mark Schweda

Wunderbar, herzlichen Dank. Damit schließe ich diese zweite Diskussionsrunde mit noch einmal herzlichem Dank an alle Vortragenden, alle Diskutierenden und übergebe abschließend an den Vorsitzenden Helmut Frister.

Helmut Frister

Vielen Dank. Keine Sorge, ich will jetzt nicht den Versuch unternehmen, ein Resümee zu ziehen, nur einen Satz: Wenn es noch eines Beweises bedurft hätte, dass wir mit der Wahl dieses Themas eine richtige Entscheidung getroffen haben, dann hat die heutige Anhörung diesen Beweis erbracht. Ich glaube, es ist wirklich deutlich geworden, was für ein wichtiges Thema wir da aufgegriffen haben. Ich denke, dass Sie uns mit Ihren Beiträgen sehr dabei geholfen haben, dieses Thema zu bearbeiten. Deshalb ganz herzlichen Dank dafür.

Ich habe außerdem zu danken der Arbeitsgruppe, die diese Anhörung heute vorbereitet hat, und natürlich den Moderatoren Annette Riedel, Kerstin Schlögel-Flierl und Mark Schweda für diese tolle Veranstaltung. Ein Dank gebührt auch unserer Geschäftsstelle, die das immer im Hintergrund so ausgezeichnet organisiert. Und schließlich danke ich allen Zuschauern im Livestream für ihr Interesse an der Arbeit des Ethikrats.

Zum Schluss noch eine kleine Werbung in eigener Sache. Wir arbeiten nicht nur an der Stellungnahme zur Langzeitpflege, sondern zeitgleich an einer Stellungnahme zur Neurotechnologie. Da wird es demnächst auch eine öffentliche Anhörung geben. Sie wird am 19. März um die gleiche Uhrzeit stattfinden. Wenn Sie daran Interesse haben, können Sie sich gern beim Livestream wieder dazuschalten.

Das war es für heute. Einen schönen Abend noch, und machen Sie es gut.