



Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk
Unabhängige und gemeinnützige Interessenvertretung
für hilfe- und pflegebedürftige Menschen in Deutschland
Vorstand: Werner Schell – Harffer Straße 59 – 41469 Neuss
Tel.: 02131 / 150779 – E-Mail: ProPflege@wernerschell.de
Internet: <http://www.pro-pflege-selbsthilfenetzwerk.de>

Neuss, 13. Mai 2014

Anforderungen an die von der Großen Koalition (GroKo) in Aussicht gestellte Pflegereform 2014

- *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk* hat sich in den vorherigen Jahren wiederholt zu den Pflege - Reformforderungen geäußert¹ und sieht die insoweit in den vergangenen Jahren (2008 und 2012) beschlossenen Änderungen des SGB V und SGB XI als völlig unzureichend an. Die vielfach beklagten systemischen Mängel konnten – trotz gut klingender Ankündigungen – nicht entscheidend verbessert werden.
- Nachdem die GroKo in ihren Koalitionsvereinbarungen am 27.11.2013 die Grundzüge der beabsichtigten Korrekturen im Gesundheits- und Pflegesystem in Grundzügen ausgeführt hat², macht *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk* noch einmal auf einige besonders wichtig erscheinende Verbesserungen der Pflege - Rahmenbedingungen aufmerksam und bittet im Interesse der hilfe- und pflegebedürftigen Menschen darum, die erforderlichen gesetzgeberischen Maßnahmen im Rahmen des „Fünften SGB XI-Änderungsgesetzes – 5. SGB XI-ÄndG“ verbindlich zu machen.³
- In die nachfolgenden Ausführungen sind zahlreiche Zuschriften mit pflegepolitischen Anregungen bzw. Forderungen eingeflossen.⁴ *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk* steht für weitere Informationen bzw. eine Anhörung gerne zur Verfügung.

¹ Näheres zum Koalitionsvertrag 2009:

http://www.wernerschell.de/Medizin-Infos/Pflege/koalitionsvertrag_pflege.php

Stellungnahme von *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk* Neuss zu den Eckpunkten für eine Pflegereform vom 05.07.2011:

<http://www.pro-pflege-selbsthilfenetzwerk.de/Aktuelles/EckpunkteUnionStatementBf05072011.pdf>

² **Anlage 1a**

³ **Anlage 1b**

⁴ Zur Formulierung und Übersendung entsprechender Texte wurde mit Schreiben vom 31.01.2014 aufgefordert. Vgl. insoweit den Brieftext im Forum von *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk*: <http://www.wernerschell.de/forum/neu/viewtopic.php?f=3&t=20189> - Angesichts der Vielzahl der eingegangenen Zuschriften mussten Kürzungen, auch zur Vermeidung von Wiederholungen, vorgenommen werden.



Die Pflege - Rahmenbedingungen sind dringend verbesserungsbedürftig: Bundesregierung und Gesetzgeber sind vorrangig in der Verantwortung!

Die bundesdeutschen Pflegesysteme (in Heimen und Krankenhäusern) sind notleidend und werden folglich durch die Bevölkerung mehr als kritisch eingeschätzt. In den zahlreichen Neusser Pflegetreffs wurde immer wieder - widerspruchsflos - verdeutlicht, dass es mängelfreie Einrichtungen nicht gibt und anhand der vorgegebenen Pflege - Rahmenbedingungen auch nicht geben kann.⁵

Zur Erläuterung ergeben sich u.a. folgende Hinweise:⁶

⁵ Dabei ist auch bedeutsam, dass sich das bundesdeutsche Arzt-, Pflege- und Heimrecht durch die föderalen Strukturen recht zersplittert darstellt und für die Betroffenen mehr als unübersichtlich erscheint. Das wurde von *Pro Pflege - Selbsthilfenetzwerk* wiederholt kritisiert:

> [http://www.pro-pflege-selbsthilfenetz-](http://www.pro-pflege-selbsthilfenetzwerk.de/Pressemitteilungen/StellungnahmenPflegereformundPatientenrechtegesetz2011.pdf)

[werk.de/Pressemitteilungen/StellungnahmenPflegereformundPatientenrechtegesetz2011.pdf](http://www.pro-pflege-selbsthilfenetzwerk.de/Pressemitteilungen/StellungnahmenPflegereformundPatientenrechtegesetz2011.pdf) - Siehe auch die Beiträge (mit weiteren Verweisungen) im Forum von *Pro Pflege - Selbsthilfenetzwerk* unter folgenden Adressen:

<http://www.wernerschell.de/forum/neu/viewtopic.php?t=3508&highlight=zersplitterung>

<http://www.wernerschell.de/forum/neu/viewtopic.php?t=10986&highlight=zersplitterung>

<http://www.wernerschell.de/forum/neu/viewtopic.php?t=11556&highlight=zersplitterung>

<http://www.wernerschell.de/forum/neu/viewtopic.php?t=13588&highlight=zersplitterung>

Der Bund ist z.B. für das Patientenrecht, Betreuungsrecht, die Pflegeversicherung (Teilleistungsversicherung) und das allgemeine Vertragsrecht (einschließlich Arbeits- und Haftungsrecht) zuständig. Die 16 Länder hingegen befassen sich auf der Basis von regional unterschiedlichen Vorschriften mit der Organisation, Gefahrenabwehr etc. in Bezug auf die stationären Pflegeeinrichtungen. Zahlreiche Institutionen prüfen die Einrichtungen: Heimaufsicht (Ländersache), MDK (Pflegeversicherung - Bundeszuständigkeit), Brandschutz, Gesundheitsamt Es ist äußerst schwierig, anhand solcher Strukturen den "Durchblick" zu behalten.

⁶ U.a. mit zahlreichen Zitaten aus dem Buch von *Werner Schell*: „100 Fragen zum Umgang mit Mängeln in Pflegeeinrichtungen“, Kunz Verlag (Schlütersche Buchreihe), Hannover, 2011.

Seit Jahren wird über **Pflegemängel** – als zusammenfassende Bezeichnung für Pflegefehler, Vernachlässigungen, Gewalt, Menschenrechtsverletzungen – in den bundesdeutschen Pflegesystemen berichtet.⁷

Es gibt in den Pflegesystemen auch Aggression und Gewalt gegen Pflegende. *Erich Grond* hat das Thema in einer Buchveröffentlichung aufgegriffen⁸ und dabei u.a. herausgestellt:

„Dass Pflegende von Gewalt bedroht werden, wird erst allmählich wahrgenommen und beschrieben. Pflegende werden indirekt von struktureller Gewalt und direkt von personaler Gewalt bedrängt. Sie werden von Pflegebedürftigen im Heim und ambulant, von Mitarbeitern durch Mobbing oder von Angehörigen bedroht, aber auch von schweigenden Dritten wie Politikern und Trägern, für die nur das Sparen am qualifizierten Personal zählt, von Heimleitern und Pflegedienstleitern, für die es um das Funktionieren geht, oder von der Heimaufsicht und vom MDK, die nur an Kunden denken.“

Besondere Aufmerksamkeit erfuhren u.a. die **Berichte des MDS zur „Qualität in der ambulanten und stationären Pflege“** aus den Jahren **2004**⁹, **2007**¹⁰ und **2012**¹¹. Sie fanden in der (Fach)öffentlichkeit ein un-

⁷ Gewalt gibt es nicht nur in der stationären Pflege, sondern auch in der ambulanten Versorgung. Vgl. dazu die Buchveröffentlichung von *Bonillo* u.a. „Gewalt in der familialen Pflege“. Kohlhammer Verlag, Stuttgart 2013.

⁸ *Erich Grond*: „Gewalt gegen Pflegende“; Huber, Bern 2007. Ziel des Buches ist es, das Tabu der Gewalt gegen Pflegende zu brechen, Hintergründe aufzuzeigen, alternatives Handeln und andere Konfliktlösungen zu ermöglichen, um Gewalt abzurufen und unnötiges Leid zu verhindern! – Vgl. auch die Buchveröffentlichung von *Theo Kienzle* und *Barbara Paul-Ettlinger* „Aggression in der Pflege“, Kohlhammer Verlag, Stuttgart 2013.

⁹ Siehe dazu u.a. das Statement von *Dr. Peter Pick*, Geschäftsführer des MDS, anlässlich einer gemeinsamen Pressekonferenz von VdAK/AEV, BMGS und MDS am 11.11.2004 in Berlin – Quelle: <http://www.wernerschell.de/web/04/pflegequalitaet.php>

Vgl. auch die Hinweise unter

http://www.wernerschell.de/Rechtsalmanach/Sozialrecht/TaetigkeitsberichtMDS2003_2004.pdf

¹⁰ Siehe dazu die Pressemitteilung vom 31.08.2007 Quelle:

<http://www.wernerschell.de/forum/neu/viewtopic.php?p=28715#28715>

In einer Presseerklärung vom 31.08.2007 heißt es u.a.: „Bei zehn Prozent der untersuchten Heimbewohner (2003: 17,4 Prozent) stellten die MDK-Gutachter allerdings gesundheitliche Schädigungen und damit einen akut unzureichenden Pflegezustand fest. Dies sind inakzeptable Zustände, die durch entsprechende Maßnahmen zu beseitigen sind. Im ambulanten Bereich war nach den Feststellungen des Medizinischen Dienstes der Pflegezustand bei immerhin noch 5,7 Prozent der untersuchten Pflegebedürftigen unzureichend (2003: 8,8 Prozent). Beim Pflegezustand geht es u. a. um grundlegende Kriterien wie Hautzustand, Mundzustand und die Versorgung mit Sonden, Kathetern und Inkontinenzprodukten.“

¹¹ Siehe dazu die Beiträge im Forum *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk* unter der nachfolgenden Adresse:

<http://www.wernerschell.de/forum/neu/viewtopic.php?f=4&t=17239&hilit=MDS> – Dort ist auch die Pressemitteilung von *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk* vom 26.04.2012 mit der Titulung „Pflegemängel in den Pflegeeinrichtungen zeigen dringenden Handlungsbedarf auf“ nachlesbar.

terschiedliches Echo. Während einige bezüglich der vorgestellten Mängel von „bedauerlichen Einzelfällen“ sprachen, verurteilten andere die Pflegebranche in Bausch und Bogen als unzureichend aufgestellt¹² und forderten gleich die Schließung aller Heime. Zur Bekräftigung der Kritik wurde sogar von einer „Pflegemafia“ gesprochen.

Diese Diskussion dauert an und wird immer wieder durch auf Skandalisierung getrimmte Medienberichte und wenig ergiebige Talkshows im Fernsehen belebt. Der Parteienforscher *Jürgen Falter* quittierte diese ritualisierten Rollenspiele („Der Tagesspiegel“ am 19.12.2010) wie folgt: „Immer dieselben Gesichter, Meinungen, Hahnenkämpfe.“ Da werden Ängste geschürt und Stimmung gemacht – und damit werden die vielen alten Menschen allein gelassen. Skandale helfen allein den Medien beim Absatz ihrer Produkte.

Bedauerlicherweise werden die Negativschlagzeilen fast ausnahmslos den Pflegekräften angelastet, obwohl diese ihrer Arbeit unter notstandsähnlichen Arbeitsbedingungen nachgehen müssen und meistens nicht die Pflegeleistungen erbringen können, für die sie qualifiziert wurden. Wertschätzung und Anerkennung für Pflegekräfte sieht anders aus! Sachliche Informationen und konstruktive Verbesserungsvorschläge für zweifelsfrei verbesserungswürdige Pflege-Rahmenbedingungen werden nicht zuletzt von Pflegekräften gewünscht.¹³

In einer dpa-Mitteilung vom 24.04.2012 heißt es kurz und bündig: „Hunderttausende Bewohner von Pflegeheimen in Deutschland werden nicht ausreichend gepflegt. Rund 140.000 Menschen werden mit Gittern oder Gurten im Bett oder Rollstuhl festgehalten. Bei 14.000 von ihnen fehlt die dafür vorgeschriebene richterliche Anordnung.“ – Die Einschätzung des DBfK dazu u.a.: „Es muss interdisziplinär und sektorenübergreifend gehandelt werden, um die adäquate gesundheitliche Versorgung der Gesellschaft zu sichern. Dafür ist die Bereitstellung adäquater personeller und sächlicher Ressourcen erforderlich. Durch mehr Personal könnten auch weit mehr Heimbewohner ohne freiheitsentziehende Maßnahmen versorgt werden.“

¹² Vgl. auch die Buchveröffentlichung von *Anette Dowideit* „Endstation Altenheim – Alltag und Missstände in der deutschen Pflege“, Redline Verlag, 2012.

¹³ Zu dem Thema „Arbeitsbedingungen im Altenheim“ informierte *Werner Schell* bei einer Tagung des Landesverbandes der Alzheimer Gesellschaften NRW e.V. am 19.11.2011 in Düsseldorf. Das Statement steht als pdf-Datei zur Verfügung: <http://www.alzheimer-nrw.de/files/downloads/vortrag-111119-2.pdf> Dazu ergänzend weitere Informationen im Forum von *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk* unter folgender Adresse: <http://www.wernerschell.de/forum/neu/viewtopic.php?f=5&t=16644>

Vgl. auch: Pflege in den Medien: „Völlig unstrukturierte Diskussion“ - Kommentar in "CAREkonkret" von *Dr. Franz Schütte*, Geschäftsführer und Heimleiter, Schönberg – Quelle: http://www.wernerschell.de/web/09/thema_pflege_in_den_medien.php

Zu den Arbeitsbedingungen im Krankenhaus berichtet die Zeitschrift „Die Schwester / Der Pfleger“ in ihrer Ausgabe April 2014 und titelt „Professionalität: Arbeitsbedingungen als Stolperstein“ Seite 372ff.).

Das **Deutsche Institut für Menschenrechte** analysierte im August **2006** die Situation der Altenpflege in Deutschland unter dem Titel „**Soziale Menschenrechte älterer Personen in der Pflege**“.¹⁴ In dieser von *Valentin Aichele* und *Jakob Schneider* erstellten Studie wurde u.a. ausgeführt:

„Die Untersuchung zeigt unter Bezugnahme auf empirische Daten, dass in Deutschland erhebliche Mängel im Bereich der Altenpflege bestehen. Es handelt sich – in Anerkennung, dass es zahlreiche einwandfreie Pflegedienste und Pflegeeinrichtungen gibt – um strukturelle menschenrechtliche Defizite, da sie ganz elementare Lebensbereiche der Pflegebedürftigen betreffen und durch sie das Leben einer großen Anzahl von Personen in Deutschland schwer beeinträchtigt ist. Die flächendeckende Gewährleistung der diskriminierungsfreien menschenwürdigen Grundversorgung ist nicht erreicht. ...

Die menschenrechtlichen Anforderungen an staatliche Politik, die verstärkend und ergänzend neben die verfassungsrechtlichen Handlungspflichten des Staates treten, werden von den Rechten auf Pflege und angemessene Unterbringung vorgegeben. Aus beiden Rechten leiten sich staatliche Achtungs-, Schutz- und Gewährleistungspflichten ab; beide Rechte haben einen Kern im Sinne eines Wesensgehalts, der ohne Zeitaufschub zu gewährleisten ist. ...

Der Staat ist deshalb gehalten, unter Mobilisierung all seiner Kräfte, Maßnahmen zu ergreifen, um die flächendeckende menschenwürdige Grundversorgung älterer pflegebedürftiger Menschen in Deutschland ohne weiteren Zeitaufschub zu garantieren.“

In einem **Leitfaden des Landespräventionsrates NRW** mit dem Titel „**Gefahren für alte Menschen in der Pflege**“ (2006)¹⁵ wurden die Vernachlässigungen und Gewalt gegenüber älteren Menschen (vornehmlich aus kriminologischer Sicht) thematisiert. Nach *Graß* und *Walentich* kommt es immer wieder zu Gewaltsituationen, vor allem gegenüber älteren Menschen. Die Verfasserinnen beziehen sich auch auf eine Studie von *Dr. Thomas Görgen* vom kriminologischen Forschungsinstitut in Hannover (2004 und 2005), in deren Mittelpunkt Misshandlungen und Vernachlässigungen von Bewohnern von Alten- und Altenpflegeheimen standen. *Görgen* weist nach, dass alte pflegebedürftige Menschen nicht selten Opfer gewalttätiger Handlungen und Unterlassungen werden.

„Die betreffenden Pflegekräfte bezeichnen sich selbst meist als überfordert und emotional erschöpft. ... Über 70% der Befragten gaben an, selbst als gewalttätig oder in anderer Weise problematisch einzustufende Handlungen oder Unterlassungen – darunter körperliche und psychische Misshandlungen sowie pflegerische oder psychosoziale Vernachlässigungen und

¹⁴ Vgl. dazu die Pressemitteilung vom 14.06.2006 – Quelle:

http://www.wernerschell.de/Archiv/soziale_menschenrechte.php

¹⁵ Quelle: <http://www.wernerschell.de/Medizin-Infos/Pflege/Gewaltinderpflege0406.pdf>

auch Freiheitseinschränkungen – begangen oder solche Handlungen bei anderen Pflegekräften beobachtet zu haben.“¹⁶

Trotz der aufrüttelnden Studie des Deutschen Instituts für Menschenrechte und des zu mehr Prävention mahnenden Leitfadens des Landespräventionsrates NRW haben sich – auch unter Berücksichtigung der Änderungen des SGB XI 2008 und 2012) – keine grundlegenden Verbesserungen ergeben. Vor allem hat es keine entscheidenden Folgerungen hinsichtlich des seit Jahren beklagten Pflegenotstandes gegeben.

Daher ergibt sich: Die Lückenhaftigkeit der Personalausstattungen lässt keine flächendeckend gute bzw. angemessene Pflegeleistungen zu.

Man kann auch von einem „Pflegedienst nach Vorschrift“ sprechen. Prof. Dr. Wilfried Schnepf formulierte es bereits **2006** so:

„Wer in Deutschland in der Pflege arbeitet, hat einen gefährlichen Arbeitsplatz, denn das Arbeitspensum ist nicht zu schaffen, nur scheint das niemanden zu interessieren.“¹⁷

Es fehlt an geeigneten Maßnahmen zur flächendeckenden Sicherstellung menschenwürdiger Pflegebedingungen und an umfänglichen systemischen Korrekturen.

Auch die Verabschiedung der „**Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen**“ (2005) hat daran nichts zu verändern vermocht.¹⁸

¹⁶ Vgl. insoweit auch die Ausführungen in: Christine Förster: „Gewalt in der institutionellen Altenpflege“; Mabuse, Frankfurt 2008 – In Studien und Berichten der Krankenkassen wird stets nachgewiesen, dass der Krankenstand in der Pflegebranche dramatisch hoch ist. Und das hat Gründe!

¹⁷ Vgl.: „Verantwortlichkeit und professionelle Pflege“ in Zeitschrift „Die Schwester / Der Pfleger“, 08/2006. In einem Bericht im Deutschen Ärzteblatt vom 04.04.2014 lautete die Botschaft schlicht: „Mehr Pflegepersonal, weniger Behandlungsfehler“ (Quelle: -> <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/58238/Mehr-Pflegepersonal-weniger-Behandlungsfehler>).

¹⁸ Vgl. den Chartatext mit weiteren Hinweisen unter folgender Adresse: <http://www.pflegecharta.de/> - Menschen können in verschiedenen Lebenslagen hilfe- und pflegebedürftig sein. Die "Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen" beschreibt, welche Rechte diese Menschen und ihre Angehörigen in Deutschland haben und informiert, wie der Hilfe- und Pflegeprozess konkret gestaltet werden kann. Die Chartatexte sind aber leider nicht mit Anspruchscharakter ausgestattet und dienen damit nur als eine Art Orientierungshilfe.

Das **Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)** hat es im Oktober **2010** wie folgt auf den Punkt gebracht:¹⁹

„Immer weniger professionelle Pflegende stehen immer mehr und immer abhängigeren Klienten gegenüber. Die Fortschritte im Wissen und pflegerische Konzepte lassen sich dadurch immer schlechter umsetzen. Implizite Rationierung in der Pflege gehört zum Alltag. Und die Pflegenden werden von Politik und Gesellschaft damit allein gelassen.“

Die **beklagenswerten Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte** sind im Einzelnen vielfach beschrieben worden, so dass sich ernstlich niemand (mehr) auf Unwissenheit berufen kann. Zuletzt wurden diese Gegebenheiten in einer Anfang 2014 vorgelegten Buchveröffentlichung von *Gernot Böhme* beschrieben.²⁰ Dort heißt es u.a. (Seite 21f):

„Zahlreiche Erhebungen haben wiederholt die hohen körperlichen und psychischen Belastungen sowie die geringen Einkommen in der Pflege belegt ... Einer Befragung der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin zufolge (BauA 2007)

- müssen Pflegende häufiger schwer heben als Bauarbeiter (68% der Pflegenden, 54% der Bauarbeiter),
- trifft Schichtarbeit rund 77% der Pflegenden,
- arbeiten mehr als 90% der Pflegekräfte an Sonn- und Feiertagen,
- leisten 50% der Pflegekräfte Nachtschichten²¹,
- treten Beschwerden durch Muskel- und Skeletterkrankungen (z.B. Rückenschmerzen) in Pflegeberufen deutlich häufiger auf als in deren Branchen,
- haben 27% der Pflegenden das Gefühl, häufig an die Grenze der Leistungsfähigkeit gehen zu müssen (andere Berufe 16,6%).

Darüber hinaus treten bei Angehörigen der Pflegeberufe überdurchschnittlich viele Arbeitsunfähigkeitstage auf (BKK 2012). ...

¹⁹ Vgl.: „Vorwort“ in Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.): „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“ (1. Aktualisierung 2010)

²⁰ Vgl. *Gernot Böhme* (Hg.) „Pflegenotstand: der humane Rest“, Aisthesis Verlag, Bielefeld 2014.

²¹ Hinsichtlich der Nachtdienstzeit ist das Urteil des Bundesarbeitsgerichts vom 09.04.2014 - 10 AZR 637/13 – von Bedeutung. Es befasst sich mit dem Anspruch einer Krankenschwester, nicht für Nachtschichten eingeteilt zu werden (vgl. die näheren Hinweise im Forum von *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk* > <http://www.wernerschell.de/forum/neu/viewtopic.php?f=5&t=20363>). Die Entscheidung verstärkt die Notwendigkeit, mittels geeigneter Personalbemessungssysteme für eine angemessene Personalausstattung, auch während der Nachtzeit, Sorge zu tragen.

Diese Bedingungen tragen dazu bei, dass bei den Pflegekräften die Fluktuation und der vorzeitige Berufsausstieg vor allem wegen der starken körperlichen und psychischen Belastungen außerordentlich hoch ist. ... Die durchschnittliche Verweildauer in einer Einrichtung fällt mit etwa sechs Jahren in Deutschland sehr niedrig aus.“²²

Das Urteil von befragten Pflegekräften ist eindeutig: **Die schlechten Arbeitsbedingungen werden vor allem auf die finanziellen Einsparungen und die Reduktion von Personal zurückgeführt.**

In der o.a. Buchveröffentlichung von *Gernot Böhme* wird verdeutlicht (Seite 113), dass die permanente Empfindung von Zeitdruck infolge des Pflegenotstandes nicht spurlos an den Pflegenden vorübergehen kann und die Verantwortung zum Umgang damit nicht allein bei diesen liegen darf.

Es ist vielmehr eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und eine Frage der Organisationsethik, sich der Verbesserung der Arbeitsbedingungen Pflegender zu widmen.

U.a. die **2010** in der Öffentlichkeit heftig diskutierten **Mängel in einem Caritas-Pflegeheim in Mönchengladbach** machten deutlich, dass Wünsche, Anregungen oder gar Beschwerden von Pflegekräften und Angehörigen oftmals keine Berücksichtigung erfahren. Diejenigen, die sich zu Wort gemeldet haben, wenden sich zumeist nicht an die zuständigen Behörden oder gar an die Öffentlichkeit. So kann es, wie im Fall des Mönchengladbacher Pflegeheims, vorkommen, dass über Monate Eingaben an die Führungskräfte eines Heimträgers unbeachtet bleiben oder den Beschwerdeführern zum Nachteil gereichen. So kam es z.B. im Zusammenhang mit den Mönchengladbacher Pflegemängeln zu Kündigungen durch den Träger. Pflegekräfte wurden krank, einige kündigten von sich aus. Erst als im Sommer 2010 die Pflegemängel breit in die Öffentlichkeit getragen wurden, kam es seitens des Trägers zu den überfälligen Konsequenzen (z.B. Kündigung von Führungskräften, Neuordnung des Pflegesystems mit Hilfe einer Beratungsgesellschaft).

Wie in zahlreichen ähnlichen Fällen wurde angesichts des Mönchengladbacher Falls wieder einmal mehr als deutlich, dass viele Pflegekräfte nicht

²² Vgl. auch den Beitrag „Psychische Erkrankungen: Studie sieht vor allem Pflegeberufe gefährdet – Stress lass nach!“ in Zeitschrift „CAREkonkret“, Ausgabe vom 15.02.2013. Es wird deutlich, dass im „Stress-Ranking“ die Sozial- und Gesundheitsberufe traurige Spitzenreiter sind. Die Rahmenbedingungen sind ursächlich verantwortlich. - Umfangreiche Ausführungen zu den krankmachenden Arbeitsbedingungen in der Pflege sind nachlesbar in: *Badura, Ducki, Schröder, Klose, Meyer* „Fehlzeiten-Report 2013, Springer Verlag Berlin-Heidelberg 2013 (Seite 151 ff.). Eingeleitet werden die Ausführungen in dieser Buchveröffentlichung mit der vielsagenden Aussage: „Die Berufe in der Gesundheits- und Krankenpflege sind seit vielen Jahren die gesundheitlich am stärksten belastete und beeinträchtigtste Berufsgruppe in Deutschland. Gründe hierfür finden sich in den Arbeitsbedingungen und in den für diese Berufsgruppe typischen physischen und psychischen Belastungen, im 24-Stunden-Schichtbetrieb sowie in den Belastungen durch Umgebungsgefahren. ...“

wissen, welche Maßnahmen sie bei Leistungsstörungen im Bereich der Pflege ergreifen müssen und wie sie vorgehen sollten: Vor allem Pflegekräfte sollten wissen, wie sie konkret mit Situationen umgehen können/sollen, wenn sie nicht so arbeiten können, wie es dem Stand der pflegewissenschaftlichen Standards entspricht.

In der Zeit vom 1.2. – 30.04.2009 wurden im Kölner Raum rd. 3.000 Pflegekräfte verschiedener Gesundheitseinrichtungen nach potentiellen Gefahren für die Patienten befragt. Rund 1.000 Pflegekräfte gaben eine erschütternde Rückmeldung, die unmissverständlich den Pflegenotstand und entsprechenden Handlungsbedarf signalisieren:

In allen Einrichtungen gelten Pflegestandards, aber nur noch 4,3% der Befragten können sie jederzeit einhalten. Patienten gefährdende „gefährliche Pflege“ ist Arbeitsalltag geworden. Fast die Hälfte der Befragten gibt an, Lagerungen zur Dekubitusprophylaxe „immer“, „häufig“ oder „regelmäßig“ nicht durchführen zu können. Noch häufiger wird auf lebensnotwendiges Atemtraining verzichtet. Die Unterstützung dementer oder hilfsbedürftiger Patienten kann oft nicht gewährleistet werden. Mehr als ein Viertel der Befragten räumen häufige oder regelmäßige Medikationsfehler ein (z.B. Verwechslung von Medikamenten). Aber auch bei akutem Handlungsbedarf, z.B. bei starken Schmerzen oder septischen Zuständen, ist rechtzeitige Hilfe nicht sicher. Nur jede/jeder 5. schließt „unangemessenes Verhalten“ gegenüber Patienten nicht aus. 4 von 5 Befragten beklagen, dass sie nicht genügend Zeit für Gespräche mit Patienten und ihren Angehörigen haben. Nur 6% können rechtzeitig jedem Klingelruf folgen.

Ähnliche Informationen über die Pflegebedingungen sind der Broschüre des DBfK: „Balance halten im Pflegealltag“ (2010) zu entnehmen - „Die folgenden Zahlen stammen aus einer Umfrage, die der DBfK von Oktober 2008 bis Februar 2009 durchführte: Fast 70 % der Pflegekräfte in den Krankenhäusern berichten von abnehmender Pflegequalität in den vergangenen zwölf Monaten. 83,2 % hält die Personalausstattung für unzureichend. 45,5 % geben an, selten bis nie eine ungestörte Pause nehmen zu können. Auch bei den innerbetrieblichen Abläufen liegt vieles im Argen: 74,9% der Pflegekräfte geben an, der Informationsfluss sei häufig bis oft unzureichend. 44,1% erhalten mehrmals pro Woche Informationen verspätet. 67,9 % der Pflegekräfte erhalten häufig bis oft unklare Arbeitsanweisungen.“²³

Pflegekräfte kämpfen in solchen Situationen eigentlich fast ausnahmslos gegen Strukturen, die sie selbst nicht beeinflussen können. Hinsichtlich der Vorgehensweise müssen daher einige Regeln beachtet werden.

²³ Berichte liegen *Pro Pflege - Selbsthilfenetzwerk* vor.

Es geht bei Hinweisen der Arbeitnehmer bezüglich organisatorischer oder personeller Unzulänglichkeiten um betriebliche Angelegenheiten, die zunächst einmal betriebsintern ausdiskutiert werden müssen. Erst wenn dies keinen Erfolg verspricht oder die innerbetrieblichen Möglichkeiten ausgeschöpft sind, können die Arbeitnehmer an die zuständigen Behörden herantreten, also nach außen informieren.

Ein solches abgestuftes Vorgehen gebietet die Treuepflicht, die jedem Arbeitnehmer nach den Regeln des Arbeitsrechts auferlegt ist. Das verfassungsrechtlich garantierte Recht auf Meinungsfreiheit (Art. 5 GG) muss unter Umständen zurückstehen. Wer das als Arbeitnehmer nicht berücksichtigt, findet sich trotz bester Absichten schnell in der Arbeitslosigkeit wieder.

Damit wird deutlich, dass der bloße Ruf nach mehr couragierten Pflegekräften allein nicht weiter hilft. Es muss vorrangig darum gehen, die rechtlichen Grundlagen dafür zu schaffen bzw. auszubauen, dass sich Arbeitnehmer in effektiver Weise „zu Wort“ melden können, ohne Nachteile riskieren zu müssen.

Die Altenpflegerin *Brigitte Heinisch* hat mit ihrem couragierten Eintreten für menschenwürdige Pflegebedingungen in einer Berliner Altenpflegeeinrichtung höchst unangenehme Erfahrungen sammeln müssen. Ihr Engagement für angemessene Pflegebedingungen bezahlte sie mit einschneidenden Nachteilen. Trotz vom MDK bestätigter Pflegemängel²⁴ wurde *Brigitte Heinisch* fristlos gekündigt, als sie sich hartnäckig auch in der Öffentlichkeit für menschenwürdige Pflegebedingungen einsetzte. Trotz ihrer guten Argumente blieb *Brigitte Heinisch* bis hin zum BAG bzw. BVerfG erfolglos. Die ausgesprochene Kündigung wurde nicht aufgehoben, eine Art Wiedergutmachung fand nicht statt.²⁵

Daraufhin kam es zu einer Anrufung des **Europäischen Gerichtshofes für Menschenrechte (EGMR)**. Dieses Gericht entschied letztlich zu Gunsten von *Brigitte Heinisch*. Denn nach Auffassung des EGMR darf über Pflegemängel in einer Pflegeeinrichtung bei einem Interesse, das gegenüber dem Interesse des Unternehmens am Schutz seines Rufes und seiner Geschäftsinteressen überwiegt, öffentlich informiert werden (**Urteil des EGMR vom 21.07.2011 Beschwerde Nr. 28274/08**).

²⁴ Bericht über die Qualitätsprüfung in der vollstationären Pflegeeinrichtung Wohnpflegезentrum Reinickendorf, Haus Teichstrasse, Teichstrasse 44, 13407 Berlin, vom 10.05.2006 (liegt dem Autor vor).

²⁵ Urteil des LAG Berlin vom 28.03.2006 – 7 Sa 1884/05 –, Urteil des BAG vom 06.06.2007 – 4 AZN 487/06 – und Beschluss des BVerfG vom 06.12.2007 – 1 BvR 1905/07 –

In der Urteilsschrift wurde u.a. ausgeführt:

„Im Hinblick auf die Umstände der vorliegenden Rechtssache stellt der Gerichtshof fest, dass die von der Beschwerdeführerin offengelegte Information unbestreitbar von öffentlichem Interesse war. In Gesellschaften, in denen der Anteil der auf institutionelle Pflege angewiesenen älteren Bevölkerung immer größer wird, ist die Veröffentlichung von Informationen über die Qualität oder die Mängel dieser Pflege für die Vermeidung von Missbrauch von größter Bedeutung, gerade angesichts der besonderen Schutzbedürftigkeit der betroffenen Patienten, die oftmals kaum in der Lage sein dürften, von sich aus auf die Pflegemängel aufmerksam zu machen. Dies trifft umso mehr zu, wenn die institutionelle Pflege von einem staatlichen Unternehmen erbracht wird, da es hierbei um das Vertrauen der Allgemeinheit in die angemessene Erbringung von Leistungen im Rahmen der öffentlichen Daseinsvorsorge durch den Staat geht.“²⁶

Brigitte Heinisch erhielt eine Entschädigung von 15.000 Euro zugesprochen. Bei der Urteilsfindung war sicherlich bedeutsam, dass die von Frau Heinisch beklagten Missstände vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) im Wesentlichen bestätigt worden waren.

Obwohl der Entscheidung des EGMR richtungsweisender Charakter zukommt, sollten ArbeitnehmerInnen bei Mitteilungen / Anzeigen über Pflegemängel die allgemein geltenden Regeln über betriebliche Beschwerden nicht außer Acht lassen. Solange nämlich nicht entsprechend den seit Jahren erhobenen Forderungen von *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk* eine arbeitnehmerfreundliche Novellierung des § 612a Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) aufgegriffen ist (vgl. **Anlage 2**) oder in anderer geeigneter Weise reagiert wird, bleiben bei einer Öffentlichmachung von Mängelsituationen Risiken. Solche Risiken hat auch das Urteil des EGMR, das sich auf einen ganz konkreten Einzelfall bezieht, nicht vollständig beseitigen können.²⁷

Im Übrigen hat der der UN-Ausschuss für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte die Bundesrepublik Deutschland in einem Beschluss vom 20.05.2011 gerügt und sie aufgefordert, sich der Pflege unter Menschenrechtsaspekten intensiver zu widmen.

In Ziffer 27 des Beschlusses wird u.a. ausgeführt:

Der Ausschuss fordert den Vertragsstaat nachdrücklich auf, sofortige Schritte zur Verbesserung der Lage älterer Menschen in Pflegeheimen zu unternehmen. Der Ausschuss fordert den Vertragsstaat insbesondere auf, die notwendigen Mittel

²⁶ Vgl.: Rechtssache *H. gegen DEUTSCHLAND* (Beschwerde Nr. 28274/08) – Quelle: http://www.bmj.de/SharedDocs/EGMR/DE/20110721_28274_08.html

²⁷ Zahlreiche aktuelle Streitfälle verdeutlichen, dass die Öffentlichmachung von (mutmaßlichen) Pflegemängeln (weiterhin) mit erheblichen Risiken verbunden ist und auch nach dem Urteil des EGMR vom 21.07.2011 meistens mit Kündigung und Arbeitslosigkeit verbunden sind. – Es kann daher nur empfohlen werden, die in der Buchveröffentlichung von *Werner Schell* „100 Fragen zum Umgang mit Mängeln in Pflegeeinrichtungen“ (Kunz Verlag Schlütersche Buchreihe), Hannover, 2011, aufgezeigten Handlungsanleitungen Aufmerksamkeit zu schenken.

zur Ausbildung von Pflegepersonal gemäß der kürzlich angenommenen Ausbildungsnormen bereitzustellen. Der Ausschuss fordert den Vertragsstaat außerdem auf, gründlichere Kontrollen von Pflegeheimen vorzunehmen.“²⁸

Im **Saarländischen Landtag** gab es am **05.09.2012** anlässlich verschiedener **Pflegemängel** eine **Anhörung**, zu der auch *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk* eingeladen wurde. Da aber der Einladung aus terminlichen Gründen nicht gefolgt werden konnte, wurde am **30.08.2012** eine **schriftliche Stellungnahme** abgegeben, mit der umfassend zu den Pflege-Rahmenbedingungen und den gebotenen Folgerungen Ausführungen gemacht wurden.²⁹

In der Stellungnahme wurde u.a. angemerkt:

„Ohne Personal wird es keine Verbesserungen in der Pflege geben! *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk* sieht das Hauptanliegen von Reformen darin, die Stellenschlüssel für die Pflegeeinrichtungen deutlich zu verbessern. Um insoweit seriös rechnen zu können, wird ein bundesweit geltendes Personalbemessungssystem³⁰ gefordert. Alle Bestrebungen, noch mehr Prüfungen durch Heimaufsicht und MDK vorzusehen, werden als Irrweg angesehen. Der Pflege-TÜV ist in der jetzigen Form unbrauchbar! Mit all dem wird zwar mehr Druck aufgebaut, aber nichts wirklich verbessert. Wir brauchen nicht mehr Menschen in den Prüf- und Überwachungsinstitutionen, sondern vornehmlich an den Pflegebetten. Die Flucht der Pflegekräfte aus dem System wird durch mehr Druck nur beschleunigt. Wenn an mehr Druck gedacht sein sollte, dann muss sich dieser auf die Führungsetagen der Pflegeeinrichtungen richten. Denn dort, wo es gute Führungskräfte gibt, sind Pflegemängelberichte deutlich seltener und die Arbeitszufriedenheit der MitarbeiterInnen größer. Dass Pflegemängelberichte im Wesentlichen mit Fehlentwicklungen auf der Leitungsebene zu tun haben, wurde zurückliegend anhand der sog. Mönchengladbacher Pflegeskandale, in die ich als Kritiker umfänglich eingebunden war, deutlich. Es wurden in Mönchengladbach – auch auf mein Drängen – mehrere Führungskräfte ausgetauscht. Über 40 gegen Pflegekräfte eingeleitete strafrechtliche Ermittlungsverfahren wurden – aus meiner Sicht erwartungsgemäß – eingestellt. Unzureichende Pflege ist fast ausnahmslos nicht einzelnen Pflegekräften schuldhaft anzulasten, sondern entweder vom System oder von den Leitungskräften (mit) verursacht.“

Im Gefolge weiterer kritischer Berichte über die bundesdeutschen Pflegesysteme kam es 2013 zu Wortmeldungen der **Gewerkschaft der Poli-**

²⁸ Siehe dazu die Niederschrift im Internet unter folgender Adresse:

http://www.pro-pflege-selbsthilfenetzwerk.de/Aktuelles/dt_Concluding_Observations_WSK.pdf

²⁹ Vgl. dazu die Hinweise im Forum *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk* unter folgender Adresse <http://www.wernerschell.de/forum/neu/viewtopic.php?f=3&t=17486&start=15>

³⁰ Vorschläge für Personalbemessungssysteme hat es wiederholt gegeben, z.B. PLAISIR, RAI/RUG. Bei PLAISIR scheiterten die Verhandlungen mit dem kanadischen Lizenzgeber zur Übernahme (2004). Es kann davon ausgegangen werden, dass die Weiterverfolgung der verschiedenen Vorschläge vornehmlich aus finanziellen Gründen unterblieb.

zei³¹ und Forderungen nach Heimprüfungen durch die **Nationale Stelle zur Verhütung von Folter**.³² Dazu ergibt sich:

Die Gewerkschaft der Polizei (GdP) befürchtete nach einem **dpa-Bericht vom 18.01.2013** eine **steigende Bereitschaft zu Gewalt in der Pflege**. Ältere Menschen würden immer öfter Opfer von Straftaten wie Körperverletzung oder Vernachlässigung. Genaue Zahlen, die Gewalt oder Vernachlässigung in Heimen oder bei ambulanten Pflegediensten belegen, lägen der Polizei allerdings nicht vor. *Pro Pflege - Selbsthilfenetzwerk* hat sich aufgrund dieses Berichtes per Schriftwechsel mit der GdP über die „Alarmierung“ betreffend die Gewalt in der Pflege ausgetauscht. Dabei teilte die GdP mit Schreiben vom 06.02.2013 u.a. mit:

"Jedoch gibt es aus Sicht der Polizei keine Zahlen zu diesem Themenbereich. Die Studienlage ist eher dünn und auch die Kriminalstatistik gibt außer allgemeiner Verweise auf ein Dunkelfeld und ein paar weniger Zahlen keine belastbaren Daten her, da es zwar hier und da Berichte in den Medien gibt, aber kaum Anzeigen."

Die GdP wollte im Herbst 2013 eine Fachtagung zum Thema Seniorenkriminalität veranstalten, eine Information dazu ist aber bei *Pro Pflege - Selbsthilfenetzwerk* nicht eingegangen. Offensichtlich hat die GdP ihre Fehl-„Alarmierung“ erkannt.³³

Zum Internationalen Tag der Folteropfer am 26.06.2013 erklärten der menschenrechtspolitische Sprecher der SPD-Bundestagsfraktion Christoph Strässer und die zuständige Berichterstatteerin Angelika Graf, dass die Menschen in Pflegeheimen künftig in die Kontrollen der **Nationale Stelle zur Verhütung von Folter** mit einbezogen werden sollen. So könne deren Schutz erhöht werden. *Pro Pflege - Selbsthilfenetzwerk* hat zu diesem Ansinnen, die Heimprüfungen bezüglich Foltererwägungen auszudehnen, gegenüber der SPD-Bundestagsfraktion am 26.06.2013 ausgeführt:

„In der Pressemitteilung vom 26.06.2013 wird ausgeführt: ‘In Deutschland gibt es keine Anzeichen von Folter. Dies hat die Nationale Stelle zur Verhütung von Folter in ihrem Jahresbericht 2012 festgestellt.’ Folgerichtig gibt es auch keinen Anlass für die Antifolterstelle, in Pflegeeinrichtungen irgendwelche Prüfungen vorzunehmen. Soweit es darum gehen sollte, „Missstände wie zum Beispiel nicht

³¹ Vgl. unter <http://www.gdp.de/>

³² Vgl. unter <http://www.nationale-stelle.de/> *Pro Pflege - Selbsthilfenetzwerk* hat sich dazu auch in einer Pressemitteilung vom 05.02.2013 zu Wort gemeldet. Vgl. den Text unter folgender Adresse: <http://www.pro-pflege-selbsthilfenetzwerk.de/Pressemitteilungen/05022013pressemitteilung.php> Die Abgeordneten des Deutschen Bundestages wurden am 05.02.2013 in einer gesonderten Zuschrift informiert, nachlesbar im Forum von *Pro Pflege - Selbsthilfenetzwerk* unter folgender Adresse: <http://www.wernerschell.de/forum/neu/viewtopic.php?f=3&t=18285>

³³ Vgl. dazu im Forum von *Pro Pflege - Selbsthilfenetzwerk* die Beiträge in der Rubrik „Immer mehr Gewalt in Altenheimen - Alarm der Polizei“ - <http://www.wernerschell.de/forum/neu/viewtopic.php?t=18383>

nötige Fixierungen oder fehlende Brandschutzmelder“ aufzuspüren, sind bereits die Heimaufsichten³⁴, MDK und Brandschutzbehörden ... zuständig und mit entsprechenden Prüftätigkeiten beschäftigt, auch unangemeldet.“

Pro Pflege Selbsthilfenetzwerk hat wegen der zusätzlich geplanten Prüftätigkeiten u.a. das Justizministerium NRW angeschrieben und bemerkt, dass noch mehr Kontrollen kein einziges Versorgungsproblem lösen können. Allerdings könne damit der Frust der MitarbeiterInnen in den Einrichtungen deutlich vermehrt werden. Damit sei die zusätzliche Prüfung letztlich kontraproduktiv.³⁵

Die Antikorruptionsorganisation **Transparency International Deutschland** hat am **13.08.2013** in Berlin die **Studie „Transparenzmängel, Betrug und Korruption im Bereich der Pflege und Betreuung“** vorgestellt. Die Schwachstellen-Analyse stellt erhebliche Mängel fest: zu wenig Transparenz und Kontrollmöglichkeiten für die Betroffenen und jede Menge Möglichkeiten, die Abhängigkeit von Menschen mit Pflegebedarf wirtschaftlich auszubeuten. *Barbara Stolterfoht*, Co-Autorin der Studie: „Die Vielzahl der Akteure und der gesetzlichen und Verwaltungsvorschriften macht es schwierig, Verantwortlichkeiten eindeutig zuzuordnen. Dadurch entstehen Einfallstore für Betrug und Korruption“.³⁶

Besondere Aufmerksamkeit verdient bei den hier angestellten Überlegungen die Buchveröffentlichung von *Susanne Moritz* mit dem Titel **„Staatli-**

³⁴ Vgl. auch den Beitrag „Liga der freien Wohlfahrtsverbände in Baden-Württemberg analysiert Prüfberichte der Heimaufsichtsbehörden – Begehungsberichte: fehlerhaft und fachlich nicht fundiert“ in Zeitschrift „CAREkonkret“, Ausgabe vom 04.04.2014 (Seite 5).

³⁵ Vgl. die weiteren Beiträge im Forum von *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk* > und den Beitrag in der Rheinischen Post <http://www.rp-online.de/nrw/staedte/langenfeld/antifolter-stelle-heime-unter-generalverdacht-aid-1.3842937>

Es macht auch Sinn, sich mit dem Begriff der „Folter“ näher zu befassen:

„Artikel 1 Abs. 1 der UN-Antifolterkonvention definiert Folter als jede Handlung, durch die einer Person vorsätzlich große körperliche oder seelische Schmerzen oder Leiden zugefügt werden, zum Beispiel um von ihr oder einem Dritten eine Aussage oder ein Geständnis zu erlangen, um sie für eine tatsächlich oder mutmaßlich von ihr oder einem Dritten begangene Tat zu bestrafen um sie oder einen Dritten einzuschüchtern oder zu nötigen, oder aus einem anderen, auf irgendeiner Art von Diskriminierung beruhenden Grund. Diese Schmerzen oder Leiden müssen von einem Angehörigen des öffentlichen Dienstes oder einer anderen in amtlicher Eigenschaft handelnden Person, auf deren Veranlassung oder mit deren ausdrücklichem oder stillschweigendem Einverständnis verursacht werden. Nicht vom Begriff der Folter umfasst sind Schmerzen oder Leiden, die sich lediglich aus gesetzlich zulässigen Sanktionen ergeben, dazu gehören oder damit verbunden sind.“- Quelle: <http://www.nationale-stelle.de/antworten+M53f38a1b839.html> – Anhand dieser Erläuterungen muss man eigentlich schnell die Erkenntnis gewinnen, dass „Folter“ mit dem, was gemeinhin als „Pflegemängel“ beschrieben wird, nichts zu tun hat.

³⁶ Hinweise und Beiträge zur Studie sind im Forum von *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk* unter folgender Adresse nachlesbar:

<http://www.wernerschell.de/forum/neu/viewtopic.php?f=3&t=19414&hilit=Stolterfoht>

che Schutzpflichten gegenüber pflegebedürftigen Menschen", Nomos Verlag, 2013.³⁷ In der Buchvorstellung des Verlages heißt es u.a.:

„Schon seit mehreren Jahren steht die Pflege – und insbesondere die Reformbedürftigkeit der Pflegeversicherung – in Deutschland in der öffentlichen Debatte. Eine nachhaltige Reform scheint umso dringlicher, als in den Medien gehäuft von menschenunwürdigen und untragbaren Zuständen in den Pflegeheimen berichtet wird.

Die Arbeit greift diese Berichte auf, sammelt die empirischen Belege und analysiert die Ursachen. Im Anschluss daran legt die Autorin dar, dass durch die konstatierten Missstände die Grundrechte der Pflegebedürftigen in der stationären Altenpflege verletzt werden und dass der Staat insofern gegen eine entsprechende grundrechtliche Schutzpflicht verstößt. Abschließend zeigt die Autorin, wie eine verfassungsgerichtliche Durchsetzung der Schutzpflicht möglich wäre.

Die Arbeit wurde mit dem Wissenschaftspreis der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG) ausgezeichnet.“

„Susanne Moritz betont, dass die Pflege der Menschen in den Pflegeeinrichtungen zwar durch Dritte erfolge. Eine Zurechenbarkeit der Grundrechtsverletzungen an den Staat ergebe sich aber aus dessen Schutzpflichten, die ihm gegenüber den Pflegebedürftigen obliegen und die er durch seine Untätigkeit verletzt. Eine aussichtsreiche Möglichkeit, den Pflegemissständen Abhilfe zu schaffen, stellt nach Ansicht von Susanne Moritz ein Vorgehen vor dem Bundesverfassungsgericht gegen das gesetzgeberische Unterlassen dar“ (Prof. Dr. Alexander Graser, Universität Regensburg).

Die Buchveröffentlichung von *Susanne Moritz* hat **Rechtsanwalt Alexander Frey**, München, Veranlassung gegeben, am **09.01.2014** beim Bundesverfassungsgericht **Verfassungsbeschwerde** wegen „**Verletzungen von Schutzpflichten der öffentlichen Gewalt gegenüber den Bewohnern von Pflegeheimen in der Bundesrepublik Deutschland auf Grund der weitgehenden Untätigkeit**“ einzulegen.³⁸ Der Beschwerdetext ist in der **Anlage 3** nachlesbar.

Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk sieht in der Buchveröffentlichung von *Susanne Moritz* und der Verfassungsbeschwerde von Rechtsanwalt *Alexander Frey* eindrucksvolle Belege dafür, dass die **Ausstattung der Pflegeeinrichtungen mit Personal völlig unzureichend** ist. Daraus ergeben sich nämlich die vielfach beklagten Einzelbeanstandungen. Folgerichtig hat

³⁷ Vgl. dazu: <http://www.nomos-shop.de/Moritz-Staatliche-Schutzpflichten-gegen%C3%BCber-pflegebed%C3%BCrftigen-Menschen/productview.aspx?product=21407> und Forum von *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk* >

<http://www.wernerschell.de/forum/neu/viewtopic.php?f=3&t=19846&hilit=Moritz>

³⁸ Vgl. die Hinweise im Forum von *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk* >

<http://www.wernerschell.de/forum/neu/viewtopic.php?f=4&t=20148&hilit=Frey> Der Text der Beschwerde liegt hier als pdf-Datei vor. Er ist auch abrufbar unter folgender Adresse: http://www.pro-pflege-selbsthilfenetzwerk.de/Pressemitteilungen/Verfassungsbeschwerde_A_Frey_140109.pdf

Rechtsanwalt *Alexander Frey* auf eine Pressemitteilung von *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk* vom 09.06.2011 Bezug genommen und ausgeführt:

„Der Vorstand von *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk Werner Schell* schätzt, dass nicht einmal 70% der gebotenen pflegerischen Verrichtungen abgedeckt werden.“³⁹

Diese Feststellung war und ist korrekt und die Hauptsache aller Pflegemängel. Daher hat *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk* auch wiederholt herausgestellt, dass die Auflösung des Pflegenotstandes ein vorrangiges Reformthema sein muss.⁴⁰

Vollstationäre Pflegeeinrichtungen sind nach dem Pflege - Neuausrichtungsgesetz (PNG) ab 01.01.2014 verpflichtet, die Pflegekassen regelmäßig und unmittelbar über **Regelungen zur ärztlichen Versorgung sowie zur Arzneimittelversorgung** in den Einrichtungen, z.B. über Kooperationsverträge mit Ärzten und Apotheken, zu informieren. Diese Informationen sollen von den Pflegekassen verständlich, übersichtlich und kostenfrei zur Verfügung gestellt werden, damit sie pflegebedürftigen Menschen und deren Angehörigen die Suche nach einer passenden Einrichtung erleichtern. Mit Rücksicht auf die vielfältigen Mängel in der medizinischen Versorgung der BewohnerInnen von Pflegeeinrichtungen war eine solche Verpflichtung zwingend geboten. Es wird nun darum gehen müssen, mittels entsprechender Kooperationsvereinbarungen in den Einrichtungen gute und patientenfreundliche ärztliche und pharmakologische Dienstleistungen zu gestalten. Dabei sollte auch in geeigneter Weise sichergestellt werden, dass vorsorgliche Verfügungen der BewohnerInnen - ggf. in Verbindung mit ergänzenden „Hausärztlichen Anordnungen für den Notfall“ (Projekt „beizeiten begleiten“®) - Beachtung finden und willentlich ausgeschlossene Krankenhauseinweisungen unterbleiben.

Die **Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung** auf der Grundlage des § 119 b SGB V wird aber von verschiedenen Institutionen **weiterhin als reformbedürftig** angesehen. So hat z.B. die **Kasseler Initiative zur Verbesserung der medizinischen Versorgung in stationä-**

³⁹ Vgl. den vollständigen Text der Pressemitteilung vom 09.06.2011 unter folgender Adresse > http://www.pro-pflege-selbsthilfenetzwerk.de/Pressemitteilungen/pflegenotstand_pflegekraefte_muessen_pfleglich_behandelt_werden.php

⁴⁰ Vgl. auch *Gernot Böhme* (Hg.) „Pflegenotstand: der humane Rest“, Aisthesis Verlag, Bielefeld 2014. - Auch die Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e.V. hat in einem „BAGSO-Positionspapier zur Weiterentwicklung der Pflege“, vorgelegt am 10.04.2014, u.a. ausgeführt: „Die BAGSO sieht die Situation in Bezug auf das Potenzial an professionellen Helfern als ernst an und fordert ein entschiedenes Handeln, um dem bereits eingetretenen Pflegenotstand entgegenzuwirken.“

ren Pflegeeinrichtungen in einer Stellungnahme vom April 2014⁴¹ u.a. „gefordert ergänzend zu regeln, dass der Betrieb einer stationären Pflegeeinrichtung in Zukunft auch von der Sicherstellung der medizinischen Versorgung in ihrer Einrichtung abhängig gemacht wird. Der Bundesgesetzgeber könnte beispielsweise eine solche Regelung in die Vorgaben für die Zulassung der stationären Pflegeeinrichtung in §§ 71 und 72 SGB XI aufnehmen. In den „Landesheimgesetzen“ sollte verankert werden, dass eine Betriebserlaubnis einer stationären Pflegeeinrichtung von der Gewährleistung einer medizinischen Versorgungsstruktur abhängig gemacht wird. Es ist darüber hinaus notwendig, dass die Rahmenverträge der Länder gemäß § 75 SGB XI zeitnah mit den neuen gesetzlichen Regelungen des SGB XI und SGB V in Einklang gebracht werden.“

Geboten erscheint in diesem Zusammenhang, der **Arzneimittelversorgung der älteren Menschen** mehr Aufmerksamkeit zu schenken. Die sog. **Polypharmazie**⁴² wird vielfach als wenig sinnvoll bis gefährlich beschrieben und muss durch geeignete Maßnahmen hinterfragt und durch patientengerechte Versorgungskonzepte ersetzt werden. Verschiedene Projekte zur Verbesserung der Arzneimittelversorgung, auch außerhalb der stationären Pflegeeinrichtungen, haben die Probleme zwar verdeutlicht, eine umfassende Auflösung der Versorgungsprobleme ist aber leider nicht eingetreten. Offensichtlich sind insoweit auch **personelle Engpässe** mit ursächlich.

Kritische Berichte lassen sich im Übrigen beliebig fortsetzen. So berichtete zum Beispiel das Deutsche Ärzteblatt (DÄ) in seiner Ausgabe vom 25.02.2014 darüber, dass die **Bewohner von Pflegeheimen zu wenig aktiviert** werden.⁴³ Es wurde in dem Bericht aber leider nicht näher aus-

⁴¹ Der vollständige Text ist unter folgender Adresse abrufbar: http://www.pro-pflege-selbsthilfenetzwerk.de/Aktuelles/Kasseler_Initiative.pdf

⁴² Vgl. u.a. die Beiträge im Forum von *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk* unter folgenden Adressen:
<http://www.wernerschell.de/forum/neu/viewtopic.php?f=6&t=19137&hilit=Polypharmazie/>
<http://www.wernerschell.de/forum/neu/viewtopic.php?f=6&t=19137&hilit=Polypharmazie> (Hinweise zur Priscus-Liste).

⁴³ In dem Beitrag im DÄ wird u.a. ausgeführt: „Fast jeder fünfte Pflegeheimbewohner könnte seinen Alltag selbständiger gestalten, wenn es im Heim mehr bewegungsfördernde Maßnahmen gäbe. Das berichtet die Stiftung Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP). Dabei ist offenbar weniger die Zeit des Personals oder mangelnder guter Wille das Problem – laut dem ZQP ist vielmehr das Angebot an Bewegungsprogrammen zu unübersichtlich. Häufig fehle der Nachweis, ob die jeweiligen Bewegungsprogramme tatsächlich wirken. ... (Quelle: <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/57746/> / <http://www.wernerschell.de/forum/neu/viewtopic.php?f=3&t=20260>). Die beklagte mangelhafte Aktivierung ist ein eindeutiger Verstoß gegen § 28 Abs. 4 SGB XI. Vgl. insoweit auch die Stellungnahme unter folgender Adresse: <http://www.altenpflege-heute.com/wissenswertes-von-a-z/ausreichendes-pflegepersonal/> Dort wird ausgeführt, dass die pflegebedürftigen aufgrund unzureichender Personalausstattungen nicht gesetzeskonform versorgt werden können.“

geführt, dass die mangelhafte Aktivierung auch mit den unzureichenden Stellenschlüssel zusammen hängt („Ursache und Wirkung“).

Nach all dem war und ist richtig:

Wir brauchen jetzt mehr Pflegepersonal, weil ...

... Pflegende durch die Rahmenbedingungen eine gute Versorgung auch heute kaum noch gewähren können!

... ausgerechnet die unter krankmachenden Bedingungen arbeiten müssen, die anderen helfen wollen!

... der Bedarf an Pflegepersonal steigt!

... die Gesundheitswirtschaft ein Wachstumsmarkt ist, von dem die gesamte Gesellschaft profitiert!

... bereits jetzt ein Mangel an qualifiziertem Pflegepersonal herrscht!

... Pflege eine anforderungsreiche Tätigkeit ist, die angemessen bezahlt und anerkannt werden muss!

... Pflege kein Akt der Nächstenliebe ist, sondern ein gesellschaftlicher Auftrag, der von hochqualifizierten Profis ausgeübt werden muss.

Quelle: Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (2009).



Der Hauptknackpunkt der anstehenden Pflegereform ist die Auflösung des Pflegenotstandes. Nur mit mehr Personal wird es eine bessere Pflege geben!⁴⁴

Zitat der Woche aus "CAREkonkret", Die Wochenzeitung für Entscheider in der Pflege (21.02.2014):

„In der Pflege von Kranken, Alten und Sterbenden muss die Achtung der Person an oberster Stelle stehen“.

Der Bamberger Erzbischof *Ludwig Schick* kritisierte am "Welttag der Kranken" (11.02.2014), dass gerade in Altenheimen und Krankenhäusern oft die Stoppuhr bestimme, wie viel Zeit ein Pfleger für einen Pflegebedürftigen oder Patienten habe.

Ein Pflegenotstand – in Heimen und Krankenhäusern – kann nicht ernstlich geleugnet werden. Allenfalls lässt sich über das Ausmaß streiten.

Es wird daher bei einer Pflegereform als vorrangig wichtig erachtet, die Ausstattung der entsprechenden Einrichtungen mit Pflegepersonal deutlich zu verbessern. Dazu ist es erforderlich, die Stellenschlüssel für die stationären Pflegeeinrichtungen auf der Grundlage eines bundeseinheitlich geltenden Personalbemessungssystems auszuweiten.

**Nur mit mehr Personal
wird es eine bessere Pflege geben!**

⁴⁴ Eine Darstellung zahlreicher Beiträge sind im Forum von *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk* unter folgender Adresse zu finden:
<http://www.wernerschell.de/forum/neu/viewtopic.php?f=3&t=20162&hilit=Personalbemessung>

Die jetzige Verfahrensweise, dass auf der Grundlage von Rahmenverträgen nach § 75 SGB XI Pflegekassen- und Trägerverbände nach fiskalischen und anderen wenig hilfreichen Erwägungen regional unterschiedlich Stellenkontingente für die Heime festlegen, gehört abgeschafft und durch eine pflegewissenschaftlich nachvollziehbare Rechtsgrundlage ersetzt. Bei der jetzigen Stellendotierung haben die pflegebedürftigen Menschen selbst überhaupt keine Einflussmöglichkeit. Sie sind damit den Vorgaben derjenigen, die möglicherweise allein an kostengünstigen Regelungen interessiert sind, vollständig ausgeliefert. Selbst im Falle einer Heimaufnahme können die zukünftigen BewohnerInnen keinerlei Einfluss auf die personelle Ausstattung einer Einrichtung nehmen.⁴⁵

Auch die ergänzende pauschale Zuweisung von Betreuungskräften im Verhältnis 1:24 oder (geplant) 1:20 kann nicht die Lösung darstellen.

Solche Betreuungskräfte können gerne das in ausreichender Zahl vorzuhaltende Pflegepersonal unterstützen, dürfen aber nicht dazu dienen, eine angemessene Pflegepersonalausstattung zu unterlaufen.⁴⁶ Dies kann nur wollen, wer auf eine „Billig-Versorgung“ abstellt!

Nach der GroKo-Koalitionsvereinbarung sind für die Heime bis 45.000 Betreuungskräfte (und nicht Pflegefachkräfte) vorgesehen.⁴⁷ Da bereits 24.000 solcher Betreuungskräfte geplant waren bzw. tätig sind, ist von der **Qualifizierung weiterer 21.000 Betreuungskräften** auszugehen.⁴⁸ Noch am 02.07.2013 klang es in einem Interview mit dem SPD - Kanzlerkandidaten *Peer Steinbrück* ganz anders – erfreulich positiv:⁴⁹

⁴⁵ Die jetzigen Regelungen in § 75 SGB XI, die vornehmlich auf landesrechtliche Vereinbarungen abstellen, haben sich eindeutig nicht bewährt, so dass der Bundesgesetzgeber in der Pflicht ist, aufgrund seiner vorrangigen Kompetenz für die Pflegeversicherung eine bundesweit geltende Personalausstattung zu gestalten. Dies würde auch dem Anliegen der Verfassungsbeschwerde vom 09.01.2014 gerecht werden (vgl. insoweit **Anlage 3**).

⁴⁶ An dieser Stelle wird auf die Verfassungsbeschwerde vom 09.01.2014 verwiesen (**Anlage 3**), die auf die staatlichen Schutzpflichten gegenüber den pflegebedürftigen Menschen aufmerksam macht.

⁴⁷ In der Koalitionsvereinbarung heißt es dazu: „Bis zur Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs werden wir zügig vor allem die schon bestehenden Betreuungsleistungen weiter ausbauen und auf alle Pflegebedürftigen ausdehnen. Bei einem Schlüssel von einer Betreuungskraft auf 20 Pflegebedürftige werden so zum Beispiel in stationären Einrichtungen insgesamt bis zu 45.000 Betreuungskräfte tätig sein“ (vgl. **Anlage 1a**). Der ohne Verbesserung der Stellenschlüssel für Pflegekräfte vorgesehene Ausbau der niedrigschwelligen Betreuungsleistungen kann nur als Irrweg bezeichnet werden (vgl. dazu die Anmerkungen in **Anlage 1b**).

⁴⁸ Nach einem Bericht in der Rheinischen Post vom 29.03.2014 („Pflegeleistungen sollen steigen“) sind für die bessere Betreuung durch Betreuungskräfte 510 Millionen Euro eingeplant.

⁴⁹ Die Rheinische Post bzw. NGZ stellte am 02.07.2013 ein Interview mit dem SPD - Kanzlerkandidaten *Peer Steinbrück* vor: "Da ist etwas aus dem Lot geraten".

Warum machen sie ausgerechnet das Thema Pflege zur Chefsache?

Steinbrück: Weil wir in diesem Bereich erhebliche Defizite haben: Wir brauchen mehr Pflegepersonal, weil die Pflegebedürftigen mehr Zeit für Zuwendung brauchen. Deshalb wollen in den nächsten vier Jahren in Deutschland 125.000 zusätzliche, tariflich entlohnte Stellen für Pflegerinnen und Pfleger schaffen.

Und wer bezahlt das?

Steinbrück: Wir wollen das durch eine Erhöhung des Beitrags zur Pflegeversicherung um 0,5 Prozentpunkte finanzieren. Das ist eine gerechte und faire Lösung. ...

Die damals in Aussicht genommenen zusätzlichen 125.000 Stellen für Pflegekräfte erscheinen auch heute noch als ein annähernd gutes Ergebnis.⁵⁰

Es stellt sich daher die Frage, welche Gründe dafür maßgeblich waren, die vom Kanzlerkandidaten der SPD zutreffend anerkannten Defizite in der Zuwendung nunmehr „kleiner zu deuten“ und durch eine Mini- bzw. völlig unzureichende Billiglösung zu ersetzen.

Es kann nicht nachvollzogen werden, dass die „gerechte und faire Lösung“ für deutlich mehr Pflegepersonal, im Wahlkampf beschrieben, aufgegeben wird. Es war im Wahlkampf auch zutreffend eingeschätzt worden, dass allein für eine gute Personalausstattung 0,5 Beitragsprozentpunkte erforderlich sind. Diese damals genannte Beitragsanhebung für den Personalbereich soll nunmehr für die gesamte Pflegereform reichen. Das kann und wird nicht gehen.

Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk hat die Koalitionäre mit einer Zuschrift vom 30.10.2013 vorsorglich darauf aufmerksam gemacht, dass es ggf. notwendig sei, bei entsprechenden Vereinbarungen zur Pflege Schwerpunkte zu setzen (**Anlage 4**). Leider sind die entsprechenden Ausführungen bei der Abfassung der Vereinbarungen nicht berücksichtigt worden.

Der vorliegende GroKo-Text lässt eine wirkungsvolle Auflösung des Pflegenotstandes nicht als möglich erscheinen. – Und dies muss korrigiert werden!⁵¹

Quelle:

<http://www.wernerschell.de/forum/neu/viewtopic.php?f=4&t=19198&hilit=Steinbr%C3%BCck>

⁵⁰ Es versteht sich, dass eine Qualifizierung bzw. Einstellung von Pflegekräften in dieser Größenordnung nur einen Zeitraum von einigen Jahren möglich ist.

⁵¹ Erfreulich erscheint in diesem Zusammenhang, dass der pflegepolitische Sprecher der Union, *Erwin Rüddel*, MdB, im Tenor eines Beitrages für die Zeitschrift „PKVpublik“, Feb-

In der Heimpflege gibt es auf der Grundlage von **§ 75 Abs. 3 SGB XI** sog. **Stellenschlüssel für die Ermittlung des Pflegepersonalbedarfs**. Diese Stellenschlüssel werden aber den wirklichen Bedürfnissen nicht gerecht und sind im Übrigen regional unterschiedlich.⁵²

So ergeben sich zum Beispiel im Saarland folgende Pflegepersonalschlüssel – Stand bis Ende 2010 und Veränderung ab 2011 – (in Klammern Angaben für NRW):

Pflegestufe 0	1 : 8,00 – ab 2011 = 7,60 (8,0)
Pflegestufe 1	1 : 3,92 – ab 2011 = 3,66 (4,0)
Pflegestufe 2	1 : 2,81 – ab 2011 = 2,65 (2,5)
Pflegestufe 3	1 : 2,07 – ab 2011 = 2,05 (1,8)

Diese Stellenschlüssel berücksichtigen in ungenügender Weise die Anforderungen, die bei sorgfältiger und standardausgerichteter Pflege zu beachten sind.⁵³

ruar 2014 (Seite 15) neben der Neudefinition des Pflegebegriffs deutlich mehr Pflegefachkräfte gefordert hat. Im Text des Beitrages heißt es dann weiter, dass motiviertes und gut ausgebildetes Personal und kein prekärer Beschäftigungssektor in der Pflege benötigt wird. Allerdings wird dann alles relativiert und von der Einstellung von bis 45.000 Betreuungskräften gesprochen. – Frage: Was ist denn nun wirklich zu erwarten? Betreuungskräfte kann es gerne zusätzlich geben. Aber Pflegefachkräfte werden vorrangig und in ausreichender Dotierung gebraucht!

⁵² Bereits dargelegt in: Stellungnahme von *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk* zu den Eckpunkten für eine Pflegereform vom 05.07.2011:

<http://www.pro-pflege-selbsthilfenetzwerk.de/Aktuelles/EckpunkteUnionStatementBf05072011.pdf>

Übersichten zu den unterschiedlichen Stellenschlüsseln sind z.B. nachlesbar in dem Buch von *Katarina Planer* „Hand- und Wohngemeinschaften“, Huber, Bern 2010; und einem Bericht in CAREkonkret vom 18.11.2011. Die Stellenschlüssel haben sich in Einzelfällen zwar geringfügig geändert, sind aber weiterhin regional sehr unterschiedlich und nirgendwo auskömmlich gestaltet.

In dem Beitrag „Paritätischer in Sachsen beklagt Personalschlüssel – fordert bundeseinheitliche Regelung“, CAREkonkret, Ausgabe vom 13.11.2011, werden die regionalen Unterschiede der Stellenschlüssel angesprochen und eine einheitliche Regelungen eingefordert. Siehe dazu auch den Bericht im „Deutschen Ärzteblatt“ unter folgender Adresse:

<http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/47894/Wohlfahrtsverband-beklagt-Pflegemangel-in-Sachsen?s=Wohlfahrtsverband+beklagt+Pflegemangel+in+Sachsen>

Ein Vergleich der unterschiedlichen Personalschlüssel ist dem Beitrag von *Thomas Dieckhoff* „Pflegeversicherung – Pflege- nach Kassenlage?“ in Zeitschrift „Die Schwester/Der Pfleger“, Ausgabe 03709 (Seite 2678ff), zu entnehmen.

Vgl. im Übrigen *Kellner/Öhlinger/Schneider* (Hg): „Pflegequalität und Personalschlüssel – Eine Untersuchung in österreichischen Pflegeheimen“, Neuer Wissenschaftlicher Verlag Wien/Graz, 2013. In dieser Veröffentlichung wird festgestellt, dass die Verwendung von Personalschlüsseln und anderen Vorgaben die heutigen und künftigen Anforderungen nur unzureichend abbilden und daher fachlich und methodisch zu hinterfragen sind. Nähere Hinweise dazu im Forum von *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk* unter folgender Adresse:

<http://www.wernerschell.de/forum/neu/viewtopic.php?f=3&t=18514&hilit=Wien>

⁵³ In den „Informationen zur Personalausstattung in den saarländischen Pflegeheimen“ – <http://www.saarlaendische-pflegegesellschaft.de/zahlen-daten-fakten/personalausstattung-in-pflegeheimen.html#1> wird die unzureichende Ausstattung der Einrichtungen mit Pflegepersonal beschrieben. Unter Nr. 6 der Informationen heißt es

Ungenügend berücksichtigt werden z.B. aktivierende Pflege, Dokumentationsarbeiten, Ausfallzeiten bei Fort- und Weiterbildung, Krankheitszeiten.⁵⁴ Unberücksichtigt sind auch die vielfältigen hygienischen Anforderungen.⁵⁵

Bezogen auf ein saarländisches Musterpflegeheim mit 100 Plätzen – Stand: 2010 – ergab sich:

Pflegestufe 0 = 13 BewohnerInnen (1:8,00 = 1,63 P.)

Pflegestufe 1 = 38 BewohnerInnen (1:3,92 = 9,69 P.)

Pflegestufe 2 = 35 BewohnerInnen (1:2,81 = 12,46 P.)

Pflegestufe 3 = 14 BewohnerInnen (1:2,07 = 6,79 P.)

Damit standen dem Musterpflegeheim insgesamt 30,54 Pflegekräfte in Vollzeit zur Verfügung. Unter Berücksichtigung der sog. Fachkraftquote müssen 15,27 Stellen mit Fachkräften besetzt sein.⁵⁶

Nach Ermittlungen der saarländischen Pflegegesellschaft verbleibt bei Absetzung von Dokumentationsaufgaben, Besprechungen, Übergaben, Unterbrechungen, Organisatorisches etc.) eine Nettopflegezeit von nicht einmal 67 %. D.h., 33% der Bruttopflegezeit geht für die bewohnerbezogene Pflege und sonstige Betreuung verloren.

u.a.: „Nach gemeinsamer Überzeugung aller Verbände der Leistungserbringer sind die Personalschlüssel im Saarland aktuell nicht ausreichend, um die vertraglich vereinbarten Leistungen in der geforderten Qualität zu erbringen. Auch die unterschiedlichen Anforderungen aufgrund der vertraglich vereinbarten Personalmengen und der ordnungsrechtlichen Festsetzung der Besetzung in Tagdienst mit Fachpersonal, stellt aktuell ein Problem (aktuelle Stellungnahme der SPG hier > <http://www.saarlaendische-pflegegesellschaft.de/assets/files/Positionspapier.pdf>) dar, das gemeinsam von allen Beteiligten in weiteren Verhandlungen und Gesprächen gelöst werden muss. Die Saarländische Pflegegesellschaft hat eine Verbesserung der Personalausstattung um 16% gefordert.“

Doris Pogantke – Heimleiterin und Mitglied im Frankfurter Forum für Altenpflege, befasste sich beim Festakt in der Paulskirche am 29.08.2013 zum Jubiläum "20 Jahre Frankfurter Forum für Altenpflege - Kommunale Qualitätsentwicklung in der Pflege" u.a. mit den Personalschlüssel und trug u.a. vor:

... In der Veranstaltung des Frankfurter Forums im Frankfurter Römer im letzten Jahr hat *Dr. Oliver Wermann*, leitender Arzt des MDK im Saarland, für das Bundesgebiet unter Zugrundelegung des geltenden Pflegeschlüssels ausgerechnet, dass höchstens 60% der vorgeschriebenen Leistungen in der Pflege erbracht werden können. Es gibt viele ähnliche Berechnungen mit immer den gleichen oder ähnlichen Ergebnissen. Aber spätestens seit diesem Vortrag wissen nun alle Verantwortlichen darüber Bescheid. Und diese Pflegesituation erleben die Pflegekräfte und die Bewohnerinnen und Bewohner jeden Tag. Es wird laut nach noch mehr und noch besseren Leistungen gerufen. Aber keiner schaut, wie viel Zeit eigentlich notwendig ist, um all diese Dinge zu bewältigen. ...

⁵⁴ Bei den Angehörigen der Pflegeberufe treten überdurchschnittlich viele Arbeitsunfähigkeitstage auf (BKK 2012). Vgl. dazu *Gernot Böhme* (Hg.) „Pflegenotstand: der humane Rest“, Aisthesis Verlag, Bielefeld 2014 (Seite 22).

⁵⁵ Vgl. dazu die **Anlage 5**.

⁵⁶ Mit einer Verbesserung der Stellenschlüssel ab 2011 erhöhte sich die Stellenzahl um rund 1,5 Vollzeitstellen in der Pflege. Hinzu kommt ggf. Betreuungspersonal für Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz. Insoweit gilt aktuell ein Betreuungsschlüssel von 1: 24 (§ 87b SGB XI).

Die Saarländische Pflegegesellschaft hat aufgrund dieser Gegebenheiten eine deutliche Verbesserung der Personalausstattung gefordert.

Zur unzureichenden Personalausstattung liegen ergänzend **zahlreiche weitere Statements** vor. U.a. wird auf die „Anmerkungen zur Personalsituation in der stationären Altenpflege“ aufmerksam gemacht. Die einfache Botschaft lautet darin: „Um also die Missstände in deutschen Pflegeheimen in den Griff zu bekommen, ist eine deutliche Verbesserung der Personalschlüssel eine notwendige Voraussetzung.“⁵⁷

Auch der DBfK vertritt seit Jahren die Auffassung, dass für die stationäre Altenhilfe ein Personalbemessungssystem erforderlich ist und hat dies in einem ausführlichen **Positionspapier (2011)** näher begründet. Einleitend wird in diesem Papier bemerkt:

„Zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Personalausstattung wird im DBfK die Forderung nach analytischen Personalbemessungsverfahren vertreten. Für den Bereich der stationären Altenhilfe pocht der DBfK zudem seit Jahren auf die Einhaltung eines gesetzlich vorgeschriebenen Mindeststandards – die Fachkraftquote. Und fordert, dass diese sich deutlich erhöhen muss, nicht weiter aufgeweicht werden darf.“⁵⁸

In diesem Positionspapier des DBfK wird von einem Personalmehrbedarf von über 30% gesprochen.

Das eindeutig zu knapp bemessene Pflegepersonal kann deshalb nie und nimmer gewährleisten, dass den Anforderungen des § 11 Abs. 1 SGB XI entsprochen und Leistungen nach dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse erbracht werden. Eine humane und aktivierende Pflege unter Achtung der Menschenwürde ist den Pflegekräften eindeutig nicht möglich.⁵⁹

⁵⁷ Vgl. den vollständigen Text der Anmerkungen von *Thorsten Meier*, Altenpfleger, unter folgender Adresse; <http://www.wernerschell.de/Medizin-Infos/Pflege/personalschluesselMeier0708.pdf>

⁵⁸ Das vollständige Positionspapier ist im Internet abrufbar unter folgender Adresse: <http://www.dbfk.de/download/download/Personalbemessung-in-der-stationaeren-Altenhilfe--DBfK-Position-2011-10-06.pdf>

⁵⁹ Vgl. dazu § 11 Abs. 1 SGB XI: „Die Pflegeeinrichtungen pflegen, versorgen und betreuen die Pflegebedürftigen, die ihre Leistungen in Anspruch nehmen, entsprechend dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse. Inhalt und Organisation der Leistungen haben eine humane und aktivierende Pflege unter Achtung der Menschenwürde zu gewährleisten.“

Der hier vorgegebene Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse ist in zahlreichen Expertenstandards⁶⁰ bzw. weiteren Handlungsanleitungen näher beschrieben und sonstigen Sorgfaltsgeboten eingebunden, so dass die Pflege als Wissenschaft verstanden und auch umgesetzt werden muss.

Um aus der personellen Unterversorgung herauszukommen, muss daher sichergestellt werden, dass die nach § 75 Abs. 3 SGB XI vorgesehenen Personalrichtwerte bzw. Anhaltszahlen den gesamten Pflege- und Behandlungsbedarf wirklichkeitsgerecht abbilden. Ggf. müssen die diesbezüglichen Anforderungen vom Bundesgesetzgeber mit der notwendigen Klarheit novelliert werden.

Diesen Erkenntnissen kann auch nicht entgegen gehalten werden, dass seitens der Heimaufsichten im Rahmen des Prüfgeschehens nahezu ohne Einschränkung den Pflegeeinrichtungen vollständige Personalbestände bescheinigt werden. Dabei ist nämlich zu berücksichtigen, dass den Heimaufsichten lediglich die Aufgabe obliegt, im Rahmen des Gesetzesvollzuges zu prüfen, ob das anhand der geltenden Vereinbarungen ausgewiesene Personal angestellt ist. Dabei müssen der Gesetzeslage folgend, Feststellungen seitens der Heimaufsichten unterbleiben, ob denn die gesetzlichen Vorschriften und die darauf basierenden Vereinbarungen eine gute bzw. angemessene Pflege überhaupt ermöglichen können.

Bei der Gestaltung eines Personalbemessungssystems muss auch der Tatsache Rechnung getragen werden, dass zu einer guten und geplanten Pflege umfängliche Dokumentationsaufgaben gehören. Die Dotierung entsprechender Zeiterfordernisse ist daher geboten.

Solche Dokumentationserfordernisse mit Rücksicht auf angedachte bzw. projektierte Entbürokratisierungsbemühungen zu vernachlässigen, wäre ein Fehler. Denn jahrzehntelange Bemühungen, Entbürokratisierungsvorhaben umzusetzen, waren nie erfolgreich. Im Gegenteil. Stets neue Aufgaben und Leistungsanforderungen haben die diesbezüglichen Aufgaben

⁶⁰ Bisher wurden vom DNQP folgende Expertenstandards entwickelt (Stand: 31.12.2010):
Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege (1. Aktualisierung 2010)

Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege

Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege

Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege⁶⁰

Expertenstandard zur Förderung der Harnkontinenz in der Pflege

Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden

Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege

Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege oder bei akuten oder tumorbedingten chronischen Schmerzen (Aktualisierung in Vorbereitung)

Vgl. auch die Datenbank „Pflegeleitlinien und Standards“ unter folgender Adresse:

<http://lls.zqp.de/leitlinien.php?lang=de>

eher vermehrt.⁶¹ Und so wird es auch bei einer Pflege, die auf die anerkannten wissenschaftlichen Standards abstellt (vgl. u.a. § 11 Abs. 1 SGB XI), im Wesentlichen bleiben.

Die für die personelle Unterversorgung in den Pflegeeinrichtungen getroffenen Feststellungen sind für die Patienten in den Krankenhäuser in ähnlicher Weise relevant. Daher ist zu fordern, dass mit der Gestaltung und Verabschiedung einer Pflegereform auch der Pflegenotstand in der Krankenhausversorgung mit bedacht und einer überfälligen Reform unterzogen wird.

Für Krankenhäuser – mit Ausnahme der Häuser mit psychiatrischer Ausrichtung – gibt es überhaupt kein Personalbemessungssystem für die Pflege. Die frühere Pflege-Personalregelung (PPR)⁶² für die allgemeine Krankenpflege wurde Mitte der 90er Jahre außer Kraft gesetzt. Seither gibt es nur noch Stellen für Pflegekräfte nach Kassenlage. Nach der Buchveröffentlichung von *Prof. Michael Simon* „Personalabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser - Hintergründe – Ursachen – Auswirkungen“ (Vincentz Verlag) fehlen rund 70.000 Stellen für Pflegekräfte.⁶³ Nach den Berechnungen von *Prof. Dr. Michael Isfort*, Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (dip), Köln, ist der Fehlbestand mit 50.000 Stellen anzugeben. Dazu hat *Prof. Dr. Michael Isfort* bereits beim Neusser Pflegetreff am 27.04.2010 eindrucksvoll vorgetragen. Seine Zahlenangaben sind durch die (weiteren) Forschungsaktivitäten von dip gut belegt. Dazu wurden in

⁶¹ Im Forum von *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk* gibt es zahlreiche Beiträge zum Thema, die eine Verminderung des Dokumentationsaufwandes in der professionellen Pflege mehr als kritisch beschreiben. Es wird dort auf einen Ministeriumsbericht verwiesen, der Empfehlungen zur Entbürokratisierung enthält. >

<http://www.wernerschell.de/forum/neu/viewtopic.php?f=3&t=20369> Es muss im Übrigen bedacht werden, dass eine unvollständige oder lückenhafte Dokumentation nach den Grundsätzen des Haftungsrechtes zu Beweiserleichterungen für den Patienten bis hin zur Umkehr der Beweislast führen kann (vgl. insoweit DKI/DKG „Die Dokumentation der Krankenhausbehandlung – Hinweise zur Durchführung, Archivierung und zum Datenschutz“, einschlägige Hinweise u.a. auf Seite 33). „Was dokumentiert ist, gilt als durchgeführt! - Was nicht dokumentiert wurde, gilt als nicht geleistet!“ - Dennoch erscheinen einige Entbürokratisierungsmöglichkeiten realisierbar. Vgl. dazu: „Notwendiger Umfang der Pflegedokumentation aus haftungsrechtlicher Sicht“, Juristische Expertengruppe Entbürokratisierung der Pflegedokumentation (Januar 2014).

⁶² Vgl. dazu den Beitrag „Positionen – zurück zur PPR?“ in Zeitschrift „Die Schwester / Der Pfleger“, Ausgabe 2/2014 (Seite 126). Darin plädiert *Ralf Gratias*, Pflegemanager aus Erkelenz für die PPR: „Die PPR bietet ein brauchbares Handwerkszeug“.

⁶³ Die Zeitschrift „Die Schwester / Der Pfleger“, berichtet in ihrer Ausgabe 3/21014 (Seite 284ff.) in einem Beitrag von *Prof. Dr. Michael Simon* über den zurückliegenden Stellenabbau im Gesundheits- und Pflegesystem und die Ankündigung der GroKo betreffend die Schaffung von neuen Personalstellen und titelt: „Personalmindeststandards: Vielfach gefordert – bald Realität?“

den letzten Jahren u.a. sog. „Pflege-Thermometer“⁶⁴ veröffentlicht. Nach der im Mai 2010 vorgelegten Studie des Instituts herrscht chronischer Pflegekräftemangel.⁶⁵ Um zu einem Ausgleich dieser Mangelsituation zu kommen, wird von zahlreichen Institutionen die Schaffung eines bundes-einheitlichen Personalbemessungssystems vorgeschlagen. Das „Pflege-Thermometer 2012“ befasste sich mit der Personalsituation auf Intensivstationen. Damit konnten die personellen Mängel und die Gefährdung der Patientensicherheit verdeutlicht werden.⁶⁶

Barbara Steffens, Gesundheitsministerin in NRW, fordert ebenfalls bundesweite Personalschlüssel für Krankenhäuser.

Dies wurde u.a. in einem Bericht des Deutschen Ärzteblattes vom 30.03.2014 mitgeteilt. Es müsse, so die Ministerin, „auf Bundesebene ein Personalbemessungsinstrument“ eingeführt werden, mit dem auch die Finanzierung gesichert werde.⁶⁷

Die Auffassung, dass bundesweit geltende Personalbemessungssysteme erforderlich sind, wird von Pro Pflege - Selbsthilfenetzwerk seit Jahren vertreten. Diese Systeme, mit einheitlichen Vorgaben, sind aber, wie schon ausgeführt wurde, nicht nur für die Krankenhäuser, sondern auch für die Pflegeheime erforderlich (die jetzigen regional geltenden Stellenschlüssel sind unzureichend).

⁶⁴ Vgl. dazu die umfangreichen Berichte und Dokumente des dip unter folgender Adresse: <http://www.dip.de/materialien/berichte-dokumente/> Es sind dort nicht nur die „Pflege-Thermometer“, sondern auch weitere zahlreiche Informationen auffindbar, die die in diesem Papier ausgeführten Pflegedefizite gut belegen.

Mit dem Pflege-Thermometer 2014 befragt das dip bundesweit Stationsleitungen zu Demenz- und Delirkonzepten im Krankenhaus. Es geht in der Studie um Fragen zu der Versorgung von Menschen mit Demenz, den besonderen Anforderungen der Pflegenden, der personellen Ausstattung der Stationen sowie den geeigneten Maßnahmen zur Versorgung. Darüber hinaus soll auch der Einsatz spezifischer Konzepte zur Delirprävention ermittelt werden. Weitere Hinweise im Forum von *Pro Pflege - Selbsthilfenetzwerk* unter folgender Adresse: <http://www.wernerschell.de/forum/neu/viewtopic.php?f=4&t=20219>

⁶⁵ Vgl. dazu auch das Positionspapier des DBfK von Januar 2010. Darin wird die Pflege-personalmangelsituation noch einmal verdeutlicht (Quelle: http://www.dbfk.de/download/download/positionspapier_web.pdf).

⁶⁶ Vgl. dazu auch den Beitrag in Zeitschrift „Die Schwester / Der Pfleger“ (Seite 804ff.) mit dem Titel „Pflege-Thermometer 2012 – Riskante Personalsituation auf Intensivstationen“. In einem Bericht im Deutschen Ärzteblatt vom 04.04.2014 lautete die Botschaft schlicht: „Mehr Pflegepersonal, weniger Behandlungsfehler“ (Quelle: -> <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/58238/Mehr-Pflegepersonal-weniger-Behandlungsfehler>).

⁶⁷ Vgl. den vollständigen Bericht im DÄ vom 30.03.2014 unter folgender Adresse: <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/58157/Steffens-fordert-bundesweiten-Personalschlüssel-fuer-Krankenhaeuser> Zum Thema wird auch im Forum von *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk* unter folgender Adresse informiert: <http://www.wernerschell.de/forum/neu/viewtopic.php?f=3&t=20178>

Wie sich diese **Missachtung der personellen Bedürfnisse in der Praxis** auswirken kann, wurde anhand einer im Kölner Raum unter Pflegekräften durchgeführten Befragung deutlich. **Erschreckende Ergebnisse** kamen zu Tage:

„96 Prozent der Befragten gaben an, dass sie die pflegerischen Standards nicht immer einhalten können, weil schlicht die Zeit fehlt. Das hat konkrete Auswirkungen: Mehr als der Hälfte der Schwestern und Pfleger sagten, die Dekubitus-Prophylaxe zur Vermeidung von Druckgeschwüren durch das lange Liegen im Bett regelmäßig oder häufig zu vernachlässigen. Und nur 20 Prozent der knapp 1.000 Pfleger, die an der Studie teilnahmen, konnten ausschließen, Patienten schon mal falsche Medikamente gegeben zu haben.“⁶⁸

Die unzureichende Personalausstattung der Krankenhäuser hat auch etwas mit hygienischen Problemen zu tun.⁶⁹ Der Hygiene kommt nämlich im pflegerischen Handeln hohe Priorität zu. Das Problem der Händedesinfektion ist zum Beispiel nicht, dass sie unter der hohen Arbeitsbelastung „vergessen“ wird, sondern dass schlicht die Zeit fehlt, sie korrekt durchzuführen.“ Dazu informiert eine Pressemitteilung des DBfK vom 29.03.2014 – **Anlage 5**. Dort heißt es u.a.:

„ ... Das **Problem der Händedesinfektion** ist nicht, dass sie unter der hohen Arbeitsbelastung ‚vergessen‘ wird, sondern dass **schlicht die Zeit fehlt**, sie korrekt durchzuführen“, sagt DBfK-Referentin Johanna Knüppel. Zu einer korrekten, wirksamen Händedesinfektion gehöre nicht nur das gründliche Benetzen, sondern eben auch das Einhalten der Einwirkzeit von 30sec. Bei der hohen Zahl von Patienten, die eine Pflegefachperson während ihrer Schicht zu versorgen hat, summiere sich das vor allem auf Intensivstationen auf bis zu 2 Stunden Arbeitszeit. Die sei in der Personalbemessung aber nicht berücksichtigt, so die Referentin weiter. ...“

⁶⁸ Quelle: Bericht Kölner Stadt-Anzeiger (Rhein-Sieg-Anzeiger) vom 01.07.2011 <http://www.rhein-sieg-anzeiger.ksta.de/jrsa/artikel.jsp?id=1309335023261> Siehe dazu auch die weiteren Hinweise im Abschnitt „Die Pflege - Rahmenbedingungen sind dringend verbesserungsbedürftig: Bundesregierung und Gesetzgeber sind vorrangig in der Verantwortung!“

⁶⁹ In einer Pressemitteilung von Wort und Bild - Apotheken Umschau vom 05.12.2013 heißt es u.a.: " ... In Deutschland infizieren sich damit mehr Krankenhauspatienten als in vielen anderen Ländern. Laut einer Studie der Universität Bremen und der Handelskrankenkasse könnten 30 Prozent der Fälle durch bessere Hygiene vermieden werden. Hierzulande, so die Experten, herrsche aber seit jeher eine Geringschätzung des Fachbereichs Hygiene an den Kliniken" (Quelle: Forum von *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk* <http://www.wernerschell.de/forum/neu/viewtopic.php?f=4&t=14671>). Vgl. auch den Bericht im Deutschen Ärzteblatt vom 28.03.2014 „Zahl der Krankenhausinfektionen höher als vermutet“: – „Die Anzahl der nosokomialen Infektionen und der nosokomialen Todesfälle ist deutlich höher als bisher von offizieller Seite mitgeteilt. Laut einer Untersuchung der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DGKH) treten jährlich 900.000 Infektionen und mindestens 30.000 Todesfälle auf.“ ... (weiter lesen) ... <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/58148>

Sobald durch entsprechende gesetzliche Vorgaben geklärt ist, dass die Pflege-Personalbemessung dem wirklichen Pflegebedarf entsprechend erfolgen kann, müssen natürlich entsprechende Stellenausweisungen in Verbindung mit Ausbildungs- und Einstellungskampagnen erfolgen. Dies sollte verbunden werden mit Erwägungen, die Finanzierung der verschiedenen Ausbildungen neu zu strukturieren. Es erscheint, um die Ausbildungskapazitäten ausreichend und solidarisch zu finanzieren, geboten, die gesamten Kosten der Ausbildung den Kranken- und Pflegekassen (oder sogar dem Steuerzahler) aufzubürden.

Hinsichtlich der Finanzierung in der **Altenpflegeausbildung** gibt es mittlerweile in NRW eine Petition, mit der eine **verbesserte Finanzierungsgrundlage angestrebt** wird.⁷⁰ Hintergrund für diese Petition ist eine „Aktion vom Bundesverband Lehrende Gesundheits- und Sozialberufe – Landesverband NRW.“ Beweggrund für diese Aktion ist, dass die vom Land NRW finanzierten Kosten der Fachseminare für Altenpflege auf 280 Euro/TN/Monat begrenzt sind. Damit sind, so der Verband, die Betriebskosten nicht zu decken. In einem Aufruf vom 26.03.2013 heißt es u.a.:

Lösungsvorschläge zur Finanzierung der Fachseminare liegen im Ergebnisbericht „Forschungsgutachten zur Finanzierung eines neuen Pflegeberufsgesetzes“ von prognos und WIAD im Auftrag des BMG und MBFSFJ, veröffentlicht in überarbeiteter Fassung am 14.10.2013, vor. **Dies muss bundeseinheitlich gelöst werden und darf sich keinesfalls an der Mangelfinanzierung in der Altenpflege orientieren.**

In einer Pressemitteilung von *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk* vom 09.06.2011 wurde im Übrigen dazu passend getitelt: „Pflegenotstand - Pflegekräfte müssen pfleglich behandelt werden“. - Text als **Anlage 6** angefügt.

Wer Pflegekräfte und sonstige Betreuungskräfte in den Gesundheits- und Pflegesystemen pfleglicher behandeln will, muss aber auch daran denken, die **Vergütungen entsprechend den Anforderungen und der physischen und psychischen Belastung zu gestalten**. Insoweit sind vorrangig die **Tarifvertragsparteien** aufgefordert. Angemessene Vergütungen gehören auch zum Gesamtkomplex guter Arbeitsbedingungen!

⁷⁰ Der Link zur Petition:

<https://www.openpetition.de/petition/online/kostendeckung-was-sonst-die-ausbildung-altenpflege-ist-es-wert> Vgl. auch die Hinweise unter folgender Adresse:
<http://www.blgs-nrw.de/index.php>

Die Rekrutierung von Pflege- und Betreuungskräften aus dem europäischen und außereuropäischen Ausland erscheint problematisch und mit Rücksicht auf vielerlei Zuwendungserfordernisse auch nicht wünschbar.⁷¹

Dies ist auch die Auffassung des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter NRW. In einer Pressemitteilung vom 04.09.2013 wird ausgeführt, dass die **Lösung für den Pflegenotstand nicht im Ausland zu suchen** ist. Im Einzelnen heißt es:⁷²

„Die nordrhein-westfälische Pflegeministerin *Barbara Steffens* beurteilt die Anwerbung ausländischer Pflegekräfte für deutsche Einrichtungen kritisch. 'Die Lösung für den Pflegenotstand und die Bewältigung des Fachkräftemangels kann nicht in Übersee gefunden werden', erklärte Ministerin *Steffens* anlässlich erneuter Medienberichte über die Anwerbung ausländischer Pflegekräfte.

'Wir müssen und können vor Ort wirksame Maßnahmen ergreifen. Das haben wir in Nordrhein-Westfalen bereits gezeigt. Die Anwerbung von Pflegekräften im Ausland kann sowieso nur ein Tropfen auf den heißen Stein sein. Und ich befürchte, dass solche Aktionen von den Herausforderungen ablenken, denen wir uns in Deutschland stellen müssen', so *Steffens* weiter.

Die Pflegeministerin verweist darauf, dass alleine durch die Einführung einer Umlagefinanzierung in der Altenpflegeausbildung in Nordrhein-Westfalen im Jahr 2012 mehr als 2000 zusätzliche Auszubildende für die Pflege gewonnen werden konnten.⁷³ „Einen solchen Zuwachs an qualifiziertem Pflegepersonal – und das in nur einem von 16 Bundesländern – können vermutlich alle ‚Leuchtturmprojekte ausländische Fachkräfte‘ zusammen nicht vorweisen. Zudem werden zahlreiche

⁷¹ Vgl. dazu u.a. die Pressemitteilung von *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk* vom 25.04.2012 - „Pflegenotstand – Zuwanderung von Pflegekräften aus dem (außereuropäischen) Ausland nicht zielführend“ – aufrufbar unter folgender Adresse: http://www.pro-pflege-selbsthilfenetzwerk.de/Pressemitteilungen/pflegenotstand_zuwanderung_von_pflegekraeften.php und das Positionspapier der AWO „Anwerbung ausländischer Fachkräfte in der Pflege“ - Quelle: http://www.awo-informationsservice.org/index.php?eID=tx_nawsecuredl&u=0&file=uploads/media/AWO_Positionspapier_Anwerbung_auslaendischer_Fachkraefte_September_2013_01.pdf&t=1396339557&hash=2d634e7dde534546ac94843fcf17baa89c95f657 / <http://www.wernerschell.de/forum/neu/viewtopic.php?f=3&t=20306&p=79406#p79406> Vgl. auch den Bericht in der Ärzte Zeitung vom 13.03.2014 „Pflegenotstand: Migration löst kein Massenproblem“ Quelle:

<http://www.wernerschell.de/forum/neu/viewtopic.php?f=3&t=20306> bzw. <http://www.aerztezeitung.de/nl/?sid=857029&rub=pflege&n=3346>

⁷² Vgl. Forum von *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk* unter folgender Adresse:

<http://www.wernerschell.de/forum/neu/viewtopic.php?f=3&t=19533&hilit=Qualifizierung>

⁷³ Vgl. dazu die Petition:

<https://www.openpetition.de/petition/online/kostendeckung-was-sonst-die-ausbildung-altenpflege-ist-es-wert> - Vgl. auch die Hinweise unter folgender Adresse: <http://www.blgs-nrw.de/index.php>

Probleme im Zusammenhang mit Pflegerinnen und Pflegern aus dem Ausland wie mangelnde Sprachkenntnisse, Kultursensibilität und die Lücken, die abgeworbene Fachkräfte im Heimatland hinterlassen, oft verharmlost.'

Steffens appelliert daher an die Bundesregierung und auch die Trägerverbände: 'Machen wir zunächst im wahrsten Sinne des Wortes unsere Hausaufgaben: Wir brauchen eine stärkere Beteiligung der Pflegeversicherung an den Ausbildungskosten und mehr Verantwortung der Träger für eine gute und auch gut bezahlte Ausbildung.⁷⁴ Vor allem aber müssen die Arbeitsbedingungen für Pflegekräfte verbessert werden. Wenn es nicht gelingt, dass Pflegende motiviert und im Einklang mit ihrer eigenen Gesundheit dauerhaft in diesem Beruf arbeiten können, bekommen wir den Fachkräftemangel weder mit Anwerbung noch mit mehr Ausbildung in den Griff.'

Diese Herausforderung im deutschen Pflegesystem zu bewältigen, verlange von allen Beteiligten große Anstrengungen, doch es gebe keine Alternative, so die Ministerin. 'Von diesen Aufgaben durch Anwerbeaktionen ausländischer Fachkräfte abzulenken und eine Lösbarkeit der Probleme auf diesem Weg zu suggerieren, halte ich für sehr gefährlich' so *Steffens* abschließend.⁷⁵

Zu einer guten Pflege gehört im Übrigen die uneingeschränkte **Kommunikationsfähigkeit**, d.h. die **Fähigkeit, die deutsche Sprache zu sprechen**.⁷⁶ Dieses Erfordernis ist besonders mit Rücksicht auf Demenzerkrankte wichtig.

Nun verstärkt auf ausländische Arbeitskräfte zu setzen, ist weder sachlich geboten noch notwendig. Wenn wir die bundesdeutschen Pflegekräfte, auch mit Migrationshintergrund, durch attraktive Pflege - Rahmenbedingungen dauerhaft im Beruf halten, brauchen wir die Kräfte aus dem Ausland nicht. Jedenfalls nicht in einem Umfang, dass daraus eine große Kampagne gemacht wird oder gar Sonder-Finanzierungen erwogen werden. Die umfangreiche Anwerbung von Pflege- und Betreuungskräften, vor allem aus dem osteuropäischen Raum, ist auch inhuman, weil diese Staaten ebenfalls gut qualifiziertes Personal benötigen. Bereits heute gibt es in einigen osteuropäischen Gebieten eine pflegerische Unterversorgung, die

⁷⁴ Nach einem Bericht der Rheinischen Post vom 14.04.2014 fordert Bundesfamilienministerin *Manuela Schleswig* bei der Pflege eine kostenfreie Ausbildung. Quelle: <http://www.rp-online.de/politik/ministerin-will-bei-pflege-kostenfreie-ausbildung-aid-1.4175031>

⁷⁵ Vgl. dazu die Diplomarbeit von *Pia Bednarczyk*: „FACHKRÄFTEMANGEL IN DER ALTENPFLEGE - EINE ÖKONOMISCHE ANALYSE VOR DEM HINTERGRUND KORPORATISTISCHER VERGÜTUNGSVERHANDLUNGEN“ (Quelle und weitere Informationen: http://iwp.uni-koeln.de/fileadmin/contents/dateiliste_iwp-website/lehre/abschlussarbeiten/ausgewaehlte_arbeiten/Diplomarbeit_Pia_Bednarczyk_Fachkraeftemangel_Altenpflege.pdf / <http://www.wernerschell.de/forum/neu/viewtopic.php?f=3&t=20108>

⁷⁶ Vgl. dazu die Pressemitteilung des DBfK vom 06.09.2012 mit dem Titel „Pflegefachpersonen müssen Deutsch können“; nachlesbar im Forum von *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk* unter folgender Adresse: <http://www.wernerschell.de/forum/neu/viewtopic.php?f=3&t=17801>

bald zu dramatischen Situationen führen wird. Also kann nur dazu geraten werden, die Erwartungen an ausländische Arbeitskräfte zurückzuführen.

Auch in der **„Stellungnahme des DBfK zur Anwerbung ausländischer Pflegefachpersonen“** von Dezember 2012⁷⁷ wird für die vorrangige Rekrutierung bundesdeutscher Pflegekräfte geworben. U.a. heißt es in der Stellungnahme:

„Es ist festzuhalten, dass als oberstes Prinzip gelten muss, den Bedarf an Fachpersonen im eigenen Land zu decken. Das bedeutet Investition in die Qualifizierung und den Berufsverbleib sowie eine kurz- und mittelfristige Bedarfsplanung mit davon abgeleiteter Anpassung der Ausbildungskapazitäten. Zudem müssen die Arbeitsbedingungen deutlich attraktiver werden, denn nur so kann die Bindung des in Deutschland oder im Ausland ausgebildeten Pflegefachpersonals gelingen.

Die Anwerbung von im Ausland qualifizierten Pflegefachpersonen wird nur zu einem geringen Teil den Fachkräftemangel in der Pflege vermindern. Insgesamt ist Deutschland als Zielland für Pflegefachpersonen wenig attraktiv. Dieses ist durch schlechte Rahmenbedingungen in der Pflege, z.B. hohe Arbeitsbelastung, begrenzte Handlungsautonomie, geringe Aufstiegs- und Karrieremöglichkeiten sowie die niedrige Vergütung begründet.“

Für eine Stärkung der bundesdeutschen Pflegepotentiale tritt auch Gernot Böhme in einer aktuellen Buchveröffentlichung ein. Er sieht in der vielfach gewünschten Rekrutierung von ausländischen Pflegefachkräften eine Externalisierung von Problemen.

Es wird daher herausgestellt, dass eine reiche Gesellschaft wie die deutsche in der Lage sein sollte, das Problem der pflegerischen Versorgung selbst zu lösen.⁷⁸

Gegen eine Rekrutierung ausländischer Pflegekräfte votiert auch *Michael Graber-Dünow*⁷⁹ in seinem Beitrag „Vom Notstand in die Katastrophe? Zur Personalsituation in Altenpflegeheimen“, Zeitschrift „Dr.med.Mabuse, Ausgabe Januar/Februar 2014 (Seite 24ff.). Dort heißt es u.a.:

⁷⁷ Vgl. den vollständigen Text der „Stellungnahme des DBfK zur Anwerbung ausländischer Pflegefachpersonen“ von Dezember 2012 unter folgender Adresse:

<http://www.dbfk.de/download/download/DBfK-zu-Anwerbung-auslaend-Pflegefachpers-2012-12-17.pdf>

⁷⁸ Vgl. *Gernot Böhme* (Hg.) „Pflegenotstand: der humane Rest“, Aisthesis Verlag, Bielefeld 2014; und Beitrag von *Thomas Kutschke* „Schluss mit der Mangelwirtschaft – Pflegenotstand und Fachkräftemisere“ in Zeitschrift „Heilberufe“, Ausgabe 04/2014 (Seite 54 ff.).

⁷⁹ Vgl. auch die Buchankündigung (für September 2014) von *Michael Graber-Dünow*: „Heime am Pranger - Wie schaffen wir eine bessere Altenhilfe?“ - Mabuse-Verlag 2014, 160 Seiten, 16,90 Euro, ISBN 978-3-86321-179-0.

„... Ein weiterer untauglicher Versuch, dem Pflegenotstand entgegenzuwirken, besteht aktuell in der Anwerbung ausländischer Fachkräfte. ... Der Einsatz der im Ausland rekrutierten Pflegekräfte in den Heimen erscheint auch angesichts der sprachlichen Barrieren sehr problematisch, da Altenpflege nun einmal in besonderem Maße auf Kommunikation beruht. ...“

Eine Erleichterung der Gewinnung von Pflege- und Haushaltshilfen aus dem Ausland wird möglicherweise auch denjenigen Familien bzw. Angehörigen nicht gerecht, die grundsätzlich selbst die Pflege eines Familienmitglieds gewährleisten wollen, aber nicht die nötigen Geldmittel in die Hand bekommen. Es muss daher, statt die Finanzierung von ausländischen Hilfen zu erleichtern, eher darüber nachgedacht werden, wie man den **Familien in einer Pflegesituation durch höhere Geldzuwendungen wirkungsvoller helfen** kann. Denn bei der jetzigen Pflegegeldzahlung kann niemand seine Existenz auch nur halbwegs sichern, geschweige denn, über einen eventuellen (vorübergehenden) Berufsausstieg nachdenken.⁸⁰ Die Möglichkeit, Familienpflegezeit auf der Grundlage der geltenden Regelungen zu beanspruchen, kann nicht ernstlich als gute Unterstützung angesehen werden. Diese Regelung ist in der jetzigen Ausgestaltung wenig hilfreich.

Wer die Anstellung von Hilfen aus dem Ausland fördert, lässt auch durch Verschließen der Augen rechtswidriges Handeln zu. Denn es gibt kaum regelbar Hilfeleistungen über 24 Stunden, die mit den bundesdeutschen Arbeits- und Arbeitsschutzregeln in Einklang zu bringen sind. Wer diese Rechtswidrigkeiten nicht sehen will, lässt auch zu, dass durch Anwerben von Arbeitskräften aus dem Ausland zu einem großen Teil Notlagen in den jeweiligen Heimatländern ausgenutzt werden. Das ist dann vielleicht auch eine moderne Sklavenarbeit. Wenn wir es mit der Menschenwürde ernst nehmen, können wir das nicht – staatlich organisiert – zulassen.⁸¹

Es muss im Übrigen auch gesehen werden, dass die Debatte um den sog. Fachkräftemangel, seit geraumer Zeit in aller Munde, vorwiegend von der Arbeitgeber- bzw. auch Trägerseite geführt bzw. gefördert wird. Es bestehen Anhaltspunkte dafür, dass der Ruf nach ausländischen Arbeitskräften auch dazu dienen soll, Druck auf das bundesdeutsche Personal auszuüben und damit die Pflege billig zu halten. Statt Billigentlohnung, Zeitarbeit, Befristungen (usw.) brauchen wir für die Pflegekräfte verlässliche Anstellungsstrukturen und höhere Vergütungen!

⁸⁰ Vgl. hierzu auch die Ausführungen in **Anlage 7**.

⁸¹ Das Deutsche Institut für Angewandte Pflegeforschung geht davon aus, dass derzeit rund 150.000 Migrant/inn/en pflegebedürftige Menschen betreuen – häufig illegal, ohne vertraglich abgesicherten Lohn und geregelte Arbeitszeiten. Familien, die diese Form der häuslichen Pflege in Anspruch nehmen, bewegen sich in einem Graubereich zwischen illegaler und legaler Beschäftigung. (Quelle: Tagung „Deutschland im Pflegenotstand“ – 10.-11.03.2014 – Quelle: <http://www.wernerschell.de/forum/neu/viewtopic.php?f=7&t=20218>).

Es muss daher mit Rücksicht auf solche Erwägungen widersprochen werden, dass es zur Zeit in Deutschland einen größeren Fachkräftemangel in der Pflege gibt. Tatsächlich haben wir, und das wurde ja schon wiederholt ausgeführt, einen Mangel an Stellen für Pflegekräfte und eine seit Jahren gegebene Berufsflucht und Krankheitsanfälligkeit in der Pflege. Dies ist aber nicht darauf zurückzuführen, dass nicht genügend Pflegekräfte vorhanden sind bzw. verfügbar gemacht werden können.

Der wahre Grund für die Mangelsituation sind die miserablen Pflege - Rahmenbedingungen. Und hier besteht der entscheidende und vorrangige Reformbedarf.⁸²

Alles andere sind nur Ablenkungsmanöver. Von einem Ablenkungsmanöver kann wohl auch deshalb gesprochen werden, weil die Fachverbände auf Arbeitgeberseite mit dem Ruf nach mehr Fachkräften der Öffentlichkeit vorgaukeln, wir wollen ja bessere Leistungen erbringen, können aber nicht (wegen fehlender Fachkräfte).⁸³

Pflegekräfte müssen pfleglich behandelt werden. Dann bleiben sie im Beruf und springen nicht nach wenigen Jahren kaputt, krank usw. ab. Dazu muss der Gesetzgeber den Rahmen schaffen. Dann sind die Arbeitgeber bzw. Träger gefordert.

Ein nicht unwesentlicher Teil der Mängel in den Gesundheitseinrichtungen wird durch Führungsdefizite (mit) verursacht. Daher sind die Führungsverantwortlichen gefordert!

Darüber informiert *Jens Flintrop* in einem Beitrag „*Gesundheitseinrichtungen: Mangelnde Führungskompetenz*“ und verweist auf entsprechende Studienergebnisse. *Flintrop* führt u.a. aus:

„Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und Pflegeheime könnten die Qualität ihrer Leistungen zum Wohl der Patienten deutlich verbessern – und das ohne hohe Kosten. Denn die **Defizite sind nicht in der fachlichen Qualifikation des medizinischen Personals zu finden, sondern**

⁸² Vgl. insoweit die Ausführungen im Abschnitt „Die Pflege - Rahmenbedingungen sind dringend verbesserungsbedürftig: Bundesregierung und Gesetzgeber sind vorrangig in der Verantwortung!“

⁸³ Zum Thema informiert in allgemeiner Form auch die Broschüre „Umgang mit dem Fachkräftemangel in der Pflege“, Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und –gestaltung e.V., Köln 2011.

vor allem in Fragen der Führung, der Kommunikation und der Motivation.“

Diese Aspekte müssen bei den gesetzgeberischen Reformmaßnahmen Berücksichtigung finden. Eine **Ausweitung des bereits umfangreich ausgestalteten Prüfsystems in Pflegeeinrichtungen ist eher entbehrlich**. Es wird nämlich nicht gelingen, mit einem aufgeblähten Prüfungssystem bessere Pflegevoraussetzungen zu schaffen. **Pflegekräfte brauchen mehr Wertschätzung und Anerkennung. Mehr Überprüfungen sind aber das genaue Gegenteil von Wertschätzung und Anerkennung.**

Das ist nicht nur pures Misstrauen, sondern ein Affront gegen alle, die sich jeden Tag aufs Neue unter miserablen Rahmenbedingungen mühen, ihr pflegerisch Bestes zu geben. Wenn mehr Prüfungen im Heimbereich politisch gewünscht werden sollten, dann würde es allein Sinn machen, die Heimträgerverantwortlichen, also die Führungsverantwortlichen, öfter mal auf Eignung und Befähigung zu kontrollieren und sie engmaschig bezüglich ihrer Fort- und Weiterbildung im Auge zu behalten und nicht ständig auf das ohnehin gebeutelte Pflegepersonal herum zu trampeln.

Pflegemängel treten fast ausnahmslos dort auf, wo es Defizite in der Führung gibt. „Der Fisch stinkt vom Kopf her“.

Im Übrigen erscheinen Ergänzungen im SGB XI dergestalt geboten, die eine Zulassung von Pflegeeinrichtungen auch davon abhängig machen, dass die Träger bzw. ihr Führungspersonal geeignet und zuverlässig ist. Solche Regelungen erscheinen angesichts vielfältiger Mängelberichte, in denen eklatante Mängel der Führungsverantwortlichen beklagt werden, dringend geboten. Sie liegen im Interesse der schutzwürdigen pflegebedürftigen Menschen und sind mit Blick auf Sozialpflichtigkeit des Eigentums vertretbar.

Zur pflegerischen Behandlung der Pflegekräfte gehört übrigens auch, sie vor Nachteilen zu schützen, wenn sie sich bei unguten Pflegesituationen bzw. Pflegemängeln zu Wort melden wollen (oder gar müssen). Eine Neugestaltung des § 612a BGB (ähnlich dem § 17 Arbeitsschutzgesetz) ist eine denkbare Lösung, die Beschwerdebedingungen zugunsten der MitarbeiterInnen in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen eindeutig zu verbessern.

Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk hat am 04.04.2011 eine Pressemitteilung veröffentlicht und getitelt: Informationsschutz für ArbeitnehmerInnen durch Neufassung des § 612a BGB kann nachteilfreies Beschwerdemanagement in den Pflegesystemen gewährleisten. - Text als **Anlage 2** angefügt.

Auf der Basis dieser Pressemitteilung, in der die näheren Vorschläge dargelegt und begründet worden sind, ist vor allem das Bundesministerium für Arbeit und Soziales wiederholt angeschrieben und um eine entsprechende gesetzgeberische Initiative gebeten worden. Bislang leider ohne Erfolg. Offensichtlich gibt es Widerstände seitens der Arbeitgeberseite.

Es wird für zwingend erforderlich gehalten, das Beschwerdemanagement in den Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen zu verbessern. Eine weitgehende Ausschaltung von nachteiligen Folgen etwaiger Beschwerden erscheint zwingend geboten. Die jetzige Rechtslage lässt leider viele MitarbeiterInnen, die sich innerhalb und ggf. auch nach außen zu Wort melden, „im Regen stehen“ mit der Folge, dass sich couragierte BeschwerdeführerInnen schnell in der Arbeitslosigkeit wieder finden.⁸⁴

Die Notwendigkeit, eine deutliche Personalausweitung bei der pflegerischen Versorgung vorzunehmen, gilt – wie schon ausgeführt wurde – in entsprechender Weise auch für die Krankenhäuser.

Dort gibt es – nach Abschaffung der Pflege - Personalregelung (PPR)⁸⁵ im Jahre 1995 – für die Pflege überhaupt keine verbindlichen Stellenvorgaben. Die Pflegestellendotierungen erfolgen daher in den Krankenhäusern, von wenigen Sonderregelungen abgesehen, nur nach Kassenslage. Dies hat für Patienten und Pflegepersonal verheerende Auswirkungen, weil mit Rücksicht auf die Einführung der Abrechnung nach Fallpauschalen und der totalen Ökonomisierung der Gesundheitsversorgung immer

⁸⁴ So kann z.B. der Abschluss von Dienstvereinbarungen zwischen ArbeitnehmerInnen und Arbeitgebern zur Gestaltung und Abgabe von Überlastungsanzeigen als gute Basis für das Miteinander beim Beschwerdemanagement angesehen werden. – Vgl. hierzu die Pressemitteilung der Sozial-Holding der Stadt Mönchengladbach GmbH vom 18.03.2013. Darin wird u.a. ausgeführt: „ ... Um die immer stärker belasteten Beschäftigten in der Pflege nicht weiter dem Risiko auszusetzen, persönlich für Fehler haftbar gemacht zu werden, die sich aus den gesetzlichen und personellen Rahmenbedingungen in der Pflege fast unausweichlich ergeben, hat die Geschäftsführung mit dem Betriebsrat jetzt eine Betriebsvereinbarung für so genannte Überlastungsanzeigen abgeschlossen. ...“. Quell und weitere Informationen im Forum von *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk* unter folgender Adresse:

<http://www.wernerschell.de/forum/neu/viewtopic.php?f=5&t=18710&hilit=%C3%9Cberlastungsanzeige>

⁸⁵ Vgl. dazu den Beitrag „Positionen – zurück zur PPR?“ in Zeitschrift „Die Schwester / Der Pfleger“, Ausgabe 2/2014 (Seite 126). Darin plädiert *Ralf Gratias*, Pflegemanager aus Erkelenz für die PPR: „Die PPR bietet ein brauchbares Handwerkszeug“.

mehr schwerstkranke Patienten in immer kürzerer Zeit von immer weniger Personal versorgt werden müssen.

In einer internationalen Pflegestudie ist gut belegt, dass **Deutschland Schlusslicht in Sachen Personalschlüssel** ist. Die entsprechenden Ergebnisse wurden auf dem 9. Gesundheitspflege-Kongress in Hamburg vorgestellt. Darüber berichtet eine Pressemitteilung vom 25.11.2011⁸⁶ u.a. wie folgt:

... „Die Mobilisierung von bewegungseingeschränkten Patienten, die Überwachung von Patienten sowie Gespräche mit Angehörigen sind weitere Tätigkeiten, die Pflegekräfte oft wegen Zeitdruck oder Personalmangel nicht geschafft haben“, berichtet Britta Zander, Wissenschaftlerin an der Technischen Universität Berlin. Viele Patienten, die geläutet haben, mussten länger als fünf Minuten warten. Für die Studie hat ein Forscherteam der Fakultät Wirtschaft und Management an der TU Berlin in 13 Krankenhäusern über 600 examinierte Pflegekräfte auf den chirurgischen und inneren Stationen befragt. ... Liegegebliebene Arbeit, ein schlechter Personalschlüssel, Unzufriedenheit mit der Arbeitssituation und der Arbeitsumgebung sowie eine hohe Burnout-Rate – diese Zusammenhänge konnte die RN4Cast-Studie nun nachweisen. So bewerteten über die Hälfte der deutschen Pflegekräfte ihre Arbeitsumgebung als schlecht oder mäßig, 37 Prozent sind mit ihrer Arbeitssituation unzufrieden und 30 Prozent leiden unter emotionaler Erschöpfung. Gegenüber einer ähnlich angelegten Befragung von 1999 haben sich die Zahlen damit verdoppelt: Damals waren nur 17 Prozent der deutschen Pflegekräfte mit ihrer Arbeit unzufrieden und nur 15 Prozent waren emotional stark belastet. Diese Verschlechterung korreliert mit einem ungünstigen Personalschlüssel: Mit über zehn Patienten, für die eine Pflegekraft zuständig ist, schneidet Deutschland neben Spanien von allen Ländern am schlechtesten ab. ...“

Bei all dem kommt für die Patienten erschwerend hinzu, dass trotz eines bestehenden Rechtsanspruches auf ein **Entlassmanagement** (§ 39 SGB V) eine notwendige ärztliche und pflegerische Anschlussversorgung oft nicht oder nur unzureichend organisiert werden kann (Stichwort: „**blutige Entlassungen**“).

Dazu passt das Ergebnis einer **Studie der Universität Pennsylvania** aus 2013):

„Je höher der Pflegepersonalschlüssel einer Klinik ist, desto seltener muss diese denselben Patienten wegen Komplikationen erneut aufnehmen. ... **Komme einem Patienten täglich eine Stunde Pflege mehr zugute, vermindere sich das Risiko von Komplikationen sogar um 10 Prozent.** Somit würden letztlich Kliniken sparen, die auf mehr Personal setzen.“⁸⁷

⁸⁶ Vgl. den vollständigen Text im Forum von *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk* unter folgender Adresse:

<http://www.wernerschell.de/forum/neu/viewtopic.php?f=3&t=16661&hilit=Springer#p62996>

⁸⁷ Vgl. Health Affairs 2013; 32: 1740-1747 – Quelle: CNE.magazin 01/2014 – Thieme Verlag, Stuttgart.

Auch mit Rücksicht auf die **steigende Zahl von Patienten mit dementiellen Einschränkungen**, meistens verbunden mit anderen Krankheiten, erfordern ausreichende Personalbesetzungen und zusätzliche Qualifizierungsmaßnahmen.⁸⁸

Eine angemessene Personalausstattung ist auch erforderlich um **Verwirrheitszustände nach Operationen bei älteren Menschen zu vermeiden**. Dazu gibt es gute Konzepte, die allerdings auf eine verbesserte personelle Zuwendung abstellen.⁸⁹

Dazu passend wird vom Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung (dip) eine **bundesweite Untersuchung zur „Demenzsituation in Krankenhäusern“** durchgeführt.⁹⁰

Es wird daher gefordert, für alle Pflegebereiche Personalbemessungssysteme vorzugeben, die eine gute bzw. angemessene Pflege gewährleisten.⁹¹ Allein diese Vorgehensweise kann den vielfach beklagten Pflegenotstand im Interesse aller Beteiligten auflösen helfen!

In einer **Mitteilung des ver.di Bundesvorstandes** - Bereich Gesundheitspolitik – vom **11.09.2013** wird zur Pflegeproblematik in den Krankenhäusern sehr anschaulich ausgeführt (verantwortlich: *Herbert Weisbrod-Frey*):⁹²

Krankenhäuser: Entlastung nur mit gesetzlicher Personalbemessung

Es wird immer dramatischer. In deutschen Krankenhäusern fehlen 162.000 Beschäftigte, davon allein 70.000 in der Pflege. Die Qualität der

⁸⁸ Vgl. dazu die Pressemitteilung von *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk* vom 13.02.2013 mit dem Titel „Demenzkrankenbetreuung: Die Aus-, Fort- und Weiterbildung des Fachpersonals muss verbessert werden“ unter folgender Adresse:

<http://www.wernerschell.de/forum/neu/viewtopic.php?t=18537>

⁸⁹ Das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter NRW hat dazu eine Broschüre „Der alte Mensch im OP - Praktische Anregungen zur besseren Versorgung und Verhinderung eines perioperativen Altersdelirs“ herausgebracht. Vgl. dazu die Beiträge im Forum von *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk* unter folgender Adresse:

<http://www.wernerschell.de/forum/neu/viewtopic.php?f=4&t=18317&hilit=Delir>

⁹⁰ Vgl. dazu die Pressemitteilung des dip vom 12.02.2014 im Forum von *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk* unter folgender Adresse:

<http://www.wernerschell.de/forum/neu/viewtopic.php?f=4&t=20219&hilit=Delir>

⁹¹ Bei einem solchen Personalbemessungssystem sind auch, wie bereits erwähnt, die zeitlichen Anforderungen für die Dokumentationsaufgaben zu berücksichtigen.

⁹² Vgl. dazu die Beiträge im Forum von *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk* unter folgender Adresse: <http://www.wernerschell.de/forum/neu/viewtopic.php?f=3&t=18558>

Versorgung sinkt, die Arbeitsbelastung ist unerträglich. Damit muss jetzt Schluss sein. Und deshalb fordert ver.di ein Soforthilfeprogramm für mehr Personal. Gebraucht werden schnell wirksame Maßnahmen und die Entwicklung eines Verfahrens zur Ermittlung des realen Personalbedarfs.

ver.di-Bundesvorstandsmitglied *Sylvia Bühler* ist sich sicher: Die gesetzliche Personalbemessung ist unumgänglich. Dafür macht die Gewerkschaft Druck. Die Politik muss jetzt handeln.

Die Fakten sind eindeutig: Obwohl seit langem die Probleme bekannt sind, steigt die Überlastung des Personals weiter. Kein Pflegeförderprogramm, kein zusätzliches Geld für Krankenhäuser hat etwas gebracht. Obwohl die Anzahl der Patient/innen ständig wächst und die Schwere ihrer Erkrankungen zunimmt, bleibt die Zahl der Beschäftigten weit zurück. Eine Million mehr Patient/innen und rund 68.000 Vollkräfte weniger für Pflege, Therapie, Hauswirtschaft und Verwaltung, so lautet die Bilanz der letzten zehn Jahre. Das kann nicht funktionieren.

In keinem anderen Land Europas gibt es im Verhältnis zu den Krankenhauspatient/innen weniger Pflegepersonal als in Deutschland. Hierzulande versorgt eine Krankenpflegeperson durchschnittlich 10,3 Patient/innen. In Norwegen sind es lediglich 3,8. Es liegt auf der Hand, dass dauerhaft auch bei bester Arbeit, die dortige Qualität der Versorgung bei uns nicht zu erreichen ist.

Die Folgen des Personalmangels sind unübersehbar:

Familienfreundliche Arbeitszeiten – Fehlanzeige. Immer öfter wird Personal aus der Freizeit heraus zu zusätzlichen Diensten verpflichtet. Das macht krank. Immer weniger Beschäftigte können sich vorstellen unter diesem Arbeitsdruck im Krankenhaus bis zur Rente zu arbeiten.

Es ist alles andere als Panikmache: Zu wenig Personal gefährdet die Patient/innen. Das Deutsche Institut für Pflegeforschung sieht durch den akuten Personalmangel die Sicherheit der besonders pflegebedürftigen Patient/innen in hohem Maße gefährdet. Ein Drittel derer, die nicht selbstständig essen und trinken, konnten manchmal oder oft bei der Nahrungsaufnahme nicht angemessen unterstützt werden. Zwei Drittel der verwirrten Patient/innen konnten nicht ausreichend beobachtet werden. Gefordert sind jetzt klare Aussagen der Politik. ...⁹³

⁹³ *Hildegard Schwering*, Personalratsvorsitzende am Klinikum Augsburg hat sich in einem Beitrag „Krankenhaus: Nebensache Patient“, Zeitschrift Dr.med.Mabuse, Ausgabe Januar/Februar 2011, mit dem auch vom dip beschriebenen Stellenabbau befasst und dabei u.a. ausgeführt: „Von Krankenhausmanagern werden die Sparzwänge häufig schön gerechnet. ‚Wirtschaftlichkeit und Qualität müssen kein Widerspruch sein‘, heißt es in den Magazinen und Reden des modernen Krankenhausmanagements. Wer im Wettbewerb mit anderen steht, kann nicht zugeben, dass die Sparzwänge vieles nicht mehr möglich machen. Daher sind viele Qualitätsberichte und Bestenlisten Augenwäscher. Der Wettbewerb findet um den günstigsten Preis der Ware Gesundheit, weniger um die Qualität

Die Personalbemessung ist – auch – im Krankenhaus relevant für Patientensicherheit!

Der am 21.01.2014 veröffentlichte Krankenhaus-Report 2014⁹⁴ hat bei der Auswertung von Routine- und Qualitätsdaten vor allem die Patientensicherheit in deutschen Krankenhäusern untersucht. „Es ist richtig, in der Studie beispielsweise auf die Rate nosokomialer Infektionen und das Vorhandensein von anonymen Fehlermeldesystemen zu schauen“, sagte dazu *Andrea Weskamm*, Referentin des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe (DBfK) am 21.01.2014 in Berlin. „Versorgungsqualität, Fehlervermeidung und Nachhaltigkeit haben aber vor allem mit Anzahl und Qualifikation des vorgehaltenen Personals zu tun. Dieser Frage widmet der Report leider nur ein kurzes Kapitel und verweist, wieder einmal, auf eine unzureichende Datenlage. Das kann nicht länger hingenommen werden. International ist durch große Studien der unmittelbare Zusammenhang zwischen Anzahl und Qualifikation des auf den Krankenhausstationen eingesetzten Pflegefachpersonals mit den Patienten-Outcomes lange erwiesen. Es ist davon auszugehen, dass diese Ergebnisse auch auf Deutschland übertragbar sind; die wenigen vorhandenen Studien deuten darauf hin. Der Hinweis auf fehlende Evidenz ist aus Sicht des DBfK nichts als politische Hinhaltetaktik“, so *Weskamm* weiter. Der DBfK fordert daher von der Bundesregierung, eine umfassende **Krankenhausreform** auf den Weg zu bringen und dabei vor allem die **Personalsituation in der Pflege spürbar zu verbessern**. Parallel müssen die Änderungen wissenschaftlich begleitet und Effekte systematisch evaluiert werden. Dann wird sich zeigen, dass Pflege im Krankenhaus nicht nur ein dringendes Patientenbedürfnis, sondern ein unverzichtbarer Leistungsfaktor ist.

Die Botschaft kann auch ganz einfach lauten:

Ist die Arbeitsbelastung des Pflegepersonals zu hoch, wird der Krankenhausbesuch für Patienten riskanter.

Darauf deutet eine europaweite Analyse hin. Auch die Ausbildung der Pflegekräfte entscheidet demnach mit, wie gut Operierte den Eingriff überstehen. In einem Bericht von Spiegel-Online heißt es u.a.: „Jeder Patient

statt. Dieser Weg ist falsch, darunter leiden Patienten und Pflegekräfte.“ – Und diese Erkenntnisse gilt wohl für das gesamte Gesundheits- und Pflegesystem!

⁹⁴ Vgl. dazu die Beiträge im Forum von *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk* unter folgenden Adressen:

<http://www.wernerschell.de/forum/neu/viewtopic.php?f=2&t=20164&hilit=Report> und <http://www.wernerschell.de/forum/neu/viewtopic.php?f=3&t=20162&hilit=Personalbemessung> bzw.

<http://www.dbfk.de/pressemitteilungen/wPages/index.php?action=showArticle&article=Personalbemessung-relevant-fuer-Patientensicherheit.php&navid=>

mehr, um den sich eine Krankenschwester kümmern musste, erhöhte das Risiko, dass einer ihrer Patienten starb, in den Berechnungen um 7%.“⁹⁵

Über den „**Notfall Krankenhaus**“ berichtete *Anette Dowideit* in „Die Welt“ am 02.02.2014 und informierte über mangelnde Hygiene, **fehlende Pfleger** und überflüssige Operationen: Die Zustände in deutschen Kliniken seien, so der Bericht, oft dramatisch. Doch Bemühungen um mehr Transparenz und Kontrolle seien bisher gescheitert – und das geht **auf Kosten der Patienten**.⁹⁶

Zur **Situation von Patienten und Pflegekräften** informiert im Übrigen das **OP-Barometer 2013**. Danach gibt es in diesem Bereich **große Defizite**. In einer Pressemitteilung der Fachhochschule Frankfurt vom 18.03.2014⁹⁷ heißt es u.a.:

„Der Arbeitsplatz Pflegeberuf im OP-Bereich ist weiterhin nicht attraktiv, die Zahlen derjenigen, die den Beruf nicht nochmals wählen würden, sind in den vergangenen zwei Jahren stagniert (39 Prozent, 2011: 37 Prozent). Über Dreiviertel der Befragten meldet zurück, dass die Arbeitsbelastung seit 2011 zugenommen hat. Dagegen vermisst fast die Hälfte eine Wertschätzung ihrer geleisteten Arbeit durch die eigene Krankenhausleitung.“

In einer Pressemitteilung vom 26.03.2014 hat der DBfK die Frage gestellt: **„Wie sicher sind Patienten noch in deutschen Operationssälen?“**⁹⁸ U.a. wird in der Pressemitteilung ausgeführt:

„...Die Verantwortlichen erhöhen den Druck auf die OP-Abteilungen mit der Forderung, immer mehr Operationen in kürzerer Zeit durchzuführen. Arbeitszeitgesetze und Pausen werden oft nicht eingehalten, Gehaltskürzungen und schlechte Arbeitsbedingungen sind an der Tagesordnung. Durch den anhaltenden Personalmangel verschlimmert sich die Situation dramatisch. Dies führt bei Überlastung oft zu Fehlern und Ungenauigkeiten“, berichten die erfahrenen Pflegeexperten über ihre Arbeitsbereiche. Die DBfK-Expertengruppe fordert nachdrücklich, dass sich die Verantwortlichen in Politik und Unternehmen ernsthaft und mit

⁹⁵ Vgl. dazu „Sterberisiko der Patienten steigt mit Stress der Pfleger“ Ein Beitrag von *Irene Berres* in "Spiegel-Online" – Quelle:
<http://www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/krankenpfleger-sterberisiko-der-patienten-steigt-mit-arbeitspensum-a-955474.html> bzw.
<http://www.wernerschell.de/forum/neu/viewtopic.php?f=5&t=13894&p=79180&hilit=Sterberisiko#p79180>

⁹⁶ Quelle: <http://www.welt.de/print/wams/article124451573/Notfall-Krankenhaus.html> / <http://www.wernerschell.de/forum/neu/viewtopic.php?f=4&t=20205&hilit=Dowideit>

⁹⁷ Vgl. die Pressemitteilung der Fachhochschule Frankfurt vom 18.03.2014 im Forum von Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk unter folgender Adresse >
<http://www.wernerschell.de/forum/neu/viewtopic.php?f=4&t=20317>

⁹⁸ Quelle:
<http://www.dbfk.de/pressemitteilungen/wPages/index.php?action=showArticle&article=Wie-sicher-sind-Patienten-noch-in-deutschen-Operationssaelen-.php&navid=> bzw.
<http://www.wernerschell.de/forum/neu/viewtopic.php?f=4&t=20317&hilit=Operationss%C3%A4len>

mehr Engagement dieser Problematik widmen, ehe die Patientensicherheit weiter Schaden nimmt. Arbeitsrecht und Arbeitsschutzgesetze müssten eingehalten werden, Arbeitgeber mehr in Fort- und Weiterbildung und somit in Personalentwicklung und –bindung investieren.

Wegen der sich weiter verschlechternden Arbeitsbedingungen gibt es immer weniger qualifiziertes Pflegefachpersonal, gerade im OP-Bereich. Krankenhäuser greifen mittlerweile vielfach auf minderqualifizierte medizinische Fachangestellte und angelernte Hilfskräfte zurück, bei Operationen ein extrem hohes Risiko für den Patienten. Lebensbedrohliche Fehler kommen immer häufiger vor, nicht immer können sie noch rechtzeitig erkannt und behoben werden. In Risiko- und Qualitätsanalysen bleiben Anzahl und Qualifikation der Mitarbeiter unberücksichtigt. Ursachen für Fehlerquellen werden, wie im Krankenhaus-Report 2014 beschrieben, nur bei Medikamenten, Medizinprodukten und Hygienemaßnahmen gesucht.“

Solche und ähnliche Mitteilungen müssen nicht nur zu denken geben. Sie zeigen unmissverständlich auf, dass dringender Handlungsbedarf besteht. Die Patienten geben trotz solcher Situationen den Pflegekräften seit Jahren Bestnoten. In einem Statement des DBfK „**Tausche wichtigen gegen guten Arbeitsplatz**“, DBfK März 2012, heißt es u.a.:

„Jahr für Jahr belegen Pflegefachpersonen vorderste Plätze im Ranking von Readers Digest, Allensbach-Institut und anderen Meinungsforschern. Die deutsche Bevölkerung attestiert den Pflegenden großes Vertrauen, schätzt ihre Leistung hoch ein und hält sie im Gesundheitssystem für unverzichtbar.⁹⁹ Aber drückt sich diese Wertschätzung auch in den Einrichtungen, an den Arbeitsplätzen und im Arbeitsalltag aus? „Mit großer Vertrauenswürdigkeit kann ich meine Miete auch nicht bezahlen!“, sagte kürzlich eine Altenpflegerin dazu.

Wie ist die Arbeitsplatzrealität für beruflich Pflegende in Deutschland? Abgesehen von wenigen positiveren Ausnahmen ist sie in erster Linie gekennzeichnet durch viel Arbeit, hohes Arbeitstempo, große körperliche und seelische Beanspruchung, geringe Autonomie, wenig Anerkennung, eher familienfeindliche Arbeitszeiten und ein niedriges Gehaltsniveau. Ungeachtet solcher Arbeitsbedingungen ergreifen Tausende junger Menschen noch immer den Pflegeberuf, lassen sich ein auf eine intensive Pflegebeziehung zu kranken und pflegebedürftigen Menschen. Sie bringen viel Engagement, Empathie und große Erwartungen mit, möchten in der Berufsausbildung gelerntes Wissen umsetzen und anwenden dürfen. Und zweifeln dann leider allzu oft an dem, was sie im Tagesgeschäft daran hindert. Erfahrene Pflegefachpersonen halten trotz Personalabbau, steigender Krankenquoten und wenig Unterstützung von Seiten des Managements den Betrieb durch enormen Einsatz aufrecht. Sie springen bei Ausfällen ein, leisten Überstunden, kompensieren organisatorische Defizite und fehlende Ressourcen, häufig genug durch Hintanstellen eigener Interessen und Bedürfnisse.

⁹⁹ Die Rheinische Post berichtete in ihrer Ausgabe vom 11.10.2012 darüber, welche Berufe die Deutschen besonders schätzen. Dabei lagen die Kranken-/Altenpfleger hinter den Feuerwehrmännern, und noch vor den Ärzten, auf Platz 2! Die Bewertung wurde sogar ansteigend beschrieben: 2010 = 88%, 2011 = 90% und 2012 = 91%. Die positive Bewertung macht auch deutlich, dass die vielfach beklagten Pflegemängel nicht den Pflegekräften, sondern allein den Pflege-Rahmenbedingungen angelastet werden.

Dank und Anerkennung erhalten sie dafür selten, und wer nach Jahren kontinuierlicher Belastung an berufsbedingten Erkrankungen leidet, hat das Nachsehen. Gesund alt zu werden und bis zum regulären Renteneintrittsalter den Beruf ausüben zu können scheint in der Pflege nicht vorgesehen.“ ...¹⁰⁰

„Dienstleistungsarbeit unter Druck: Der Fall Krankenhauspflege“ – so lautet der Titel eines Arbeitspapiers, das u.a. auch auf die Probleme der Krankenhauspflege eingeht und anhand von Befragungsergebnissen die Defizite in aller Klarheit offen legt.¹⁰¹ Es wird resümiert (Seite 43/44):

„Im Rahmen der vorliegenden Befragung konnte mit dem Krankenhaussektor ein wichtiger Bereich sozialer Dienstleistungsarbeit in den Blick genommen werden, welcher in den letzten Jahren unter einen starken Ökonomisierungsdruck geraten ist. Insbesondere seit der Einführung des Systems von Fallkostenpauschalen (DRG) haben sich die Verweildauern der Patientinnen und Patienten drastisch verkürzt und das Leistungsprofil der Kliniken hat sich in Richtung einer Abdeckung der reinen Akutversorgung verändert, während die pflegerische Nachsorge reduziert wurde. In der Konsequenz ist das Pflegepersonal in den vergangenen 15 Jahren erheblich abgebaut worden, während die Zahl der Mediziner deutlich angewachsen ist. Vor allem aber ist die Zahl der Patientinnen und Patienten, also der „Durchlauf“ deutlich gestiegen.

Diese Entwicklung hat Konsequenzen für die nachversorgenden ambulanten (und ggf. stationären) Einrichtungen, wenn Patientinnen und Patienten mit einem hohen behandlungspflegerischen Aufwand nach Hause oder in Heime entlassen werden und dort weiterversorgt werden müssen. Aber sie führt auch zu einer Veränderung der Organisationsstrategien der Kliniken, welche auf eine Optimierung der Ablauforganisation setzen: Wenn die vorgeschriebene Verweildauer nicht eingehalten werden kann, geht dies zu finanziellen Lasten des Krankenhauses. Alles muss so organisiert werden, dass der Patient in der vorgegebenen Zeit alle notwendigen Prozeduren durchläuft. Diese funktionalen Anforderungen begünstigen eine Pflegearbeit „wie am Fließband“.

Die empirische Erhebung hat bezüglich Ökonomisierung ergeben, dass die personelle Situation von der überwiegenden Mehrheit der Befragten als insuffizient beurteilt wird. In enger Verbindung hiermit wird von einer Zunahme der Arbeitsintensität und einem daraus resultierenden permanenten Zeitdruck berichtet. Die Ergebnisse weisen auf eine sich verstärkende Verdichtung der Pflegearbeit in den Krankenhäusern hin. So herrscht eine große Übereinstimmung, dass die Arbeitsanforderungen in der Pflege gestiegen sind. Es wird nicht nur von einem Anstieg der Patientenerwartungen berichtet, sondern ebenso von „neuen“ Anforderungen durch die Übernahme ärztlicher Tätigkeiten. Zudem machen sich bereits zum jetzigen Zeitpunkt die Alterungsprozesse der Bevölkerung im Arbeitsalltag der Pflegekräfte bemerkbar. Die Arbeitsanforderungen, die durch stationäre Aufenthalte von Seniorinnen und Senioren in Zukunft noch deutlich anwachsen werden, stellen die Kliniken und insbesondere deren Pflegedienste vor eine enorme Heraus-

¹⁰⁰ Vgl. dazu auch das Statement „Tausche wichtigen gegen guten Arbeitsplatz“, DBfK März 2012 – Quelle:

<http://www.dbfk.de/download/download/Broschuere-Tausche-wichtigen-gegen-guten-Arbeitsplatz-2012-03-10.pdf>

¹⁰¹ Das Arbeitspapier Nr. 296 von Lukas Nock / Volker Hielscher und Sabine Kirchen-Peters (Hg.: Hans Böckler Stiftung) ist aufrufbar unter folgender Adresse:

http://www.boeckler.de/pdf/p_arbp_296

forderung, die wohl nicht ohne eine Verbesserung der personellen Situation gemeistert werden kann. Dies zeigt sich umso mehr in der breiten Zustimmung der Befragten, es gelänge ihnen nicht, stets auf die Bedürfnisse ihrer pflegebedürftigen Patientinnen und Patienten einzugehen. Zudem scheint eine Qualifizierungsoffensive notwendig, um die Pflegekräfte in die Lage zu versetzen, mit der steigenden Zahl Demenzkranker im Klinikalltag adäquat umzugehen.

Somit zeigt sich, dass insgesamt die Vielfalt der Aufgaben für das Pflegepersonal zunimmt. Die Pflegefachkräfte übernehmen in wachsendem Maße auch administrative Aufgaben und Teile der ärztlichen Tätigkeiten. Dabei wird die Grundpflege, also das Kerngeschäft „am Patienten“, aus Sicht der Befragten auf das Notwendigste verkürzt bzw. in begrenztem Maße an Pflegehilfskräfte delegiert. Auch die Aktivierung der Patientinnen und Patienten zeigt sich im Kontext der Krankenhauspflege sowohl betriebswirtschaftlich wie auch fachlich als eine wichtige Aufgabe. Die Untersuchung liefert allerdings Belege dafür, dass die Zeitnot im Arbeitsalltag der Aktivierungspraxis im Wege steht – je stärker sich ein Ökonomisierungsdruck zeigt, desto weniger gelingt die Umsetzung von Aktivierung, was zum einen den fachlichen Ansprüchen, zum anderen den wirtschaftlichen Zielen zuwiderläuft.

Hinsichtlich der Arbeitssituation berichtet die überwiegende Mehrheit der Befragten von gesundheitlichen Folgen durch die Arbeitsbelastung und von der Erfahrung, an die persönlichen Belastungsgrenzen geraten zu sein. Die Belastungserfahrungen stehen dabei im Zusammenhang mit der wirtschaftlichen Situation der Klinik, das heißt, dass besonders solche Fachkräfte unter gesundheitlichen Einbußen zu leiden haben, die ihre Arbeitssituation unter einem starken Ökonomisierungsdruck sehen. Gleiches gilt für die Dienstleistungsqualität: Je stärker die Ausprägung der Ökonomisierung, desto weniger haben die Beschäftigten das Gefühl, „gute Arbeit“ verrichten zu können. Die vorliegende Datengrundlage stützt die Annahme, dass ein durch Ökonomisierung verursachter Zeit- und Effizienzdruck vorhanden ist und dieser eine Arbeitssituation konstituiert, unter der die Gesundheit der Beschäftigten ebenso leidet wie die Pflegequalität. An diesem Punkt stellt sich die Frage, inwiefern innerhalb der Organisationen Spielräume bestehen und durch betriebliche Gestaltungsstrategien auch genutzt werden, um den Druck der Ökonomisierung auf die Arbeitsprozesse abzufedern. Zu dieser arbeitspolitisch wichtigen Frage besteht für den Krankenhaussektor noch weiterhin Forschungsbedarf.

Die Arbeitssituation in der Krankenhauspflege wird so gravierend negativ eingeschätzt, dass nahezu alle befragten Fachkräfte ihrem eigenen Berufsstand eine ungünstige Zukunftsprognose ausstellen. 19 von 20 Befragten glauben, dass unter den gegebenen Arbeitsbedingungen immer weniger Leute einen Beruf in der Kranken- oder Altenpflege ergreifen werden. Eingedenk der absehbaren Folgen des demografischen Wandels und des sich schon jetzt abzeichnenden Fachkräftemangels muss dieses Ergebnis ernst genommen und als Aufforderung verstanden werden, aus arbeitspolitischer Perspektive an dieser Stelle aktiv zu werden. Bezogen auf den Branchenvergleich zeigen sich für die Krankenhauspflege ähnliche Entwicklungen wie in der stationären Altenpflege. Diese beiden Branchen scheinen durch die Ökonomisierung des sozialen Sektors am stärksten negativ betroffen zu sein. Hier dominiert eine hochgradig verdichtete Arbeitssituation und Unzufriedenheit bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern nicht nur hinsichtlich ihrer Arbeitsbedingungen, sondern vor allem auch darüber, entgegen der eigenen fachprofessionellen Ansprüche kaum mehr „gute Arbeit“ leisten zu können.

Anhand dieser Darlegungen wird deutlich, dass frühere Entscheidungen, konkrete Anforderungen an die Personalbemessung in den Krankenhäusern für nicht nötig zu erachten, nicht mehr haltbar sind und korrigiert werden müssen.¹⁰²

¹⁰² Vgl. u.a. „Stellensituation im Pflegedienst der Krankenhäuser und quantitative und qualitative Standards der Personalbemessung“ (Bundestags-Drucksache 17/13041) – nachlesbar unter folgender Adresse:
<http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/17/130/1713041.pdf> Weitere Informationen im Forum von *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk* unter folgender Adresse:
<http://www.wernerschell.de/forum/neu/viewtopic.php?f=3&t=18558>



Die anstehende Reform der Pflegesysteme erfordert vielfältige Erwägungen und muss sich nach Auffassung von Pro Pflege - Selbsthilfenetzwerk auf Schwerpunkte konzentrieren.

Die nachfolgenden Ausführungen sollen zur Entscheidungsfindung beitragen:

(1) Die von der GroKo vorgestellten Ankündigungen für eine Pflegereform sind mit einer Beitragserhöhung von 0,5% nicht auskömmlich zu finanzieren, zumal 0,1% des Beitragsaufkommens in einen Vorsorge-Fond¹⁰³ fließen soll. Es wird daher, falls das Mittelaufkommen nicht ausgeweitet wird, für erforderlich erachtet, **Reformmaßnahmen** – dem Dringlichkeitsgebot folgend, **auf die Hilfeerfordernisse der schwerst pflegebedürftigen Menschen und die dazu notwendigen Leistungserweiterungen zu konzentrieren.**

Möglich erscheint aber auch, eine höhere Beitragsanhebung vorzusehen. Dies auch deshalb, weil dem Vernehmen nach der Rentenversicherungsbeitrag zurückgeführt werden soll. Der gesamte Sozialversicherungsbeitrag muss daher keine unzumutbare Erhöhung erfahren.

Die Absicherung der verschiedenen Lebensrisiken im Rahmen einer Sozialversicherung wird grundsätzlich als richtig angesehen, bedarf aber der ständigen Fortentwicklung.¹⁰⁴ Es mag dabei jedem

¹⁰³ Die Bildung von Rücklagen im Pflegesystem wird zur Zeit als wenig sinnvoll erachtet. Denn bei einer Beitragsanhebung von nur 0,5% wird das gesamte Beitragsaufkommen zur Finanzierung dringlichster Reformmaßnahmen benötigt. Die Ärzte Zeitung berichtete in ihrer Ausgabe vom 24.03.2014 darüber, dass die Bundesbank wenig von einem Vorsorgefond in Staatsregie hält. Wörtlich: „Die Pflegereform im Jahr 2015 sieht als Novum einen Vorsorgefonds vor, in den 0,1 Prozent der Beitragseinnahmen fließen sollen. Angesichts des Auf und Ab beim GKV-Zuschuss traut die Bundesbank der Stetigkeit der öffentlichen Hand nicht“ (Quelle: http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/pflege/default.aspx?sid=857649&cm_mc=Newsletter-_-Telegramm-C-_-20140324-_-Pflege).

¹⁰⁴ Ein Gutachten der Arbeiterwohlfahrt – Bundesverband – vom Mai 2013 befasst sich als mögliche neue Finanzierungsgrundlage mit der Bürgerversicherung: „Zur Umsetzbarkeit einer Bürgerversicherung bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit“ (Gutachten liegt *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk* vor). Allerdings kann nicht gesehen werden, dass die Einführung einer „Bürgerversicherung“ eine geeignete Lösung wäre, die Probleme im Pflegesystem zu lösen. Das vorhandene Sozialversicherungssystem muss stattdessen zielgerichtet reformiert werden. - Bedenkenswert ist aber auch, dass bei der finanziellen Ausstattung

Einzelnen überlassen bleiben, ob ergänzend eine private Absicherung, z.B. mittels Sparguthaben, Versicherung oder Immobilienbesitz, angestrebt bzw. gestaltet wird. Es kann aber als Fehlentwicklung angesehen werden, die mangelhafte Fortentwicklung des „soziale Netzes“ durch privat zu gestaltende Vorsorgekonzepte ergänzen zu wollen. **Die solidarische Finanzierung muss Vorrang haben.**¹⁰⁵

(2) Da eine **bessere Pflege nur durch mehr Personal** zu gewährleisten, muss einer **angemessenen Personalgestellung in allen Bereichen des Gesundheits- und Pflegesystems absolute Priorität haben.**

Herman Gröhe erklärte insoweit u.a.:

„Was wir wirklich brauchen, ist mehr Zeit für die Pflege“. Und weiter: „Völlig klar ist: Gute Pflege braucht qualifiziertes Personal. ... Dazu gehören gute Arbeitsbedingungen und eine angemessene Vergütung, aber auch eine gute Ausbildung.“¹⁰⁶

Dazu *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk*: **Das alles ist richtig – und darauf muss sich die Reform vorrangig konzentrieren.** Denn: „Mit zwei kleinen Schritten kommt man nicht über einen Abgrund!“¹⁰⁷ Alle anderen

der Sozialsysteme die demografische Entwicklung mit all ihren Aspekten (immer mehr Ältere und immer weniger Jüngere) bedacht werden muss. Es gibt bereits seit Jahren seriöse Studien darüber, dass es alsbald bei ausufernden Leistungen zu Rationierungen bzw. Priorisierungen im Gesundheits- und Pflegesystem kommen muss (siehe hierzu u.a. die vielfältigen Hinweise von *Prof. Beske*, Institut für Gesundheits-System-Forschung in Kiel). In einem Bericht der Rheinischen Post vom 05.04.2014 heißt es so: „Rentenexperte warnt vor hohen Pflegekosten“. *Prof. Raffelhüschen* verdeutlicht die demografischen Verwerfungen und nennt die möglichen Folgen.

¹⁰⁵ Aufgrund solcher Erwägungen sind auch Pflege-Zusatzversicherungen, staatlich gefördert (z.B. „Pflege-Bahr“), wenig hilfreich. Dazu eine Wortmeldung: „Es ist in der Tat ein Irrweg, eine solche Versicherung unter Verwendung von Steuermitteln anzuschieben. Vorrangig muss es doch darum gehen, die Pflege, Betreuung und sonstige Versorgung der pflegebedürftigen Menschen gut zu organisieren und dieserhalb die Pflegeversicherung umfassend zu reformieren. Dann wäre es das Gebot, die Pflege für alle nach gleichen Maßstäben solidarisch zu finanzieren. Eine Zusatzversicherung können sich nicht alle leisten. Es wird unerfreuliche Privilegierungen geben.“

Quelle: <http://www.wernerschell.de/forum/neu/viewtopic.php?f=4&t=17429&hilit=Bahr>

¹⁰⁶ Vgl. Zeitschrift „bpa.Magazin“, Ausgabe 1/2014, Interview mit *Hermann Gröhe* (Seite 6/7). – Hinweise zu einer möglichen Pflegeausbildungsreform sind im Forum von *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk* nachlesbar unter folgender Adresse:

<http://www.wernerschell.de/forum/neu/viewtopic.php?f=3&t=20378> *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk* macht ausdrücklich darauf aufmerksam, dass Veränderungen der Berufsgesetze bundesweit geltende Personalbemessungssysteme und deutliche verbesserte Stellenschlüssel nicht entbehrlich machen.

¹⁰⁷ Der DBfK hat sich u.a. in Pressemitteilungen vom 21. und 28.11.2013 zu den Koalitionsvereinbarungen geäußert und die Erwartung zum Ausdruck gebracht, dass die Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflege, eine Ausbildungsreform sowie die um-

Reformvorhaben können im Rahmen des finanziell Möglichen nur nachrangig „bedient“ werden.

Es sollte im Übrigen sichergestellt werden, dass die in Haushalts- und Stellenplänen ausgewiesenen Finanzmittel ausschließlich für das Pflegepersonal Verwendung finden dürfen und insoweit nicht in Anspruch genommene Mittel müssen ggf. in einer zweckgebundenen Rücklage eingestellt oder an diejenigen Stellen, die die Mittel aufgebracht haben, lückenlos zurückgezahlt werden. **Es muss vermieden werden, dass eingesparte Personalausgaben entweder zur Querfinanzierung anderer Aufgaben und zur Gewinnmaximierung Verwendung finden.** Die insoweit zusätzlich anfallen Verwaltungs- und Kontrollaufgaben müssen mit Rücksicht auf die Zielsetzung solcher Regelungen in Kauf genommen werden.

Nach den bisherigen Verlautbarungen will die GroKo in den Krankenhäusern dadurch mehr Pflegepersonal gewährleisten, indem die Anteile für Pflege in den Fallpauschalen künftig nicht mehr zur Finanzierung anderer Aufgaben zweckentfremdet werden dürfen.¹⁰⁸ Grundsätzlich erscheint die **Verhinderung der Zweckentfremdung der Finanzmittel für die Pflege** richtig, kann aber letztlich nur einen „status quo“ gewährleisten und nicht allein dazu beitragen, dass der bereits seit Jahren bestehende Stellenabbau in der Pflege in ausreichendem Maße rückgängig gemacht wird.

Richtigerweise setzt die GroKo auch darauf, dass die **Bundesländer** künftig ihren Pflichten bei der **Finanzierung von Investitionen** wieder nachkommen, um so die Budgets der Kliniken zu entlasten. In diesem Zusammenhang hat der Pflegebeauftragte der Bundesregierung vielsagend ausgeführt:

fassende Reform der Pflegeversicherung oberste Priorität haben müssen. Konkret heißt es: „Die Personalausstattung muss in allen Sektoren dringend verbessert werden. Das bedarf geeigneter Verfahren und mehr Geld. Denn nur so können am richtigen Ort mehr Stellen entstehen, wodurch der Beruf wieder attraktiver wird.“ - Quelle der Pressemitteilungen:

<http://www.dbfk.de/pressemitteilungen/wPages/index.php?action=showArticle&article=Krankenpflege-braucht-mehr-als-vage-Zusagen.php&navid=> und

<http://www.dbfk.de/pressemitteilungen/wPages/index.php?action=showArticle&article=Koalitionsvertrag-Bei-Gesundheit-und-Pflege-wird-Mut-zur-Reform-gebraucht.php&navid=>

¹⁰⁸ Vgl. den Beitrag „Wir werden viel Geld in die Hand nehmen – Interview mit Karl-Josef Laumann“ in Zeitschrift „Die Schwester / Der Pfleger“ (Ausgabe 4/2014, Seite 386 ff.).

Dort heißt es u.a.: „Dass wir in bestimmten Bereichen zu wenige Pflegekräfte in unseren Kliniken haben, ist nicht zu bestreiten. Wir wollen dafür sorgen, dass die Anteil für Pflege in den Fallpauschalen künftig nicht mehr zur Finanzierung anderer Aufgaben zweckentfremdet werden.“

„Ich kann mich aber darüber hinaus des Eindrucks nicht erwehren, dass in der Vergangenheit Lohnsteigerungen bei den Ärzten zu Lasten der Pflege gegangen sind.“¹⁰⁹

(3) Die Notwendigkeit, die demenzkranken Menschen mit ihren besonderen Bedürfnissen uneingeschränkt in den Kreis der Leistungsberechtigten einzubeziehen, ist eigentlich seit Jahren unstrittig. Diesbezüglich liegen Vorschläge zur Ausgestaltung eines entsprechend ausgeweiteten Pflegebedürftigkeitsbegriffes auf dem Tisch. Insoweit kann dringender Handlungsbedarf unterstellt werden.

Es hat aber, wie der Vorstand des Kuratoriums Deutsche Altershilfe, *Dr. Jürgen Gohde*, wiederholt ausgeführt hat¹¹⁰, bislang am politischen Gestaltungswillen gemangelt.

Wenn nun vorgesehen wird, die Umsetzung des konzipierten neuen Begriffes erst einmal in einigen Regionen zu erproben, erscheint das nicht akzeptabel und muss als erneutes Verschieben einer wichtigen Reformmaßnahme zu Lasten der betroffenen demenzkranken Menschen verstanden werden.¹¹¹

(4) Es im Übrigen ein Irrglaube, mit einem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff würde sich allein die Zuwendung gegenüber den pflegebedürftigen Menschen, vor allem den demenzkranken Menschen, ausweiten lassen. In diesem Zusammenhang wird schnell von der Abschaffung der Minutenpflege gesprochen. – Nein, es wird grundsätz-

¹⁰⁹ Vgl. den Beitrag „Wir werden viel Geld in die Hand nehmen – Interview mit *Karl-Josef Laumann*“ in Zeitschrift „Die Schwester / Der Pfleger“ (Ausgabe 4/2014, Seite 386 ff.).

¹¹⁰ Beim Neusser Pflorgetreff am 28.05.2013 umfassend erörtert!

Vgl. dazu u.a.: <http://www.wernerschell.de/forum/neu/viewtopic.php?f=7&t=18156> und http://www.pro-pflege-selbsthilfenetzwerk.de/Pressemitteilungen/taz_Beitrags_23052103.pdf

¹¹¹ Vgl. dazu u.a. die Pressemitteilung des Bundesgesundheitsministeriums vom 08.04.2014 mit dem Titel „Erprobung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs startet“ – nachlesbar im Forum von *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk* unter folgender Adresse > <http://www.wernerschell.de/forum/neu/viewtopic.php?f=4&t=20361> und den Beitrag „Probephase für neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff“ im Deutschen Ärzteblatt vom 04.04.2014 – Quelle: <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/58240/Probephase-fuer-neuen-Pflegebeduerftigkeitsbegriff>

Das Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) hat in einer Stellungnahme zum Referentenentwurf zur Änderung des SGB XI am 22.04.2014 u.a. ausgeführt: „...Daher ist ein neuer, umfassender Pflegebedürftigkeitsbegriff die Voraussetzung für einen Paradigmenwechsel. Allein mit der Einführung eines neuen Begutachtungsassessments und der Einteilung in fünf Pflegegrade anstelle von drei Pflegestufen ist es jedoch nicht getan. Ausgehend von dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff müssen die Grundstrukturen von Leistungen der Pflegeversicherung und daraus folgend die Pflege-, Versorgungs- und Entlastungsangebote verändert werden. Angesichts dieser Herausforderungen ist der nun vorliegende Referentenentwurf enttäuschend. ...“

lich bei einer begrenzten Zuwendungszeit durch das professionelle Personal verbleiben müssen. Denn alles andere würde ja auf eine 24-Stunden-Betreuung hinauslaufen, und die ist nicht finanzierbar.

Die personelle Ausstattung, bei welchem Pflegebedürftigkeitsbegriff auch immer, wird immer begrenzt sein und muss daher so gestaltet werden, dass das Personal den Anforderungen des § 11 Abs. 1 SGB XI gerecht werden kann:

„Die Pflegeeinrichtungen pflegen, versorgen und betreuen die Pflegebedürftigen, die ihre Leistungen in Anspruch nehmen, entsprechend dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse. Inhalt und Organisation der Leistungen haben eine humane und aktivierende Pflege unter Achtung der Menschenwürde zu gewährleisten.“

Von der Gewährleistung einer solchen Versorgungssituation sind wir aber, weil die Stellendotierungen dem nicht annähernd gefolgt sind, in Deutschland sehr weit entfernt.

(5) Die Geld- und Sachleistungen der 1995 eingeführten Pflegeversicherung sind in den zurückliegenden Jahren nur in einer mehr als bescheidenen Form angehoben worden. Damit konnte noch nicht einmal ein Inflationsausgleich geschaffen, geschweige denn echte Leistungsausweitungen geboten werden.

Es erscheint daher dringend erforderlich, die Geld- und Sachleistungen in einem Umfange anzuheben, die deutlich verbesserte Pflege- und Betreuungsstrukturen gewährleisten. Dabei sollte eine auskömmliche **Dynamisierung** der entsprechenden Mittel eingeplant werden. – Auf jeden Fall sind bei Leistungsausweitungen angemessene Verbesserungen für die (geriatriische) Rehabilitation vorzusehen. Insoweit läuft die bislang bereits geltende Aussage „**Rehabilitation vor Pflege**“ allzu oft ins Leere!¹¹² – **Es erscheint wichtig zu erwägen, die Leistungsangebote von Kranken- und Pflegeversicherung so umzugestalten, dass echte Anreize bestehen, rehabilitative Maßnahmen wirklich zielgerichtet angeboten und durchgeführt werden können.**

¹¹² Mit dieser Thematik befasst sich u.a. auch der Barmer GEK Pflegereport, November 2013. In diesem Report wird zwar von einigen positiven Reha-Anstrengungen gesprochen. Andererseits werden aber auch Defizite verdeutlicht. Es heißt im Report u.a.: „Im Vergleich zu den nicht pflegebedürftigen Personen erhalten pflegebedürftige Personen nur halb so viele medizinische Rehabilitationen ...“ (Report, Seite 15).

Auch die Palliativversorgung muss in stationären Pflegeeinrichtungen deutlich verbessert werden. Es wurde erst kürzlich medienwirksam beklagt, dass das Sterben in den Heimen gegenüber der Versorgung in Hospizen ein „Sterben zweiter Klasse“ sei. Unabhängig davon, dass das gesamte Heimpersonal über ausreichende Kenntnisse in der palliativen Begleitung und Betreuung verfügen muss, sollte daher für jeweils 10 BewohnerInnen mindestens eine besonders weitergebildete Pflegefachkraft verpflichtend sein. **Die insoweit gebotene Personalausstattung muss natürlich finanziert werden.**

Pflegende Angehörige, die vor allem in der ambulanten Versorgung der hilfe- und pflegebedürftigen Menschen umfänglich eingebunden sind, **verdienen besondere Aufmerksamkeit mit der Maßgabe, dass sich Leistungsausweitungen auch an den Bedürfnissen dieser wichtigen Versorgungsstruktur ausrichten müssen.** Eine deutliche Wortmeldung ist dazu als **Anlage 7** angefügt.

(6) Es muss nach Auffassung von *Pro Pflege - Selbsthilfenetzwerk* darüber befunden werden, ob und ggf. in welcher Form den Beschäftigten weitere Möglichkeiten eröffnet werden, pflegebedürftige nahe Angehörige in der häuslichen Umgebung zu pflegen und damit die **Vereinbarkeit von Beruf und familiärer Pflege** zu verbessern.

Die insoweit im **Gesetz über die Pflegezeit (Pflegezeitgesetz - PflegeZG)**¹¹³ vorgesehene „Kurzzeitige Arbeitsverhinderung“, die eine Arbeitsfreistellung von 10 Tagen vorsieht, sollte bei uneingeschränkter Fortzahlung der Vergütung für alle Beschäftigten komplikationslos auch mit Anspruchscharakter möglich sein.¹¹⁴ In solchen Fällen geht es nämlich meistens darum, eine erste Hilfestellung bei einer plötzlich eingetretenen Pflegebedürftigkeit (z.B. bei einem Schlaganfall) zu bieten und die Fortführung der Pflege zu organisieren.

Bezüglich einer darüber hinaus gehenden Freistellung zur Fortführung der Pflege muss ebenfalls befunden werden. Hilfreich sind aber solche weitergehenden Regelungen nur dann, wenn für solche Pflegesituationen eine auskömmliche finanzielle Versorgung gewährleistet werden kann und auf die Freistellung unter engen Voraussetzungen ein Anspruch besteht. Die insoweit bereits für sechs Monate mögliche Freistellung von der Arbeitsleistung sollte demzufolge erweitert werden (Rechtsanspruch unter bestimmten Voraussetzungen, finanzielle Ausstattung).

¹¹³ Fundstelle: <http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/pflegezg/gesamt.pdf>

¹¹⁴ Nach einem Bericht der Rheinischen Post vom 29.03.2014 („Pflegeleistungen sollen steigen“) sollen bis zu 100 Millionen Euro für solche Lohnersatzleistungen eingeplant werden.

Die im **Gesetz über die Familienpflegezeit (Familienpflegezeitgesetz - FPfZG)**¹¹⁵ vorgesehenen Regelungen sind in der jetzigen Ausgestaltung wenig hilfreich, so dass eine Zusammenführung aller Vorschriften über die gebotenen Pflegezeit-Freistellungen sinnvoll erscheint. Die Angebote des FPfZG sind bislang kaum in Anspruch genommen worden (das Gesetz wurde folgerichtig auch als Flop bezeichnet).

(7) Dem **Grundsatz „ambulant vor stationär“** folgend müssen im Übrigen die Leistungsangebote für die häusliche Versorgung bzw. der Verbleib im Quartier durch ergänzende Strukturen ausgeweitet werden. Neben der bereits erwähnten **Anhebung der Geld- und Sachleistungen** müssen die **unterstützenden Strukturen**, wie z.B. **Kurzzeitpflege** (z.B. auch nach einer Krankenhausentlassung)¹¹⁶, **Tages- und Nachtpflege und Rehabilitationsangebote**, zielgerichtet **ausgebaut werden**.

In einer Pressemitteilung des DBfK vom 18.12.2013 heißt es dazu unmissverständlich: **„Ambulant vor Stationär“ braucht bessere Rahmenbedingungen.**¹¹⁷

Ungeachtet dieser Anmerkungen ist *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk* der Meinung, dass die im BGB geregelte **Einstandspflicht der unterhaltspflichtigen Angehörigen** grundsätzlich als eine richtige (und moralisch eigentliche zwingende) Regelung erscheint.¹¹⁸ Zu erwägen ist allerdings, darüber nachzudenken und zu befinden, ob es im Zusammenhang mit dieser Einstandspflicht bei Pflegebedürftigkeit deutlich höhere Freistellungen von Einkommen und Vermögen geben sollte.

¹¹⁵ Fundstelle: <http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/fpfzg/gesamt.pdf>

¹¹⁶ Vgl. dazu u.a. den Bericht im Deutschen Ärzteblatt vom 02.04.2014 mit dem Titel „Regelungen zur Kurzzeitpflege nach Krankenhausaufenthalten sind unklar.“ In diesem Beitrag wird ausgeführt, dass es - nach Diskussionen im Petitionsausschuss des Deutschen Bundestages - trotz gesetzlicher Regelungen noch erheblichen Klärungsbedarf gibt. Quelle: <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/58197/Regelungen-zur-Kurzzeitpflege-nach-Krankenhausaufenthalten-sind-unklar>

¹¹⁷ Vgl. **Anlage 8**

¹¹⁸ Vgl. § 1901 ff BGB – Text aufrufbar unter folgender Adresse:

<http://dejure.org/gesetze/BGB/1601.html> . Der Beschluss des Bundesgerichtshofes vom 12.02.2014 – XII ZB 607/12 – hat insoweit zur Verdeutlichung beigetragen. Siehe dazu die Beiträge im Forum von *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk* unter folgender Adresse: <http://www.wernerschell.de/forum/neu/viewtopic.php?f=5&t=20217>

Dem Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 26.03.2014 - 1 BvR 1133/12 -, mit dem die unterschiedliche Höhe von Pflegesachleistung und Pflegegeld gerechtfertigt wird, ist aus Rechtsgründen zuzustimmen. Eine völlig andere Frage ist allerdings, ob es aus politischen Gründen sinnvoll wäre, im Rahmen einer Pflegereform Veränderungen in der Ausgestaltung der Leistungen bei der ambulanten Pflege vorzunehmen und die Ansprüche bei Pflegegeldzahlung zu verbessern. Vgl. insoweit die weiteren Hinweise im Forum von *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk* unter folgender Adresse: <http://www.wernerschell.de/forum/neu/viewtopic.php?f=4&t=20381>

(8) Die durch Beiträge finanzierte Pflegeversicherung muss dort Leistungen erbringen, wo konkret Hilfe- und Unterstützungsbedarf besteht.

Es sollte auch damit aufgehört werden, anhand von Ratschlägen interessierter Institutionen ständig neue „Leistungstöpfe“ zu erfinden, die geradezu zu einer Art „Hilfeindustrie“ animieren. So hat z. B. der § 123 SGB XI zahlreiche neue Ansprüche geschaffen, die aber niemanden so richtig weiter helfen können. So wird vielfach unnütz Geld ausgegeben, das an anderer Stelle sinnvoller eingesetzt werden kann.

Wir müssen endlich eine Praxis beenden, an allen Ecken und Enden mit Projekten, Studien, Erprobungsphasen etc. Zeit und Geld zu verplempern. Wir haben doch ernstlich keine Erkenntnis-, sondern allein Durchsetzungsprobleme!

(9) Und dann noch einige Anmerkungen zum sog. „**Pflege-TÜV**“. **Nach den Vorgaben im SGB XI haben sich die Qualitätsprüfungen des MDK und darauf basierenden Pflegenoten an der Ergebnis- und Lebensqualität der HeimbewohnerInnen auszurichten.** Was heute aber geschieht, ist alles andere, nur das nicht. Selbst die kürzlich veränderten Vorgaben in den Pflegetransparenzvereinbarungen für das MDK-Prüfgeschehen stellen weiterhin hauptsächlich auf die Pflegedokumentation ab. Und das hat das Sozialgericht Münster vor Jahren als **rechtswidrig und verbraucherfeindlich** bezeichnet. *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk* sieht das ähnlich und erklärt: Dieser Pflege-TÜV gehört in der jetzigen Ausgestaltung „in die Tonne“!

Eine andere deutliche **Erklärung zum Pflege-TÜV als** Zitat der Woche in **CARE**konkret, Die Wochenzeitung für Entscheider in der Pflege (24.01.2014):

"Das ist ein bisschen so, als wenn Sie zwei Fußballmannschaften darüber entscheiden lassen, wann welche Mannschaft eine gelbe oder sogar rote Karte bekommt".¹¹⁹

Kritische Worte hat *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk* bereits am 03.08.2010 in einer Pressemitteilung gefunden.¹²⁰ In dieser Mitteilung wurde u.a. ausgeführt:

¹¹⁹ Alexander Schweizer (SPD), Minister für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie des Landes Rheinland-Pfalz, kritisiert, dass Pflegekassen und Träger selbst die Kriterien der Pflegetransparenzvereinbarungen festlegen.

¹²⁰ Vgl. Pressemitteilung vom 03.08.2010 in folgender Adresse nachlesbar:
http://www.pro-pflege-selbsthilfenetzwerk.de/Pressemitteilungen/pruefungen_in_pflegeheimen.php

„Es erscheint sinnvoll, die verschiedenen Prüfungsinstanzen, Heimaufsicht, Medizinischer Dienst (MDK), Brandaufsicht, Staatliches Amt für Arbeitsschutz ... (usw.) bei einer einzigen fachkundigen Institution zu konzentrieren. Damit würde das Prüfungsgeschehen effektiver und auch kostengünstiger. Dabei erscheint es sinnvoll, die Prüfungen in die Zuständigkeit einer staatlichen Behörde (z.B. Bezirksregierung) zu verlagern. Damit wären auch die kommunalpolitischen Verquickungen im Zusammenhang mit den örtlichen Pflegeeinrichtungen, zum Teil sogar in der Trägerschaft der Prüfungsinstanz, beseitigt. Heime werden auch als Wirtschaftsunternehmen gesehen, so dass aus Marketinggründen gewisse Rücksichtnahmen nicht auszuschließen sind.

Stecken wir doch das Geld, das wir durch zu viele Prüfungen bei den Heimaufsichten und dem MDK verplempern bzw. zukünftig verplempern wollen, in mehr Personal. Dann kommt auch mehr Zuwendung für die BewohnerInnen zustande - und die Zufriedenheit bzw. die Ergebnisqualität steigt.“

Besonders wichtig erscheinen bei einer nachfolgenden Betrachtung der Pressemitteilung vom 03.08.2010 folgende – auch heute noch hochaktuelle – Ausführungen:

„Wenn mehr Prüfungen im Heimbereich politisch gewünscht werden sollten, dann würde es allein Sinn machen, die Heimträgerverantwortlichen, also die Führungsverantwortlichen, öfter mal auf Eignung und Befähigung zu kontrollieren und sie engmaschig bezüglich ihrer Fort- und Weiterbildung im Auge zu behalten und nicht ständig auf das ohnehin gebeutelte Pflegepersonal herum zu trampeln.

Pflegemängel treten fast ausnahmslos dort auf, wo es Defizite in der Führung gibt. »Der Fisch stinkt vom Kopf her«. Dieser Spruch, vielfach benutzt, bringt hier die Probleme auf den Punkt. Ziehen wir daraus einfach die richtigen Folgerungen!“

Nach all dem kann der Pflege-TÜV in der jetzigen Ausgestaltung nicht dazu geeignet erscheinen, eine Pflegeeinrichtung hinsichtlich ihrer Geeignetheit oder Leistungsfähigkeit zu bewerten und auszuwählen. Kenner der Heimpflege raten daher dazu, die Pflegenoten nicht wirklich als Qualitätshinweis anzusehen. Die Heimplatzsuche ist und bleibt eine schwierige Aufgabe mit großem Risikopotential.¹²¹

¹²¹ In einer Pressemitteilung vom 03.06.2011 – **Anlage 9** – wurden der Pflege-TÜV und die überwiegend skandalisierenden Medienberichte zur Pflege kritisiert. Der Tenor: „Pflegemängel – Mehr Pflegekräfte an die Pflegebetten – Strafanzeigen und Imagekampagnen helfen nicht weiter“

(10) **Auch die Kommunen sind zu verpflichten, endlich die seit Jahren geforderten Konzepte zur Entwicklung von Quartierskonzepten (im Rahmen einer kommunalen Daseinsvorsorge) zu planen und umzusetzen.** Denn bei realistischer Einschätzung der demografischen Entwicklung wird eine Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit im Rahmen der Pflegeversicherung als Teilleistung erhalten bleiben müssen (Vorschläge zur Gestaltung einer Pflegevollversicherung sind mehr als unrealistisch und können vernachlässigt werden¹²²), hinzu treten müssen aber die wohnortnahen Strukturen, die in vielfältiger Weise unterstützend / begleitend wirksam werden können.¹²³

Am 05.08.2013 informierten das Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) und die Friedrich-Ebert-Stiftung (FES) in einer Pressemitteilung über die **Anforderungen einer zukünftigen Pflegereform**.¹²⁴ In dem vorgelegten **Aktionsplan** wird u.a. ausgeführt:

„Die notwendige Sozialraumorientierung der Pflege erfordert, dass die Kommunen eine stärkere, die Infrastruktur steuernde Rolle übernehmen. Das erfordert ein Umdenken und eine ausreichende Finanzausstattung. ... **Die Zukunft der Pflege liegt im Quartier.** ...“

¹²² Vgl. u.a.: „Pflegevollversicherung – das Modell für die Zukunft – Langfassung des Gutachtens: Vollversicherung in der Pflege – Quantifizierung von Handlungsoptionen – von Prof. Dr. rer. Pol. M. Lünen, Osnabrück im Auftrag der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft ver.di“; Ausfertigung des Gutachtens liegt *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk* vor).

¹²³ Die "taz - die tageszeitung" berichtete in ihrer Wochenendausgabe vom 23./24.11.2013 über das Engagement von Dr. Jürgen Gohde und würdigte dabei auch ausführlich sein Auftreten beim Pflgetreff am 28.05.2013 in Neuss. Dr. Gohde tritt nachhaltig für die Entwicklung von Quartierskonzepten ein. Vgl. u.a. die Beiträge im Forum von *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk* >

<http://www.wernerschell.de/forum/neu/viewtopic.php?f=4&t=20041&hilit=taz>

Frau Prof. Rita Süßmuth, hielt am 29.08.2013 in der Frankfurter Paulskirche zum Jubiläum "20 Jahre Frankfurter Forum für Altenpflege: „Kommunale Qualitätsentwicklung in der Pflege“ eine Rede und führte u.a. aus, dass die Qualität der kommunalen Daseinsvorsorge mit der Stadtgesellschaft gemeinsam zu sichern sei. Süßmuths Grundbotschaft lautete: Kommunen haben im demografischen Wandel die Hauptaufgaben wahrzunehmen, „weil sie mit ihren Bürgerinnen und Bürgern etwas entwickelt haben, was zentralisierte Politik auf Bundesebene nicht leisten kann“. Die überschaubaren Gemeinden und Stadtteile, als Orte von Gemeinschaft, Nachbarschaft, Versorgung, Betreuung und Pflege haben eine eigene Kompetenz für Menschen.

Auch die Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e.V. hat in einem „BAGSO-Positionspapier zur Weiterentwicklung der Pflege“, vorgelegt am 10.04.2014, u.a. ausgeführt: „Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung kommt auf die Kommunen eine wachsende Verantwortung für die aktive Gestaltung der sozialen Infrastruktur zu.“

¹²⁴ Vgl. dazu die Hinweise (auch zum erstellten Aktionsplan) im Forum von *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk* unter folgender Adresse:

<http://www.wernerschell.de/forum/neu/viewtopic.php?f=5&t=13894&p=79180&hilit=Stebrisiko#p79180>

Dr. Jürgen Gohde, Präsident des KDA, hat sich in einem Gastbeitrag für die Ärzte Zeitung (am 17.03.2014) zur Pflegeversicherung geäußert und dabei u.a. erneut für die **Entwicklung von Quartierskonzepten in den Kommunen** geworben.¹²⁵

Die „**Kommunale Federführung als Grundprinzip**“ wird auch in einem Eckpunktpapier der AGP Sozialforschung an der Evangelischen Hochschule Freiburg vom Juni 2013 gefordert.¹²⁶

Zahlreiche Buchveröffentlichungen machen auf die Erfordernisse aufmerksam, die Kommunen stärker in die Organisation der Pflege einzubinden.¹²⁷

Im **Barmer GEK Pflegereport 2013** wird klargestellt, dass bei den Herausforderungen der nächsten Pflegereform die Notwendigkeit gesehen werden muss, die Kommunen stärker in die Organisation der Pflege einzubeziehen. Es wird dabei mit Rücksicht auf den lokalen Bezug der Altenhilfe von einer notwendigen Rekommunalisierung der Pflege gesprochen. Die gesetzliche Ausgestaltung diesbezüglicher Kompetenzen sollten laut Report mit Finanzierungskonzepten verbunden werden.

¹²⁵ Dr. h.c. Jürgen Gohde in einem Gastbeitrag zur Pflegeversicherung für die Ärzte Zeitung vom 17.03.2014: Happy Birthday, Modernisierungsbedarf! ... Es gibt kein Erkenntnisdefizit: Für die Zukunft der Pflege im Quartier sind vernetzte Versorgungsformen für Gesundheit, Teilhabe, Betreuung und Pflege erforderlich. Das Netzwerk SONG ("Soziales neu gestalten" - ein Zusammenschluss von verschiedenen Akteuren in der Sozialwirtschaft) hat empfohlen, dass sich soziale Leistungen verstärkt an den Prinzipien Subsidiarität und Solidarität und am Sozialraum orientieren. Vorgeschlagen wird eine neue Kultur des Miteinanders und der geteilten Verantwortung, um den Mix von Profis, Familien und Nachbarn vor Ort zu stärken. Eine nachhaltige Pflegereform braucht Investitionen in einen nationalen Aktionsplan, in dem die Gestaltungsfähigkeit der Kommunen durch klare Zuständigkeiten für eine gute Pflege vor Ort zurück gewonnen wird. Es geht um mehr als Geld. Die Pflege muss wieder zu einer gesamtgesellschaftlichen Aufgabe werden. ... Quelle - Auszug: <http://www.aerztezeitung.de/nl/?sid=856977&rub=pflege&n=3352> Die Ärzte Zeitung online hat am 17.04.2014 das Thema Quartierskonzepte erneut aufgegriffen und in einem Beitrag deutlich gemacht, dass solche Strukturen wichtig und unabdingbar sind. Näheres dazu unter folgenden Adressen: > <http://www.aerztezeitung.de/nl/?sid=859049&rub=pflege&n=3420> und <http://www.wernerschell.de/forum/neu/viewtopic.php?f=4&t=18314>

¹²⁶ Vgl. Eckpunktpapier „Strukturreform Pflege und Teilhabe“, verfasst von Rolf Hoberg, Thomas Klie und Gerd Künzel (Eckpunktpapier – Kurzfassung – liegt Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk vor).

¹²⁷ Winfried Kösters: „WENIGER – BUNTER – ÄLTER – Den demografischen Wandel aktiv gestalten. Olzog Verlag, München 2011; Thomas Klie „Wen kümmern die Alten? Auf dem Weg in eine sorgende Gesellschaft“. Pattloch Verlag, München 2014; Barmer GEK „Barmer GEK Pflegereport 2013, November 2013; Herbert Schubert, Sigrid Leitner, Katja Veil, Marina Vukoman: „Öffnung des Wohnquartiers für das Alter -Entwicklung einer kommunikativen Informationsinfrastruktur zur Überbrückung struktureller Lücken im Sozialraum.“ Verlag Sozial • Raum • Management; Köln 2014.

Prof. Thomas Klie fordert in seiner Buchveröffentlichung von Anfang 2014 „**Wen kümmern die Alten**“ eine Reform der Altenpflege und eine Umverteilung der Lasten. Denn die menschenwürdige Versorgung alter Menschen kann nach seiner Überzeugung nur gelingen, wenn alle Generationen und Gruppen der Gesellschaft Verantwortung übernehmen.

Im Blickpunkt des Buches von Schubert (u.a.) „**Öffnung des Wohnquartiers für das Alter**“ stehen ältere Menschen, die in ihrer privaten Lebensführung zurückgezogen leben, wenig in lokale Beziehungsnetzwerke involviert sind und die von Informationen und Angeboten der Altenhilfeträger bisher nicht erreicht werden. Dazu heißt es in einer Buchvorstellung: „Für diese Menschen wurde die Idee einer ´kommunikativen Informationsinfrastruktur` im Sozialraum des Wohnviertels und Stadtteils entwickelt. Mit dem Infrastrukturmodell soll vermieden werden, dass solche Personen unerkannt in Notsituationen geraten, aber auch sichergestellt werden, dass sie kontinuierlich über Gelegenheiten zur erfolgreichen Bewältigung ihrer Lebenssituation informiert werden.“

Winfried Kösters machte bereits 2011 in seinem den demografischen Wandel beschreibenden Buch „**WENIGER – BUNTER – ÄLTER**“ auf die längst überfälligen Handlungserfordernisse, auch im Rahmen der kommunalen Daseinsvorsorge, aufmerksam und beschrieb die vielfältigen Gestaltungsmöglichkeiten der Generationenpolitik. Dabei verwies er vielsagend auf Johann Wolfgang von Goethe, der schon wusste: „Es ist nicht genug zu wissen, man muss auch anwenden“. Anders formuliert:

**Es ist längst bekannt, was zu tun ist,
wir müssen es nur umsetzen.**

+++ Text und Ansprechpartner: +++

Werner Schell

Dozent für Pflegerecht und Vorstand von *Pflege - Selbsthilfenetzwerk*



Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk

ist nicht nur eine bundesweit aktive Interessenvertretung für hilfe- und pflegebedürftige Menschen, sondern

...

führt regelmäßig **Pflegetreffs** mit bundesweiter Ausrichtung durch,
ist **Kooperationspartner** der „**Aktion Saubere Hände**“,
ist Initiator bzw. Mitbegründer des **Quartierkonzeptes Neuss-Erfttal**,
ist Unterstützer von "**Bündnis für GUTE PFLEGE**",
ist Unterstützer der "**Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen**",
tritt für wirksame **Patientenrechte** und deren Durchsetzung ein,
unterstützt im Rahmen der Selbsthilfe Patienten mit **Schlaganfall** einschließlich deren Angehörige,
ist Mitgründer und Mitglied bei "**Runder Tisch Demenz**" (Neuss).

Anlage 1a:

CDU, CSU und SPD haben sich auf einen gemeinsamen Koalitionsvertrag mit dem Titel "Deutschlands Zukunft gestalten" verständigt. Die Parteivorsitzenden Angela Merkel (CDU), Horst Seehofer (CSU) und Sigmar Gabriel (SPD) haben diesen am 27. November 2013 in der Bundespressekonferenz in Berlin vorgestellt:

Deutschlands Zukunft gestalten

Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD

18. Legislaturperiode (Auszug)

Pflege

Pflege muss für alle Menschen, die auf sie angewiesen sind, bezahlbar bleiben. Wir wollen die Pflegebedürftigkeit besser anerkennen, um die Situation der Pflegebedürftigen, von Angehörigen und Menschen, die in der Pflege arbeiten, zu verbessern. Dazu wollen wir den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff auf der Grundlage der Empfehlungen des Expertenbeirates in dieser Legislaturperiode so schnell wie möglich einführen. Insbesondere Menschen mit Demenzerkrankungen sollen damit bessere und passgenauere Leistungen erhalten. Diejenigen, die heute Leistungen erhalten, werden durch die Einführung nicht schlechter gestellt. Für die Akzeptanz eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ist entscheidend, dass keine neuen Ungerechtigkeiten entstehen. Außerdem ist zu vermeiden, dass zu Lasten der Versichertengemeinschaft Kosten anderer Träger auf die Pflegeversicherung verlagert werden.

Wir wollen die mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff einhergehende Begutachtungssystematik auf ihre Umsetzbarkeit und Praktikabilität hin erproben und wissenschaftlich auswerten. Auf dieser Grundlage werden anschließend auch die leistungsrechtlichen Bestimmungen in dieser Legislaturperiode umgesetzt.

Die „Allianz für Menschen mit Demenz“ soll Betroffene unterstützen und das Verständnis und die Sensibilität für Demenzerkrankungen fördern. Dafür sollen bereits vorhandene Initiativen auf lokaler Ebene zusammengeführt, gebündelt und gemeinsam weiterentwickelt werden.

Pflege im Sozialraum braucht qualifizierte Dienste und Einrichtungen. Die Pflegearbeit der Angehörigen und Familien, engagierter Bürger und von Ehrenamtlichen soll durch qualifizierte Dienste und Einrichtungen professionell begleitet und ergänzt werden. Zur Stärkung der ambulanten Pflege werden wir die Leistungen im ambulanten und stationären Bereich weiter einander angleichen.

Bis zur Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs werden wir zügig vor allem die schon bestehenden Betreuungsleistungen weiter ausbauen und auf alle Pflegebedürftigen ausdehnen. Bei einem Schlüssel von einer Betreuungskraft auf 20 Pflegebedürftige werden so zum Beispiel in stationären Einrichtungen insgesamt bis zu 45 000 Betreuungskräfte tätig sein.

Weiterhin werden wir die Leistungen der Pflegeversicherung wie die Kurzzeit- und Verhinderungspflege, die Tages- und Nachtpflege sowie die unterschiedlichen Betreuungsformen auch durch die Einführung von Budgets besser und flexibler aufeinander abstimmen.

Im Sinne einer sozialräumlichen Pflege, werden wir die Zuschüsse für Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen oder die Anschubfinanzierung für ambulant betreute Wohnformen ausbauen.

Wir wollen, dass ältere und pflegebedürftige Menschen ihren Alltag in der eigenen Wohnung weitgehend selbstbestimmt bewältigen können. Die Entwicklung von Angeboten altersgerechter Begleitung und technischer Unterstützungssyste-

me wollen wir daher weiter fördern und sie in den Leistungskatalog der Pflegeversicherung aufnehmen.

Zu einer humanen Gesellschaft gehört das Sterben in Würde. Wir wollen die Hospize weiter unterstützen und die Versorgung mit Palliativmedizin ausbauen.

Wer einen anderen Menschen pflegt, braucht dafür Zeit und muss die Pflege mit dem Beruf vereinbaren können. Wir werden die Möglichkeiten des Pflegezeit- und Familienpflegezeitgesetzes unter einem Dach mit Rechtsanspruch zusammenführen und weiterentwickeln, um die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf besser zu unterstützen.

Die zehntägige Auszeit für Angehörige, die kurzfristig Zeit für die Organisation einer neuen Pflegesituation benötigen, werden wir aufbauend auf der geltenden gesetzlichen Regelung mit einer Lohnersatzleistung analog Kinderkrankengeld koppeln.

Die Hilfen zur Weiterführung des Haushalts wollen wir weiter ausbauen. Wir werden prüfen, ob die Anrechnung von Pflegezeiten in der Rentenversicherung verbessert werden kann.

In den Entscheidungsgremien des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen sollen künftig Vertreter der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen sowie der Pflegeberufe stimmberechtigt vertreten sein.

Wir prüfen die Schnittstellen zwischen SGB V und SGB XI im Hinblick auf die konsequente Umsetzung der Grundsätze ambulant vor stationär und Prävention vor Rehabilitation vor Pflege. Wir werden die Finanzierungsverantwortung dort verorten, wo der Nutzen entsteht, um Verschiebebahnhöfe zu beseitigen. Deshalb werden wir auch prüfen, ob die Pflegeversicherung sich an den Kosten der geriatrischen Rehabilitation beteiligen soll.

Gute Pflege setzt qualifiziertes und motiviertes Personal voraus. Wir setzen uns im Rahmen der rechtlichen Möglichkeiten für Personalmindeststandards im Pflegebereich ein und wollen die Pflegeberufe aufwerten. Dokumentationspflichten und Bürokratie müssen auf das Nötigste begrenzt werden.

Der Wechsel zwischen den Berufen in der Pflege muss erleichtert werden. Wir wollen die Pflegeausbildung reformieren, indem wir mit einem Pflegeberufegesetz ein einheitliches Berufsbild mit einer gemeinsamen Grundausbildung und einer darauf aufbauenden Spezialisierung für die Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege etablieren. Wir wollen die Ausbildungsangebote an staatlichen Berufsfachschulen stärken und die Ausbildung gerecht, einheitlich und gemeinsam finanzieren. Ziel sollte ein transparentes und durchlässiges Aus- und Weiterbildungssystem sein.

Wir prüfen ein verbindliches Verfahren zur Refinanzierung der Ausbildungskosten, um die Kostenbeteiligung aller Einrichtungsträger zu gewährleisten. Der dualen Ausbildung mit Ausbildungsbetrieb und Schule wird zukünftig eine zentrale Bedeutung zukommen.

Die Ausbildung muss für jeden Auszubildenden kostenfrei sein. Die Finanzbeteiligung der Länder an den Ausbildungskosten der Schulen muss auch weiterhin gewährleistet sein. Eine verbindliche und langfristige Regelung zur vollständigen Finanzierung der Ausbildungskosten bei Umschulungsmaßnahmen durch den Bund und die Länder sollte getroffen werden.

Wir wollen die Selbsthilfe-Arbeit, die Angebote der Pflegekassen, Pflegestützpunkte und andere vorhandene Unterstützungsfaktoren und Angebote der Pflegekassen zur Entlastung von pflegenden Angehörigen besser bündeln und vernetzen. Wir setzen uns für eine Weiterentwicklung des Pflegetelefons zu einem Notruftelefon „Pflege für Angehörige“ ein.

Um die Transparenz und Nutzerorientierung im Pflegebereich zu verbessern, müssen Qualitätssicherungsverfahren wissenschaftlichen Standards genügen und kontinuierlich – auch im Hinblick auf eine Entbürokratisierung und ein sektorenübergreifendes Vorgehen – weiterentwickelt und verbindlicher gestaltet werden. Die Pflege-Transparenzvereinbarung soll mit dem Ziel weiterentwickelt werden, die Qualitätsunterschiede der Einrichtungen für die Verbraucher in Zukunft deutlicher zu machen. Wir werden hier die Entscheidungsstrukturen der Selbstverwaltungspartner straffen und Blockademöglichkeiten reduzieren.

Wir werden das Verfahren der Veröffentlichung der Ergebnisse der durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. vorgenommenen Qualitätsprüfungen verbessern.

Pflege ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Deshalb haben die Kommunen und die Länder nach dem Pflegeversicherungsgesetz schon jetzt einen wichtigen Beitrag zu leisten.

Wir werden in einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe unter Leitung des Bundesministeriums für Gesundheit klären, wie die Rolle der Kommunen bei der Pflege noch weiter gestärkt und ausgebaut werden kann. Insbesondere soll geklärt werden, wie die Steuerungs- und Planungskompetenz für die regionale Pflegestruktur gestärkt werden kann. Im Zusammenwirken mit städteplanerischen Instrumenten sollen Sozialräume so entwickelt werden, dass pflegebedürftige Menschen so lange wie möglich in ihrem gewohnten Umfeld verbleiben können. Außerdem sollen Kommunen stärker in die Strukturen der Pflege verantwortlich eingebunden werden. Hierfür kommen aufgrund ihres hohen sozialräumlichen Bezugs aufsuchende und begleitende Pflegeberatung insbesondere in Pflegestützpunkten, Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Engagierte, die laufende Beratung der Empfänger von Pflegegeld sowie die Beteiligung bei der Leistungsgewährung für Infrastruktur fördernde Maßnahmen in Betracht.

Der paritätische Beitragssatz zur Pflegeversicherung wird spätestens zum 1. Januar 2015 um 0,3 Prozentpunkte erhöht. Aus dieser Erhöhung stehen die Einnahmen von 0,2 Prozentpunkten zur Finanzierung der vereinbarten kurzfristigen Leistungsverbesserungen, insbesondere für eine bessere Betreuung der Pflegebedürftigen sowie der für 2015 gesetzlich vorgesehenen Dynamisierung der Leistungen zur Verfügung. Die Einnahmen aus der weiteren Erhöhung um 0,1 Prozentpunkte werden zum Aufbau eines Pflegevorsorgefonds verwendet, der künftige Beitragssteigerungen abmildern soll. Dieser Fonds wird von der Bundesbank verwaltet.

In einem zweiten Schritt wird mit der Umsetzung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs der Beitrag um weitere 0,2 Prozentpunkte und damit insgesamt um 0,5 Prozentpunkte in dieser Legislaturperiode angehoben.

Quelle: <https://www.cdu.de/sites/default/files/media/dokumente/koalitionsvertrag.pdf>
Hier finden Sie den Koalitionsvertrag in voller Länge zum Download.

Anlage 1b:

Referentenentwurf für ein „Fünftes Gesetz zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch – Leistungsausweitung für Pflegebedürftige, Pflegevorsorgefonds (Fünftes SGB XI-Änderungsgesetz – 5. SGB XI-ÄndG)“ – Stand: 08.04.2014:

Wesentliche Inhalte des Entwurfs sind insbesondere folgende Regelungen:

- **Flexibilisierung und Ausbau von Leistungen zur Stabilisierung der häuslichen Pflege: Kurzzeit- und Verhinderungspflege, Tages- und Nachtpflege,**
- **Ausbau bestehender Betreuungsleistungen in der ambulanten Pflege und Einführung von Entlastungsleistungen zugunsten Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen,**
- **Ausdehnung der zusätzlichen Betreuungsangebote nach § 87b in stationären Pflegeeinrichtungen und Verbesserung der Betreuungsrelation,**
- **Einführung von neuen Entlastungsangeboten u.a. durch Ausbau der Hilfen zur Weiterführung des Haushalts,**
- **Über den für Betreuungs- und Entlastungsangebote vorgesehenen Betrag hinaus können Pflegebedürftige künftig auch den ihnen zustehenden ambulanten Sachleistungsbetrag zur Hälfte für niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote im Wege der Kostenerstattung flexibel nutzen (Umwidmung des halben Sachleistungsbudgets),**
- **Ausbau der Zuschüsse für Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen und Vereinfachungen der Antragsvoraussetzungen bei der Anschubfinanzierung für ambulant betreute Wohnformen,**
- **Dynamisierung der Leistungsbeträge,**
- **Aufbau eines Pflegevorsorgefonds.**

Quelle: Der Referentenentwurf wurde *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk* erst spät - auf gesonderte Anforderung - zur Verfügung gestellt. Die vom Bundesministerium für Gesundheit genannte Äußerungsfrist konnte daher nicht eingehalten werden. Eine Möglichkeit, an der vom Ministerium vorgesehenen Anhörung teilzunehmen, bestand ebenfalls nicht.

Anmerkung:

Die allgemeinen Erwartungen an eine „Pflegereform“, die diesen Namen verdient, kann der Referentenentwurf nicht erfüllen. Den von *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk* - und zahlreichen anderen Institutionen und Einzelpersonen - geäußerten und formulierten Erwartungen an die Auflösung des Pflegenotstandes werden die Vorschläge nicht gerecht. Denn nur mit mehr Pflegepersonal wird es eine bessere Pflege geben!

Die leistungsrechtlichen Regelungen werden durch den Referentenentwurf in ihrer differenzierten Darstellung weiter verkompliziert, so dass die Geltendmachung von Ansprüchen nach dem SGB

XI demnächst nur mit umfänglicher Beratungshilfe möglich sein wird.

Der weitere Ausbau des Einsatzes von zusätzlichen Betreuungskräften in § 87b SGB XI ist in der jetzigen Form ein Irrweg, der mit der erforderlichen qualitätsgesicherten Zuwendung für pflegebedürftige Menschen nichts zu tun hat. Es wird suggeriert, dass niedrighschwellige Qualifizierungen ausreichend seien, um vor allem die zunehmende Zahl der Menschen mit Demenz fachgerecht zu pflegen bzw. zu versorgen. Dass in der Fachwelt ein breiter Konsens bestehe, bei der Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs das zusätzliche Betreuungsangebot nach § 87b SGB XI zu erhalten und weiter auszubauen, ist eine Behauptung, die mit einer pflegewissenschaftlich abgesicherten Zuwendung gegenüber diesem Personenkreis zu tun hat. Betreuungskräfte sind als zusätzliche Unterstützung mehr als wünschenswert. Vorrang haben muss aber die auskömmliche Ausstattung der Pflegeeinrichtungen mit Pflegekräften.

Im Übrigen:

Wenn ohne Verbesserung der Stellenschlüssel für die Pflegekräfte mehr Betreuungskräfte eingestellt werden, verändert sich ohnehin im gesamten Personalgefüge der Einrichtungen die Fachkraftquote, die z.Zt. bei rd. 50% liegt, deutlich nach unten. Dies mag als Billiglösung willkommen sein, im Interesse einer guten pflegerischen Versorgung der pflegebedürftigen Menschen kann das aber nie und nimmer akzeptiert werden.

Anlage 2:



Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk

Unabhängige und gemeinnützige Initiative

Vorstand: Werner Schell – Harffer Straße 59 – 41469 Neuss

Tel.: 02131 / 150779 – E-Mail: ProPflege@wernerschell.de

Internet: <http://www.pro-pflege-selbsthilfenetzwerk.de>

Pressemitteilung vom 04.04.2010

Informationsschutz für ArbeitnehmerInnen durch Neufassung des § 612a BGB kann nachteilsfreies Beschwerdemanagement in den Pflegesystemen gewährleisten

Es gibt seit Jahren vielseitige Bemühungen, die Qualität in den Pflegesystemen zu verbessern und die MitarbeiterInnen in entsprechenden Einrichtungen (z.B. Krankenhäuser, ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen) zu motivieren, im Rahmen der geltenden Rechtsvorschriften Anregungen, Verbesserungsvorschläge und Beschwerden bezüglich festgestellter Mängel und Fehler im Betrieb, bei den zuständigen Behörden und auch in der Öffentlichkeit vorzutragen. Sie werden sogar von verschiedenen Seiten dazu ausdrücklich ermuntert, zu mehr Courage aufgefordert. Es wird in diesem Zusammenhang sogar behauptet, Pflegekräfte, die sich nicht deutlich zu Wort melden, hätten Mitschuld an den systemischen Unzulänglichkeiten.

Es ist aber bei Kennern der Szene bekannt, dass MitarbeiterInnen, die sich selbstbewusst zu Mängel, Fehlentwicklungen usw. äußern, schnell Nachteile erfahren. Dabei sind (fristlose) Kündigungen keine Seltenheit. Die dann in Anspruch genommenen Gerichte haben überwiegend zum Nachteil der MitarbeiterInnen entschieden.

Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk ist der Meinung, dass eine Neufassung des § 612a BGB eine gute Möglichkeit bieten würde, die MitarbeiterInnen in der Pflege zu ermuntern, sich zeitgerecht und ohne (wesentliche) Nachteile befürchten zu müssen, zur Qualitätsverbesserung mit geeigneten Hinweisen / Vorschlägen einzubringen. Der Text könnte wie folgt lauten:

§ 612a BGB – Anzeigerecht

(1) Ist ein Arbeitnehmer aufgrund konkreter Anhaltspunkte der Auffassung, dass im Betrieb oder bei einer betrieblichen Tätigkeit gesetzliche Pflichten verletzt werden, kann er sich an den Arbeitgeber oder eine zur innerbetrieblichen Klärung zuständigen Stelle wenden und Abhilfe verlangen. Kommt der Arbeitgeber dem Verlangen nach Abhilfe nicht oder nicht ausreichend nach, hat der Arbeitnehmer das Recht, sich an eine zuständige außerbetriebliche Stelle zu wenden.

(2) Ein vorheriges Verlangen nach Abhilfe ist nicht erforderlich, wenn dies dem Arbeitnehmer nicht zumutbar ist. Unzumutbar ist ein solches Verlangen stets, wenn der Arbeitnehmer aufgrund konkreter Anhaltspunkte der Auffassung ist, dass

1. aus dem Betrieb eine unmittelbare Gefahr für Leben oder Gesundheit von Menschen oder für die Umwelt droht,
2. der Arbeitgeber oder ein anderer Arbeitnehmer eine Straftat begangen hat,
3. eine Straftat geplant ist, durch deren Nichtanzeige er sich selbst der Strafverfolgung aussetzen würde,
4. eine innerbetriebliche Abhilfe nicht oder nicht ausreichend erfolgen wird.

3) Von den Absätzen 1 und 2 kann nicht zuungunsten des Arbeitnehmers abgewichen werden.

(4) Beschwerderechte des Arbeitnehmers nach anderen Rechtsvorschriften und die Rechte der Arbeitnehmervertretungen bleiben unberührt.

Eine solche Neufassung lässt sich wie folgt begründen:

Die seit Jahren beklagten Pflegemängel werden weder durch das 2008 reformierte SGB XI (mit den neuen Transparenzvereinbarungen und Bewertungssystemen – „Schulnoten“ für Pflegeeinrichtungen) und die neuen Länder-Heimgesetze (z.B. mit regelmäßigen unangemeldeten Heimprüfungen) noch durch das WBVG entscheidend vermindert werden können.

Daher müssen die MitarbeiterInnen der Pflegeeinrichtungen in die Verbesserung der Pflegesituationen verstärkt eingebunden werden. Beschwerden über organisatorische und personelle Unzulänglichkeiten in den Pflegeeinrichtungen müssen dadurch angeregt bzw. ermöglicht werden, indem die Mitteilungen über solche Zustände durch eine gesetzliche Vorschrift für die MitarbeiterInnen „nachteilsfrei“ gestellt werden (ähnlich dem § 17 Arbeitsschutzgesetz).

Es macht wenig Sinn, von den Pflegekräften stets und ständig engagiertes bzw. couragiertes Verhalten im Betrieb abzuverlangen, sie dann aber anschließend im Stich zu lassen. Es liegt auf der Hand, dass man den Pflegekräften Schutz zu bieten hat. Insoweit scheint der neugefasste § 612aBGB (oder eine entsprechende Vorschrift im WBVG) sehr hilfreich. Dabei wird natürlich nicht verkannt, dass auch eine solche Vorschrift nicht in allen Fällen verhindern kann, dass es gleichwohl Sanktionen gegen unliebsame ArbeitnehmerInnen geben wird. Aber die vorgeschlagene Neuregelung könnte dazu beitragen, eine neue Kultur des Hinschauens zu entwickeln.

Auch die Hauptversammlung des Marburger Bundes hat den Deutschen Bundestag anlässlich seiner Hauptversammlung am 07.11.2009 aufgefordert, für mehr Informationsfreiheit einzutreten, damit endlich der Schutz von Fehlermeldern (Whistleblowers) für das Gesundheitswesen gesetzlich festgeschrieben wird. Dies sei auch Voraussetzung dafür, dass die Idee des Critical Incident Reporting Systems (CIRS), also der Mitteilung von Beinahe-Schadensfällen, nachhaltig Fuß fassen kann. In einer Mitteilung des Marburger Bundes vom 07.11.2009 heißt es dazu:

„Die Beschäftigten im Gesundheitswesen dürfen keine arbeitsrechtlichen Folgen befürchten müssen, wenn sie Gefahren und Rechtsverstöße in ihrem Arbeitsbereich melden. Eine Novellierung des § 612a BGB zum Informationsschutz für Beschäftigte mit der Aufnahme eines Anzeigerechtes ist erforderlich.“

Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk ist am 04.04.2010 an die Bundesregierung herangetreten mit dem Antrag, mit Blick auf die vorgeschlagene Neuregelung des § 612a BGB eine Gesetzesinitiative zu beschließen und auf den parlamentarischen Weg zu geben.

Werner Schell, Dozent für Pflegerecht, Vorstand von **Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk**

Anlage 3

Alexander Frey
Rechtsanwalt
Riemerschmidstraße 41 – 80993 München

09.01.2014

An das
Bundesverfassungsgericht
Postfach 1771
76006 Karlsruhe

Verfassungsbeschwerde

von **Rechtsanwalt Alexander Frey, Riemerschmidstr. 41, 80993 München,**

wegen Verletzungen von Schutzpflichten der öffentlichen Gewalt gegenüber den Bewohnern von Pflegeheimen in der Bundesrepublik Deutschland auf Grund der weitgehenden Untätigkeit,

Rüge der Verletzung von Artikel 1 Absatz 1 Grundgesetz (GG), Recht auf Menschenwürde, Art. 1 Abs. 3 GG in Verbindung mit Art. 20 Abs. 3 GG, Art. 2 Abs. 1 GG, Recht auf Leben und körperliche Gesundheit, Art. 2 Abs. 2 Satz 2 GG, Freiheitsgrundrecht, sowie das allgemeine Persönlichkeitsrecht aus Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG.

Es wird beantragt:

1. Es wird festgestellt, dass die von der öffentlichen Gewalt zum Schutz der Pflegeheimbewohner in der BRD getroffenen Regelungen und Maßnahmen völlig unzulänglich sind, um deren Grundrechte zu schützen.
2. Das Gericht spricht folgende dringend gebotenen Anweisungen zur Verbesserung der Situation Pflegebedürftiger in Heimen aus:
 - a) Der Gesetzgeber verpflichtet jede Einrichtung mit einem objektiven Personalbemessungsverfahren den **tatsächlichen konkreten Pflegebedarf** von jedem einzelnen Bewohner festzustellen. Der Bedarf an psychologischer und psychosozialer Betreuung insbesondere von Demenzkranken ist zu berücksichtigen.
 - b) Ausgehend von diesem konkreten Bedarf ist ein Pflegeschlüssel festzusetzen, der eine menschenwürdige Pflege sichert (im Durchschnitt ist ein Pflegeschlüssel von 1:1,8 und eine Fachkraftquote von 70% derzeit angemessen). Die Versorgung der Bewohner durch Leiharbeiter und selbständiges Personal ist auf Notfälle zu begrenzen.
 - c) Der Gesetzgeber legt fest, dass für die Pflegebedürftigen eine bestimmte Anzahl von Pflegepersonen mit entsprechender Qualifizierung zur Sicherung einer menschenwürdigen Pflege **tatsächlich anwesend** sein muss.
 - d) Das Personal ist verpflichtet mit einem Barcode die Leistungen einzugeben, um zu überprüfen, wer welche Leistungen wann tatsächlich erbracht hat.
 - e) Es wird von staatlichen Stellen jedes Jahr lückenlos kontrolliert, ob das von den Kostenträgern an die Heimträger für Personal gezahlte Geld tatsächlich für angestelltes Personal ausgegeben wurde. Überschüsse sind zurück zu zahlen.
 - f) In jeder Einrichtung muss ein unabhängiger Arzt die Versorgung der Bewohner sichern und unnötige Einweisungen in Krankenhäuser verhindern. Auch die zahnärztliche Versorgung muss gewährleistet sein.
 - g) Qualitätsstandards z.B. für Decubitus- und Sturzprophylaxe sind so zu konkretisieren und für verpflichtend zu erklären, dass sie vor Gericht einen wirksamen Schutz bieten.
 - h) Die Kontrollorgane, Medizinischer Dienst der Krankenkassen (MDK), Heimaufsicht, Gesundheitsamt u.a., sind zu vereinheitlichen und mit wirksamen Sanktionsmöglichkeiten zu versehen. Die Kontrollen haben zu verschiedenen Tageszeiten, immer unangemeldet, zu erfolgen. Die Berichte des MDK und der Heimaufsicht sind auf einer bundesweit einheitlichen Webseite zu veröffentlichen; ein deutschlandweites Register, in dem festgestellte Missstände in Heimen eingetragen werden, ist bekannt zu geben. Gerichtsmedizinische Untersuchungen sind bei jedem Heimbewohner nach deren Tod durchzuführen.
 - i) Heim- und Angehörigenbeiräte werden gestärkt z.B. durch Mitspracherechte bei der Personaleinstellung und bei der Kontrolle der Finanzierung. Für Pflegeprobleme ausgebildete

- Staatsanwälte sind einzusetzen. Pflegekammern, Ombudsmänner, unabhängige Beschwerdestellen werden eingerichtet und – wenn nötig – finanziell unterstützt. Betreuer dürfen künftig nicht mehr als 40 Betreuungen führen, müssen den Betreuten mindestens einmal im Monat treffen und seinen Willen durchsetzen.
- j) Bei erheblichen Pflegemissständen ist es dem Personal nach Einhaltung des Dienstweges erlaubt, an Aufsichtsbehörden und Presse zu gehen (sog. „Whistleblowing“), wenn der Arbeitgeber die Missstände nicht abstellt.
 - k) Die Sicherheit in Pflegeheimen ist zu verbessern, z.B. ist die Sturzgefahr von Demenzzkranken von Treppen zu verhindern, konkrete Vorgaben für das Personal bei Bränden sind zu erstellen.
3. Der Gesetzgeber prüft in regelmäßigen Abständen, ob die ergriffenen Maßnahmen den Grundrechtsschutz der Bewohner sicherstellen.

Begründung:

Die Beschwerde wurde mit Unterstützung des Forum-Pflege-aktuell erstellt (siehe Flyer – Anlage 1 und SZ vom 06./07.09.2008 – Anlage 2). Die meisten Mitglieder haben oft über mehrere Jahre Angehörige gepflegt. Die Mutter des Sprechers des Forum Rolf Jorga ist bei einem Treppensturz in einem Heim der AWO ums Leben gekommen. Er war in der Einrichtung viele Jahre als Angehörigenbeirat tätig. Dr. Klaus Blumberg ist Mitarbeiter in einer unabhängigen Patientenberatungsstelle, er ist mit den Strukturen des Gesundheitswesens auf Grund seiner Berufserfahrung sehr gut vertraut. Brigitte Bührlen gründete die Stiftung WIR, sie setzt sich seit Jahren für die Rechte pflegender Angehöriger ein. Elisabeth Findeisen besucht seit langem, fast täglich, Heimbewohner in verschiedenen Einrichtungen, und kennt daher die Zustände besonders gut. Roswitha Hiefinger hat in München den Pflegestammtisch mitbegründet und hat bei der Unterstützung von Angehörigen schlimme Erfahrungen in Pflegeheimen gemacht. Frau Eva Ohlert-Wulschlegl hat als Altenpflegerin in einer Reihe von Einrichtungen gearbeitet und kennt daher deren strukturelle Probleme. Sonja Schlüchter ist Rechtsanwältin, die Betreuungen führt und Betreute in Heimen besucht; sie ist im Vorstand der Vereinigung Integrationsförderung in München, einem großen ambulanten Pflegedienst, der mit Missständen in Heimen konfrontiert ist. Der Beschwerdeführer ist als Rechtsanwalt seit vielen Jahren mit Missständen in Heimen befasst und hat zusammen mit seinen Mandanten immer wieder die Missstände angeprangert.

Aktivitäten vor der UNO zu Missständen in Pflegeheimen:

Im August 2001 wiesen Christiane Lüst, Mitglied der Menschenrechtsorganisation FIAN, und der Beschwerdeführer in dem Ausschuss für wirtschaftliche, kulturelle und soziale Rechte der Vereinten Nationen in Genf in der mündlichen Verhandlung auf die Pflegemängel hin. Von dem Ausschuss wurden **eilige Maßnahmen** zur Verbesserung der Situation gefordert.

Im Jahr 2011 zeigte sich der Ausschuss nach der mündlichen Anhörung von Christiane Lüst, Brigitte Bührlen, Sonja Schlüchter und dem Beschwerdeführer „**tief besorgt**“, da die Bundesrepublik „keine ausreichenden Maßnahmen unternommen hat, um die Situation älterer Menschen in Pflegeheimen zu verbessern“. Es erging unter anderem die Aufforderung, die finanziellen Mittel bereitzustellen, um Pflegepersonal auszubilden. Außerdem müssten die Heime gründlicher kontrolliert werden. In den Medien wurde bundesweit und über den Pressedienst der UNO weltweit berichtet (z.B. Weser Kurier vom 01.06.2011; Münchner Merkur (MM) vom 17.01.2002, Anlage 3; Spiegel 28/2011). Auf die Presseerklärung vom 25.05.2011 und den Parallelbericht zum Staatenbericht, der der UNO vorgelegt wurde, wird inhaltlich Bezug genommen (Anlage 4).

Ergänzend zu dem Bericht wird wie folgt Stellung genommen:

743.000 Pflegebedürftige werden vollstationär von 5.000 Heimträgern in 12.400 Einrichtungen versorgt (Pflegestatistik 2011 des Statistischen Bundesamtes).

50% der Bewohner sind über 85 Jahre, 175.593 über 90 Jahre alt, 39% haben Pflegestufe I, 41% Stufe II und 20% Pflegestufe III. Die ständig steigende Zahl der Demenzzkranken in Heimen liegt bei derzeit ca. 60%, in vielen Einrichtungen schon bei 80% (Welt - Alzheimerbericht 2013, in CareKonkret (CK) vom 04.11.2013). 28% der Bewohner, die meist multimorbide Krankheitsbilder aufweisen, sterben innerhalb eines Jahres nach Eintritt in das Heim, 19 % innerhalb von sechs

Monaten (BMFSFJ, 1. Bericht über die Situation der Heime von 2006, S. 108). Von Vertretern der Heimträger wird die durchschnittliche Länge des Aufenthalts mit einem halben Jahr angegeben (CK vom 26.06. und 20.07.2012).

Im stationären Bereich sind 621.392 Personen beschäftigt (Faktenspiegel Pflege der Krankenkasse BKK in CK vom 16.09.2011). 33% davon arbeitet Vollzeit (Bundesamt für Statistik, Pflegestatistik 2009, CK vom 04.03.2011). Die Zahl der Leiharbeiter und selbständig arbeitenden Kräfte steigt ständig (Studie der Bundesagentur für Arbeit, CK vom 13.12.2012). Für einen Bewohner mit Pflegestufe I sind mindestens 20 Minuten Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung vorgesehen, in Pflegestufe II 3 Stunden, in Pflegestufe III 5 Stunden, § 15 Sozialgesetzbuch XI. Bei einem Pflegegeschlüssel von 1:2,4 werden 24 Pflegebedürftige von 10 Pflegekräften in 3 Schichten an 7 Tagen gepflegt. Auf Grund von Krankheit, Urlaub usw. sind tatsächlich nur 60% der Planstellen besetzt (Christine Schmid, Die Pflegelüge, S. 109, Wiley, 2010). In 24 Stunden kann oft ein Bewohner nur 50 Minuten gepflegt werden (Stellungnahme von Werner Kollnitz, der 30 Jahre in der Pflege gearbeitet hat, Weser Kurier vom 14.08.2013) und es ist nur eine Kraft für 15 Pflegebedürftige vorhanden (Klaus Wingenfeld, Geschäftsführer des Instituts für Pflegewissenschaft, TAZ vom 04.06.2013). In einem Rechtsstreit vor dem Landgericht München I (Az: 24 O 16405/97, Urt. v. 16.10.1997) konnte der beklagte Mandant des Beschwerdeführers, der eine Aussage in dem Fernsehmagazin WISO zurücknehmen sollte, beweisen, dass täglich deutlich weniger als eine Stunde pro Person in der Einrichtung gepflegt wurde.

Eine Praktikantin teilt in einem Brief mit, dass sie sich bei der Heimleitung erfolglos beschwert habe, da sie allein über einen längeren Zeitraum für eine ganze Station zuständig war. Der Vertreter der Heimaufsicht, an den sie sich wandte, meinte, dass sie doch stolz sein solle, dass sie so viel Verantwortung übernehmen darf. Es gebe keine Regelungen, die festlegen, wieviel Personal tatsächlich auf der Station sein müsse.

Ein Mandant des Beschwerdeführers pflegte in einer Münchner Einrichtung seine Frau täglich von 12 Uhr bis 20 Uhr. Das Personal bestätigte, dass dies dringend erforderlich sei.

Nachdem in einer Einrichtung für 120 zum Teil schwerstpflegebedürftige Bewohner nur zwei Pflegekräfte eingesetzt wurden, schaltete der Beschwerdeführer die Heimaufsicht ein. Diese **bat** die Einrichtung eine dritte Kraft nachts zu beschäftigen. Kommentar des Heimleiters: „Dann ist halt tagsüber einer weniger da!“.

In einer kirchlichen Einrichtung waren nachts für 130 Pflegebedürftige nur zwei Nachtwachen vorhanden (Fussek/Schober, „Es ist genug“, Seite 205, Knaur, 2013).

Der Personalmangel führt zu einem immensen Arbeitspensum und daher zu extremer Zeitnot (Susanne Moritz, Staatliche Schutzpflichten gegenüber pflegebedürftigen Menschen, S. 57 f., Nomos, 2013 (Moritz); Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS), 3. Bericht, S. 66, 2012). Dadurch entsteht ein gegenüber dem Branchendurchschnitt deutlich überhöhter Krankenstand beim Personal (AOK Studie Bayern, Ärzteblatt vom 06.08.2012). 30% leiden an emotionaler Erschöpfung (Studie der TU Berlin, Ärzte-Zeitung vom 29.12.2011), die psychischen Erkrankungen sind gut 12% höher als im Durchschnitt aller Berufe (Mitteilung des Sozialministeriums Nordrhein-Westfalen, 01.10.2011). Die Studie des „Stressreport“ der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (CK vom 15.02.2013) und eine Studie zu den Arbeitsverhältnissen in Sozialunternehmen, im Auftrag der gewerkschaftsnahen Hans-Böckler-Stiftung (CK vom 26.04.2013) bestätigen, dass das Personal immer mehr mit „Zeitnot, Druck zur Kostenersparnis und Verdichtung der Arbeit“ konfrontiert ist und sich der Stress auf die Gesundheit des Personals negativ auswirkt (siehe auch Anyka Kelly, „Weil wir aufgehört haben Mensch zu sein“, Lagrant Verlag, 2013, die viele Jahre in Heimen gearbeitet hat).

Langes Stehen und schweres Heben sind die typischen Belastungen der Pflegeberufe, die die Anstrengungen im Baugewerbe übertreffen. Durchschnittlich bis zu zwei Stunden pro Schicht arbeiten Pflegekräfte in gebückter Haltung (Studie BGW - Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege und Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf, CK 13.07.2012).

Immer wieder berichten Pflegekräfte, dass sie gezwungen sind, Pflegedokumentationen zu fälschen. In einer Pressekonferenz, auf der mehrere Pflegekräfte die Fälschungen eingeräumt haben, wies der Beschwerdeführer darauf hin, dass die Vorlage von gefälschten Dokumentationen bei Gericht den Tatbestand des Betruges gegenüber den Pflege- und Sozialkassen und den Bewohnern

erfüllen kann („Betrug: Wer nicht mitmacht fliegt!“, TZ vom 15.03.2002; „Fälschung liegt im System“, MM vom 15.03.2002; „Pflegedokumentation im großen Stil gefälscht“, SZ vom 15.03.2002). Die Kontrollen der Aufsichtsbehörden, die sich zum Großteil auf die Richtigkeit der Dokumentation verlassen müssen, sind daher mit Zurückhaltung zu bewerten.

Auf einige Pflegemängel in deutschen Heimen soll nachfolgend näher eingegangen werden.

Versorgung mit Nahrung und Flüssigkeit:

Der 3. Qualitätsbericht des MDS (S. 27) geht davon aus, dass Personen mit Einschränkungen bei der selbständigen Ernährung nur zu 79,5% und Personen mit Einschränkung bei der Flüssigkeitszufuhr nur zu 82% ausreichend versorgt waren.

Christian Löser (Unter- und Mangelernährung, S. 239 ff., Thieme Verlag, 2011) geht auf die Schäden in Milliardenhöhe ein, die durch schlechte Ernährung in Heimen entstehen und schätzt die Mangelernährung bei Bewohnern auf 50% bis 80% ein (CK 10.08.2007 und Presseservice Thieme Verlag 13.03.2011).

Bestätigt wird die oft lebensbedrohliche Mangelernährung in einer Reihe von Erfahrungsberichten (Fussek/Schober, S. 31 ff.; Anette Dowideit, „Endstation Altenheim“, S. 38, Redline Verlag; Fussek/Loerzer, „Alt und Abgeschoben“, S. 47-62, Herder Verlag, 2005; Hildegard Hagen, „Verhungern auf Raten“, Verlag Haag und Herchen).

Im Jahr 2007 erhob der Küchenleiter des Caritas Altenheimes St. Gisela, Gräfelting bei München, Klage, da der Beklagte, der vom Beschwerdeführer vertreten wurde, behauptete, dass das Essen in der Einrichtung „ein Fraß“ sei. In der mündlichen Verhandlung vor dem Amtsgericht München musste der Küchenleiter einräumen, dass er nur 4,01 € für das Essen pro Bewohner am Tag zur Verfügung hat (Az: 172 C 2314/07). Dieser Betrag ermöglicht keine seniorengerechte frische Ernährung mit genügend Vitaminen, Eiweiß und Mineralstoffen. Die Behauptung wurde nicht zurückgenommen.

In dem Rechtsstreit vor dem Landgericht München I (Az: 28 O 8172/05), in dem es um die Kündigung der Mandantin des Beschwerdeführers ging, konnte die Kündigung abgewendet werden (siehe MM vom 08.08.2006, Anlage 5). Es wurden eine Reihe von Gutachten u.a. von dem Gerontopsychiater Rolf Hirsch, der sich seit Jahren mit dem Thema Gewalt in der Pflege auseinandersetzt, vorgelegt, die bestätigen, dass Getränke in kürzeren Abständen gereicht werden müssten. Dies ist bei der jetzigen Personaldecke meist nicht möglich. Die Filmaufnahmen, die die Pflege über mehrere Tage dokumentieren, und die ungenügende Flüssigkeitszufuhr bestätigen, können auf Wunsch vorgelegt werden.

Obwohl ein Gutachten von Robert Heinrich, Chefarzt des Krankenhauses Neuperlach, ergab, dass ein Bewohner in einer Münchner Einrichtung ausgetrocknet war, da er zu wenig Flüssigkeit erhalten hatte, wurde das Strafverfahren, das der Beschwerdeführer einleitete, eingestellt (siehe SZ vom 10.03.1999, Anlage 6).

Dem Beschwerdeführer wurde vor kurzem bestätigt, dass in einer Einrichtung die Versorgung zum Teil nicht mehr durch Helfen beim Essen, sondern aus Zeitmangel durch sogenannte „Futterspritzen“ sichergestellt wird. Das Legen von Magensonden, anstatt dem zeitaufwendigen Esseneingeben, ist in Pflegeheimen an der Tagesordnung.

Die Stellungnahme von Brigitte Bührlen vom 10.05.2011 auf Anfrage eines UN-Delegierten schildert den Zusammenhang zwischen den Rahmenbedingungen und den negativen Auswirkungen auf die Pflegestationen (siehe Anlage 7).

Vermeidung und Behandlung von Druckgeschwüren:

Mehrere Untersuchungen z.B. die Studie des Instituts für Pflege und Gesundheitsökonomie an der Hochschule Bremen (CK vom 16.7.2010) und die Untersuchung der Medical Data Institute GmbH bestätigen, dass Millionen Euro jährlich eingespart werden könnten, wenn eine fallgesteuerte Behandlung stattfinden und neue Behandlungsmethoden eingesetzt würden (CK vom 16.3.2012).

Nach dem 3. Qualitätsbericht des MDS entsprach die Wundversorgung nur bei 74,5% der Bewohner dem Qualitätsstandard für Dekubitusvorsorge. Die Anfertigung einer Wunddokumentation als Entscheidungsgrundlage für die notwendige künftige Behandlung erfolgte nur bei 63,7 % (S.49 ff).

In einer Reihe von Prozessen, in denen Mandanten Ansprüche wegen unsachgemäßer Behandlung von Druckgeschwüren geltend machten, stellte sich heraus, dass das Personal zwar allgemeine Pflegestandards kannte, jedoch auf Grund von Zeitmangel nicht auf den konkreten Fall eingegangen werden konnte.

In zivil- und strafrechtlichen Verfahren wurden Heimleiter und Personal wegen fehlender Dekubitusprophylaxe und falscher Behandlung zur Verantwortung gezogen (vgl. OLG Oldenburg, Urteil vom 14.10.1999 - 1 U 21/98; OLG Köln, Urteil vom 4.8.1999 - 5 U 19/99; OLG Karlsruhe, Beschluss vom 6.9.2004 -1 Sr 84/04, in dem ein Heimleiter zu einer Geldstrafe von 90 Tagessätzen verurteilt wurde).

Da Mitglieder des Forum-Pflege-aktuell feststellten, dass das überlastete Personal oft nicht die Zeit hat, die notwendigen Lagerungen durchzuführen und Behörden trotz eindringlicher Hinweise nicht reagierten, wurde ein Flugblatt zur Information erstellt, das bundesweit verbreitet wurde (Anlage 8).

Stürze in Pflegeheimen:

Nach dem 3. Qualitätsbericht des MDS wurden Prophylaxemaßnahmen gegen Stürze nur bei 71% der gefährdeten Bewohner durchgeführt (S.50ff).

Nach einer Studie des Instituts für Medizin/Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft des Charité sind 60% der Bewohner in Heimen sturzgefährdet (CK vom 11.02.2011). Es könnten 50% der Stürze bei regelmäßigem Gleichgewichtstraining vermieden werden (Studie von Leif Eric Walther, Schwindel und Stürze in höherem Lebensalter, Ärzteblatt Thüringen, S. 699ff, Ausgabe 12/2010). Millionen Euro könnten eingespart werden, wenn Heimbewohner besser geschützt würden (Studie des Geriatriers Clemens Becker, Robert Bosch Krankenhaus Stuttgart mit 60 000 Teilnehmern in 955 Heimen (SZ vom 17./18.7.2010).

2002 vertrat der Beschwerdeführer den Sohn einer verstorbenen Frau, die mehrfach aus dem Bett gefallen war und schwere Blutergüsse am Körper und im Gesicht erlitten hatte. Das Strafverfahren wurde eingestellt, obwohl die möglichen Maßnahmen z.B. das Absenken des Bettes nicht ergriffen wurden (AZ vom 18.06.2002).

Freiheitsentziehende Maßnahmen:

Andrea Berzlanovic stellte in einer von 1997 bis 2007 durchgeführten Studie fest, dass 22 Heimbewohner starben, weil sie nicht fachgerecht fixiert wurden (SZ vom 24./25.2.2007, Anlage 9; Berzlanovic, Ärzteblatt vom 20.01.2012).

Nach dem 3. Qualitätsbericht des MDS (S. 60) waren 20% der Heimbewohner von freiheitsentziehenden Maßnahmen betroffen, nur 88,8% waren gerichtlich genehmigt.

Das Landessozialgericht Baden-Württemberg bestätigte im einstweiligen Anordnungsverfahren (Az.: 2 SO 72/12 ER-B) den Beschluss des Sozialgerichts Freiburg, wonach der pflegebedürftigen Antragstellerin die Kosten einer nächtlichen Betreuung zugesprochen wurde, um damit eine Fixierung zu verhindern. Tatsächlich ist es auf Grund der Personalnot nicht möglich, dem Anspruch des Gerichts in Pflegeheimen gerecht zu werden.

In einem Rechtsstreit mit einer Einrichtung des AWO Wohnheims Oberschleißheim konnte eine rechtswidrige Fixierung von einer Mandantin des Beschwerdeführers nachgewiesen werden, noch offene Heimkosten mussten nicht bezahlt werden (Main Echo vom 25.11.2010, Anlage 10).

Medikamentöse Behandlung zur Ruhigstellung:

Immer wieder bestätigen Angehörige, dass im Blut von Bewohnern in Pflegeheimen Substanzen von Psychopharmaka gefunden wurden, die nicht vom Arzt verschrieben waren. 70% der Bewohner erhalten Psychopharmaka, meist ein Neuroleptikum, obwohl die Gesundheit gefährdet sein kann (Bernd Meißner, Chefarzt am Klinikum des Landesverbandes Westfalen-Lippe in Gütersloh, CK vom 25.10.2013; siehe auch Cornelia Stolze, „Vergiß Alzheimer“ ,S. 108, Kiepenhauer & Witsch, 2011). Die Folgen sind erhöhte Sturzneigung, Fehl- und Mangelernährung, ungenügende Flüssigkeitszufuhr und erhöhte Krankenhauseinweisungen (Pressemitteilung von Eugen Brysch, Vorstand der Deutschen Stiftung Patientenschutz vom 1.02.2013).

Der Vorstand des Pro-Pflege-Selbsthilfenetzwerks Werner Schell verweist in einer Pressemitteilung vom 7.10.2011 auf die ungenügende Versorgung mit Medikamenten in Heimen und auf die Gabe von Mitteln mit fraglichen Auswirkungen, die monatlich oft um die 5000 Euro Kosten verursachen. Der Missbrauch wird vielfach bestätigt (Markus Breitschdel, „Abgezockt und totgepflegt“, S.37 ff, Econ Verlag, 2005, der als Altenpfleger entsprechende Erfahrungen in verschiedenen Heimen gemacht hat; Ursula Biermann, „Der Alte stirbt ja sowieso“, S. 66ff, Herder, 2009, die die Strukturen des deutschen Gesundheitssystems, in dem alte Menschen nicht mehr angemessen versorgt werden, deutlich aufzeigt). Die Pharmakologin Petra Thürmann geht von fast 40% der Heimbewohner aus, die potentiell gefährliche Medikamente erhalten (Report Mainz, 9.08.2010). Bestätigt werden die Probleme in dem Film „Rechtlos und ausgeliefert? Schicksal Demenz“ von Silvia Matthies, gesendet bei ARD, 30.09.2013, Mediathek 2013; Anette Dowideit, „Wenn Pillen die Pflege ersetzen“, Welt am Sonntag, 25.03.2012; Pflege-Selbsthilfeverband, Seitenbetreiber Reinhard Leopold, der mehrere Beschwerden über Medikamenteneingaben ohne ärztliche Genehmigung erhalten hat. Die rechtswidrige Eingabe von Psychopharmaka zur Ruhigstellung ist eine Form der Fixierung, die den Tatbestand der Körperverletzung und Freiheitsberaubung erfüllt.

Besuchsverbote in Pflegeheimen:

Angehörige von Heimbewohnern, Freunde und Bekannte werden bei Kritik an der Pflege nicht selten mit einem Haus- und Besuchsverbot belegt. Mitglieder des Forum-Pflege-aktuell setzen sich seit Jahren dafür ein, dass die Verbote verhindert werden (siehe MM vom 4.06.2009, Anlage 11; TZ vom 20./21.12.2008; Straubinger Tagblatt vom 25.06.2004).

In Bayern dürfen - im Gegensatz zu den meisten anderen Bundesländern - Hausverbote nur noch ausgesprochen werden, wenn dies unerlässlich ist, um eine zumutbare Beeinträchtigung des Betriebes der stationären Einrichtung abzuwenden (Art. 5 Abs.5 Bayerisches Pflege- und Wohnqualitätsgesetz, Drucksache 15/10997, 3.7.2008). Entgegen dem klaren Wortlaut des Gesetzes gilt dies nach Meinung des Bayerischen Verwaltungsgerichts nicht, wenn ein Betreuer das Verbot ausspricht (M 17 K 10.287, 20.7.2011). Die Entscheidung wurde vom Bayerischen Verwaltungsgerichtshof bestätigt, Az.: 12 C 11. 1946, 10.1.2012). Eine verfassungsrechtliche Klärung konnte der Beschwerdeführer nicht herbeiführen, da der Lebensgefährte der Bewohnerin - der Kläger - auf Grund einer Erkrankung keine Besuche mehr machen konnte. Die Bewohnerin war auch auf Grund ihres Gesundheitszustandes zu einer Klage nicht in der Lage.

In einem vom BMFSFJ 2004 in Auftrag gegebenen Gutachten von Prof. Dr. Wolfram Höfling wird festgestellt, dass Art. 13 Abs.1 GG nicht nur die Wohnung als einen Ort der räumlichen Privatsphäre, „ sondern einen Ermöglichungsraum persönlicher - kommunikativer Entfaltung“ gewährleistet. Auch Art. 2 Abs.1 i.V. mit Art.1 Abs.1 GG und Art.6 GG sind betroffen. Da eine Gefährdungslage im Blick auf die strukturelle Ungleichgewichtslage zwischen Heimträger und Bewohner in der Regel anzunehmen ist, bestehen **Schutzansprüche gegenüber dem Staat**, wenn - wie hier - grundrechtliche Güter in Privatrechtsverhältnissen gefährdet werden.

Weitere Straftatbestände und Menschenrechtsverletzungen:

In sehr kurzen Abständen berichten Medien von Anklagen und Verurteilungen von Heimleitern und von Personal (SZ vom 21.11.2006, lebenslange Haft für einen Pfleger wegen 12-fachen Mordes und 15-fachen Totschlages; TZ vom 10.09.2007, „Pflegerin wirft Patientin 19-mal mit dem Rollstuhl um“; TZ vom 12./13.1.2008, „Altenpflegerin misshandelt 93-jährige; Ärztezeitung vom 19.08.2010, „Heimleiter wegen Misshandlung verurteilt“; Merkur-online vom 12.01.2011, „Haftstrafe für Augsburger Altenpfleger“; BR Nachrichten, 11.04.2013, 18-jähriger Praktikant hat eine 100 Jahre alte Frau erstickt, 3 Jahre Gefängnis; Tagesspiegel vom 28.08.2013, „Videobeweis aus Zimmer 212“, die Aufnahmen bestätigten die Misshandlung einer 84-jährigen Heimbewohnerin.

Tausendfach werden in deutschen Pflegeheimen täglich ohne Eingreifen der Aufsichtsbehörden die Tatbestände der Körperverletzung und Freiheitsberaubung erfüllt.

Pflegealltag ist das Einflößen von Essen und Trinken unter Zwang, unnötige Katheterisierung, nicht notwendiges Anlegen von Windelhosen, Liegenlassen im Kot und Urin, zu lange auf der Toilette warten lassen, zu kaltes oder zu heißes Wasser beim Baden, ungenügende Versorgung

mit Schmerzmitteln, siehe Einzelheiten bei Fussek/Loerzer, „Alt und abgeschoben“, S.32ff, Herder, 2005; Marco Schade, „Arschabwischen kostet extra“, www.ebookpassage.de, 2005, Berichte von Pflegern wie Breitscheidel und Kelly; Sascha M. Buchinger, Gewalt in stationären Einrichtungen der Altenhilfe - Ansätze sozialpädagogischer Prävention und Intervention, S. 31ff, Diplomarbeit FHS, Landshut 2003; Michael Mitze, Daniel Montanus, Gewalt gegen alte Menschen, S. 86ff, Diplomarbeit-Universität-Gesamtschule Siegen, 1999; Eva Ohlert-Wullschlegel in Bild vom 17.09.2007, die von Bewohnern berichtet, die auf vollgekoteten Klostühlen beim Mittagessen saßen (Anlage 12). Obwohl der Bundesgerichtshof festgestellt hat, dass eine Pflegekraft alles in ihren Kräften stehende tun muss, um die Gesundheit der Bewohner zu schützen (BGH, Az.: 2 W29/04), und die Missstände aber offensichtlich immer schlimmer werden, werden Schwerpunktstaatsanwaltschaften, die z.B. von dem Vorstand der Deutschen Hospizstiftung Eugen Brysch gefordert werden (CK vom 15.04.2010), abgelehnt. Obwohl Rolf Hirsch feststellt, dass bei 10% der Toten über 70 Jahre die Todesursache unklar ist (Westfälisches Volksblatt vom 1.10.2004), werden nur in wenigen Fällen gerichtsmedizinische Untersuchungen durchgeführt. (siehe SZ vom 6.12.2001; Sabine Rückert, „Tote haben keine Lobby“, S.185, Hofmann und Campe, 2000, die klarstellt, dass die Würde des Menschen auch das Recht auf die Aufklärung seiner Todesursache beinhaltet.

Die vielfachen Appelle verschiedener Organisationen bestätigen die Grundrechtsverletzungen: Auf Grund des Zusatzprotokolls zu dem Übereinkommen der Vereinten Nationen gegen Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe wurde eine unabhängige nationale Stelle zur Prävention von Folter und Misshandlung in Deutschland eingerichtet. Diese Antifolterstelle kontrolliert nun auch deutsche Pflegeheime (siehe Anette Dowideit in Die Welt vom 10.01.2013, Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 26.04.2013; Frankfurter Rundschau vom 12.06.2013).

Das Deutsche Institut für Menschenrechte hat immer wieder auf die untragbaren Zustände hingewiesen (siehe die Studie von Valentin Aichele/Jakob Schneider, 2006) und in einer Reihe von Veranstaltungen u.a. Mitglieder des Ausschusses für wirtschaftliche, kulturelle und soziale Rechte der UN und hochrangige Vertreter der im Bund zuständigen Ministerien eingeladen.

Die im Januar 2012 gegründete Behindertenrechtskonvention-Allianz mit 78 Organisationen (Sozialverbände, Selbsthilfeorganisationen, die Vereinigung Integrationsförderung und das Forum-Pflege-aktuell sind ebenfalls vertreten) begleitet die Staatenberichtsprüfung. Auf die unbefriedigende Situation im Pflegebereich, bei Zwangsunterbringungen und im Betreuungswesen u.a. wurde hingewiesen.

Der Bericht von Transparency International Deutschland e.V. vom 5.07.2013 von Barbara Stolterfohl und Anke Martiny, unter Mitwirkung von Brigitte Bührlen und Reinhard Leopold, beklagt die ungenügenden Kontrollmöglichkeiten für die Betroffenen in Heimen und sieht "jede Menge Möglichkeiten, die Abhängigkeit von Menschen mit Pflegebedarf auszubeuten" (Ärzteblatt vom 15.08.2013 und CK vom 30.08.2013). Auch die fehlende Kontrolle der Betreuer wird in der Studie, die eine breite Diskussion ausgelöst hat, kritisiert.

Aufsehen hat die Stellungnahme des Vorsitzenden der Gewerkschaft der Polizei Bundesverband Bernhard Witthaut erregt, der vor auf die große Zahl der strafrechtlich relevanten Misshandlungen von pflegebedürftigen Menschen hingewiesen hat. Es geht der Polizei in erster Linie um Präventionsmaßnahmen, um ältere Menschen als Opfer vor Kriminalität zu schützen (CK vom 1.2.2013). Es ist unerfreulich, dass die Polizei oft akkurat ermittelt und die Beweise liefert, das Verfahren bei der Staatsanwaltschaft aber trotz erheblicher Verdachtsmomente einstellt wird.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Krisentelefone, Beratungs-Beschwerdestellen mit bundesweit 15 Organisationen hat Tausende von Beschwerden schriftlich und mündlich erhalten. Der Sprecher Rolf Hirsch von „Handeln statt Misshandeln“ in Bonn, Gabriele Tammen-Parr, „Pflege in Not“, Berlin, Anke Buhl, „PflegeNottelefon Schleswig-Holstein“, die Vertreter der Vereinigung Integrationsförderung, des Forum-Pflege-aktuell und andere können die Probleme bestätigen.

VdK-Päsidentin Ulrike Mascher verweist auf die Dissertation von Susanne Moritz (MM vom 19.12.2013, Anlage 13) und fordert überfällige Reformen der Pflegeversicherung (siehe auch AZ vom 19.12.2013).

Der Deutsche Berufsverband der Pflegeberufe (DBfK) nimmt in einer Presseerklärung vom 19.07.2013 zu den Gesundheitsberichten u.a. der KKH Allianz Stellung, wonach die Krankenstände in den Pflegeberufen seit Jahren überproportional steigen.

Der Sozialverband NRW fordert mehr Personal in den Einrichtungen, da es Gewalt sei, wenn Pflegebedürftige künstlich ernährt werden, Windeln tragen und beruhigende Medikamente nehmen müssen, allein weil den Pflegekräften die Zeit für die bedarfsgerechte Betreuung beim Essen und Toilettengang fehlt (CK vom 2.03.2013).

Der Deutsche Pflegerat e.V., Bundesarbeitsgemeinschaft Pflege-und Hebammenwesen mit dem Präsidenten Andreas Westerfellhaus ist „**fassungslos**“, da seitens der Politik keine erkennbaren Schritte zur Lösung des Pflegenotstandes ergriffen werden (Presseerklärung vom 21.10.2010).

Der Vorstand von Pro Pflege- Selbsthilfenetz Werner Schell schätzt, dass nicht einmal 70% der gebotenen pflegerischen Verrichtungen abgedeckt werden (Pressemitteilung vom 9.06.2011).

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO) stellt fest, dass das deutsche Sozial-und Familienrecht den **Schutzbedarf nicht erfüllt** und **der Staat den Schutzpflichten**, die sich etwa aus Art. 3 der Europäischen Menschenrechtskonvention ergeben, bisher nicht gerecht wird (siehe Presseerklärung vom 1.10.2012).

Leonhard Stärk, Landesgeschäftsführer des Bayerischen Roten Kreuzes erklärt, dass der knappe Personalschlüssel unweigerlich bei oftmals überlastetem Personal zu Fehlern führe (SZ vom 1.11.2012).

Die Aussagen der oben genannten Organisationen zeigen, dass die Kontrollorgane die grundrechtsverletzenden Missstände nicht verhindern können.

Die Absurdität der Prüfungen des MDK zeigt ein Bericht in der AZ vom 26.08.2011, wonach 32 Einrichtungen in München mit Noten zwischen 1,0 und 1,5 bewertet wurden, 9 Einrichtungen hatten trotz der Missstände Noten zwischen 1,6 und 2,4. Es hat keine Konsequenzen, wenn eine Einrichtung bei der Dekubitus- und Sturzprophylaxe die Note 5 hat und daher Lebensgefahr für den Bewohner besteht. Auch eine Verschärfung der Noten im Jahr 2014 wird keine Verbesserung bringen (siehe SZ vom 26.08.2013, Anlage 14), allein schon deshalb, weil nur 10% der Bewohner überprüft werden (Christine Schmid, S.106, 107).

Eine Angehörige beschwerte sich in einer Einrichtung, da die neu gekaufte Wäsche regelmäßig verschwand und das Essen nicht seniorengerecht war. Der MDK teilte mit, dass die Note 1 für Beschwerdemanagement, die hier erteilt wurde, immer gegeben wird, wenn es schriftlich vorhanden ist, die Handhabung werde nicht geprüft. Die Einrichtung ist inzwischen bankrott. Die Heimaufsichtsbehörden greifen auf die Strukturqualitätskriterien der Heimpersonal und -

Heimmindestbauverordnungen zurück. Da die Expertenstandards nicht verbindlich sind, werden selten Sanktionen ausgesprochen. Die Schließung des Heimes scheidet fast immer aus, da für eine größere Anzahl von Bewohnern in kurzer Zeit keine andere Einrichtung gefunden werden kann (Anette Dowideit, S.109ff, 114; Fussek/Loerzer S.144ff, gehen ausführlich auf das Versagen der Aufsichtsbehörden ein).

Schutzpflichten des Staates:

Es kann auf die Dissertation von Susanne Moritz S.94ff verwiesen werden (siehe Darstellung der Arbeit in CK vom 3.1.14 mit Besprechung von Thomas Klie). Der Beschwerdeführer wird das Buch, das derzeit vergriffen ist - dem Gericht bei Erhalt zusenden.

Die aufgezeigten Missstände in Pflegeheimen sind von Gewaltanwendung, strafrechtlich relevantem Verhalten, von Vernachlässigung und institutionellen Zwängen bestimmt.

In deutschen Pflegeheimen wird der Mensch zum bloßen Objekt im Staat gemacht. (siehe BVerfG 9,89(95) und Valentin Aichele, Leiter der Monitoring-Stelle zur UN-BRK am Deutschen Institut für Menschenrechte, BtPrax 5/2010, S.199ff, wonach die Menschenrechte für alle gleich gelten). Ein Eingreifen des Gerichts ist hier notwendig, da die ergriffenen Schritte der staatlichen Gewalt evident völlig unzureichend sind und ein angemessener und wirksamer Schutz nicht gewährleistet ist (BVerfGE 88, 203,254ff; BVerfG, B. v. 27.04.1995, NJW 95, 2343).

Es besteht daher ein einklagbarer subjektiver Anspruch auf Vorgehen gegen gesetzgeberisches Unterlassen, der vor dem Verfassungsgericht geltend gemacht werden kann (siehe oben).

Beschwerdebefugnis:

Heimbewohner sind von den Missständen selbst, gegenwärtig und unmittelbar in den Grundrechten betroffen (BVerfG 109, 279, 305). Wenn einige Politiker und Interessenvertreter von Heimträgern behaupten, dass es auch gute Pflegeheime geben würde, so vergessen sie zu sagen, dass der Betrieb auch in diesen Einrichtungen am Tag notdürftig durch Angehörige und ehrenamtliche Helfer aufrecht erhalten wird und nachts für mehr als 60 Bewohner nur 2 Kräfte zur Verfügung stehen. Die Beschwerdebefugnis zum Verfassungsgericht darf nicht auf Heimbewohner beschränkt sein. Pflegebedürftigkeit kann jeden treffen, eine Heimeinweisung kann dann notwendig werden. Der Beschwerdeführer vertritt seit 1978 Heimbewohner, Angehörige, ehrenamtliche Helfer und Personal, er hat mehr als 1000 Beschwerdebriefe erhalten.

Es wurden mehr als 100 Prozesse geführt, in denen es um Unterlassung, Widerruf und Schadenersatzansprüche wegen kritischer Behauptungen zu Pflegemissständen oder um Minderung der Heimentgelte wegen ungenügender Pflege ging. Es wurden verwaltungs- und sozialrechtliche Streitigkeiten geführt, Strafanzeigen gegen Heimleiter und Personal erstellt, Petitionen erhoben, die zuständigen Minister eingeschaltet. Zu einer Klage vor dem Bundesverfassungsgericht nach Ausschöpfung des Rechtsweges ist es aus verschiedenen Gründen nie gekommen.

Ein Problem ist das Alter der Bewohner und ihre körperliche und geistige Gebrechlichkeit. Prozesse oft mit längeren Beweisaufnahmen, in denen Leitung und Personal belastet werden, sind ihnen nicht mehr zuzumuten. Die Länge der Verfahren verhindert einen effektiven Rechtsschutz (siehe Art. 19 IV; Rainer Ulbrich, Notizbuch, BR 2, 5.11.2008, wo auf die Schwierigkeiten Behinderter bei der Durchsetzung ihrer Rechte vor Gericht hingewiesen wird). Oft ist die Geschäftsfähigkeit des Bewohners fraglich. Dann ist streitig, ob ein Rechtsanwalt wirksam beauftragt werden kann.

Die meisten Bewohner sind mittellos (die Heimkosten steigen regelmäßig, Report der Barmer, Die Welt vom 19.12.2013), sie sind oft nicht in der Lage das Prozesskostenrisiko für eine meist unüberschaubare Anzahl von gerichtlichen Streitigkeiten gegen einen finanziell übermächtigen Gegner einzugehen.

Die Versuche des Beschwerdeführers, menschenwürdige Zustände durch Gerichtsentscheidungen zu erreichen, sind immer wieder gescheitert.

Mit einer einstweiligen Anordnung vor dem Bayerischen Verwaltungsgericht Regensburg wollte die Antragstellerin für eine Einrichtung in Pfarrkirchen erreichen, dass nachts immer ausgebildetes Personal anwesend sein sollte und die Dokumentationen zeitnah lückenlos geführt werden sollten. Hintergrund war u.a. der Vorwurf, dass zweimal Schenkelhalsbrüche der Bewohner nicht ordnungsgemäß versorgt wurden. Die Antragstellerin war eine damals 84-jährige Frau, die noch selbstständig im Wohnbereich leben konnte. Der Antrag musste zurückgezogen werden, da die Antragstellerin Briefe mit beleidigendem, diffamierendem und bedrohendem Inhalt bekam; es wurde Unrat vor die Türe geworfen, ihr Fahrrad wurde beschädigt. Die Sicherheit der Bewohnerin war nicht mehr gewährleistet. Da Angehörige und Personal zusammen arbeiteten (es wurden mehr als 10 eidesstattliche Versicherungen abgegeben) konnten unter dem Druck der Öffentlichkeit ein Wechsel der Heimleitung und andere Verbesserungen durchgesetzt werden (SZ vom 9.09.1993; AZ vom 6.04.1994).

Die Schikanen an kritischen Bewohnern werden von Angehörigen und ehrenamtlichen Helfern vielfach beschrieben.

Ein Betreuer, der sich für die Rechte eines Bewohners eingesetzt hatte, wurde von diesem gebeten, nichts mehr zu sagen, da er es sonst spüren würde (Fussek/Loerzer S.139; siehe auch Daphne Westling, „Der Schrei nach draußen“, Esch Verlag, S.48ff).

Auch der Beschwerdeführer, der eine Bewohnerin über Monate regelmäßig besuchte, hat eine Konfrontation vermieden und einen erheblichen Teil der Pflege selbst organisiert. Es gab oft Wassergriesbrei und Wasserkartoffelbrei, es musste daher Essen besorgt werden; ein Dienst wurde eingeschaltet, der die Bewohnerin regelmäßig an die frische Luft brachte.

Mitglieder des Angehörigenbeirates mit dessen Gründerin Brigitte Bühlen kritisierten im Jahr 2007 Missstände in der Einrichtung der Schwesternschaft München vom Bayerischen Roten Kreuz e.V. Sie waren u.a. mit der ungenügenden Besetzung nachts und mit der Versorgung der Demenzerkrankten

ken nicht einverstanden. Nach Mitteilungen an den MDK, die Heimaufsicht, den Bürgermeister, nach Petitionen an den Bayerischen Landtag und den Bundestag, nach Einschaltung der Staatsanwaltschaft und der Presse (SZ vom 13.07.07) wurde ein zeitweiliger Aufnahmestopp (150 Bewohner statt 170) von der Leitung freiwillig angeboten. Nachdem auch zivilrechtliche Streitigkeiten wegen Kürzungen der Heimentgelte geführt wurden, beliefen sich Anwalts- und Gerichtskosten auf mehr als 10.000 Euro. Eine menschenwürdige Pflege konnte auf Grund der strukturellen Probleme dennoch nicht erreicht werden.

Der Heimbewohner ist in der Regel nicht in der Lage, Pflegemissstände zu beweisen. Bei Pflegevorgängen ist meist nur eine Pflegekraft anwesend, die aber verständlicherweise nur selten bereit sein wird, sich und ihren Arbeitgeber zu belasten. Der Personalmangel, der zu unangemessener Pflege führt, kann nur durch Personalpläne, Dokumentationen, Aussagen von Personal und Angehörigen bewiesen werden. Ein Heimbewohner allein hat zu diesen Beweisen meist keinen Zugriff. Das Unterlassen der notwendigen Maßnahmen der öffentlichen Gewalt verletzt die Grundrechte der Bewohner, die sich selbst nicht helfen können. Es muss daher ein präventives Verfahren – auch junge Menschen können betroffen sein – möglich sein (Moritz S.212).

Sollte das Gericht der Meinung sein, dass die Beschwerdebefugnis fraglich ist, wird um rechtlichen Hinweis gebeten. Bei der Suche nach einem Heimleiter, der einer Klage positiv gegenübersteht, musste bedacht werden, dass auch er nicht verhindern kann, dass sein Personal die Pflege des Bewohners verschlechtert.

Ergänzende Begründung der Anträge:

Auf die Schreiben von Rolf Jorga vom 11.11.2010 an das Bayerische Sozialministerium und das Schreiben vom Dezember 2012 zu Sicherheitsfragen in Heimen wird zur Begründung der Anträge verwiesen; siehe auch MM vom 17.05.2010 (Anlage 15). Auf einer im Auftrag der Stiftung WIR zum Thema "Wie stellen wir uns die Pflege unserer Eltern und Angehörigen in Zukunft vor?", die von dem Humanwissenschaftlichen Zentrum der LMU München, der Hochschule für Angewandte Wissenschaft München und der Hochschule Coburg am 11.03.2013 in München durchgeführten Veranstaltung wurden weitere konkrete Vorschläge gemacht, die dem Gericht bei Bedarf vorgelegt werden können.

zu 2.a) Zu Recht weist der Vormundschaftsgerichtstag e.V. in einer Stellungnahme 1999 darauf hin, dass für eine qualifizierte Bemessungsgrundlage die Zuordnung zu Pflegestufen keine hinreichende Grundlage ist. Erforderlich ist ein differenziertes System zur Beschreibung des Hilfebedarfs, der sich hieraus ergebenden Anforderungen an die Qualifikation der Pflegekräfte sowie des erforderlichen Zeitaufwandes für eine **am Einzelfall** orientierte Pflege (Presseerklärung des Vormundschaftsgerichtstages vom 15.11.1999). Mehrere Verfahren z.B. PLAISIR© sind dazu geeignet (Pro Alter3, 2000, S.18; Pro Alter 3/2002, S.34; Ärzte Zeitung vom 6.07.2000).

2.b) Es ist unter Fachleuten unstrittig, dass der Pflegeschlüssel in Heimen deutlich verbessert werden muss, insbesondere muss die Zahl der Fachkräfte erhöht werden. Die zunehmende Zahl der Leiharbeiter und der selbständigen Pflegekräfte macht eine menschliche Bezugspflege unmöglich.

2.c) Der Schutz der Bewohner fordert die Festlegung einer bestimmten Zahl von **tatsächlich anwesendem Personal** für eine bestimmte Anzahl von Bewohnern in bestimmten Schichten. Die Zahl der angestellten Pfleger ist kein sicheres Zeichen für eine menschenwürdige Pflege.

2.d) Die Einführung des Barcodes ist notwendig, um zu klären, welche Pflegekraft wann welche Leistung tatsächlich erbracht hat. Es könnten Einsparungen der Arbeitszeit von 35% erzielt werden (siehe Dokumentations-System Eckard Ball, CK vom 22.1.2010).

2.e) Der rheinland-pfälzische Sozialminister Alexander Schweitzer (SPD) fordert, dass alle Heimbetreiber den Aufsichtsbehörden Bilanzen und Rechnungslegung zu offenbaren haben, die Sozialminister-Konferenz der Länder hat dem Vorschlag zugestimmt (CK, "Heuschrecken", 13.12.2013). Die Forderung wird von den Mitgliedern des Forum-Pflege-aktuell seit Jahren unterstützt (siehe Leserbriefe von Elisabeth Findeisen und Roswitha Hiefinger, Anlage 16). Schon seit Jahren wollen Krankenkassen die Wirtschaftlichkeit der Heime überprüfen (CH vom 14.08.2001). Da hier öffentliche Mittel eingesetzt werden, müsste eine Überprüfung selbstverständlich sein.

2.f) Nach einer Studie zu der ärztlichen Versorgung in Heimen, die von der Stiftung „Daheim im Heim“ in Auftrag gegeben wurde, ist die Versorgung „erschreckend“ (Dr.med.Mabuse, Juli/August 2006). Danach ist für 81% der Bewohner ein selbständiger Praxisbesuch unmöglich. Schon wegen

kleiner Eingriffe und Behandlungen werden Bewohner zum Arzt gefahren (Altenpfleger 4/2009); dies gilt sogar für Komapatienten, da Ärzte Heimbefuche verweigern (SZ vom 6.2.2009). Modelle des Lazarusheimes in Berlin und des Heimes an der Gravelottestraße der AWO in München zeigen, dass Einsparungen in Millionenhöhe durch weniger Krankentransporte und Krankenhauseinweisungen gemacht werden könnten, wenn für jede Einrichtung ein Arzt zuständig wäre (SZ vom 5.09.2000; SZ vom 10.12.2001; SZ vom 11.05.2009, in der der Sozialpolitische Sprecher der CSU Joachim Unterländer eindringlich eine bessere Versorgung von Bewohnern durch Heimbärzte fordert).

2.g) Die bisher aufgestellten Expertenstandards für Dekubitusprophylaxe u.a. müssen konkretisiert werden. Heimverträge, in denen nach „christlichem Weltbild“ oder „nach Gesetzeslage“ gepflegt wird, bieten keinen Schutz.

2.h) Von den Aufsichtsbehörden sollten Heimbewohner, Angehörige, ehrenamtliche Helfer und Personal - auf Wunsch anonym - vor der Kontrolle befragt werden. Eine gute Vorbereitung ist entscheidend. Es kommt nicht auf die Quantität, sondern auf die Qualität der Kontrollen an. Eine gerichtsmedizinische Untersuchung nach dem Tod eines Heimbewohners sollte zwingend sein (SZ vom 6.12.2001).

2.i) Seit Jahren wird kritisiert, dass Betreuer, die oft mehr als 60 Betreuungen führen, die Betreuten nicht regelmäßig besuchen und die Pflegeleistungen nicht kontrollieren (siehe MM vom 22.10.2009, Anlage 18; Spiegel 23,2012; SZ vom 23.07.2013). Vor kurzem erzählte ein Heimleiter dem Beschwerdeführer, dass ein Betreuer den Betreuten seit 13 Jahren nicht besucht habe. Eine Beschwerde bei dem Betreuungsgericht brachte keinen Erfolg.

2.j) Eine Berliner Altenpflegerin, die ihren Arbeitgeber wegen Pflegemängeln angezeigt hatte, bekam vor dem Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte bestätigt (EGMR NZA 2011, 1269, NJW 2011, 3501ff), dass die fristlose Kündigung rechtswidrig war. Ein angemessener Ausgleich zwischen der Notwendigkeit, den Ruf des Arbeitgebers zu schützen und dem Recht der Altenpflegerin auf freie Meinungsäußerung sei nicht hergestellt worden. Die mangelnde Unterstützung des Personals wird auch von dem Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) gerügt (Meldung des Forum Sozialstation vom 24.06.2013). Der Schutz der Bewohner muss im Mittelpunkt stehen (siehe Michael Müller, „Whistleblowing - Ein Kündigungsgrund“, NZA 8/2002,424ff). Pflegekräfte dürfen aber nicht zu Märtyrern werden. Die Unterstützung von Pflegekammern und anderen Organisationen ist daher wichtig.

2.k) 5 Jahre musste Rolf Jorga kämpfen und 2 Menschen mussten sterben, bis ein Sicherheitspfosten an der Treppe zum Schutz der demenzkranken Bewohner eingebaut wurde (siehe MM, Okt.2013, Anlage 19). Gespräche mit dem Landrat, dem Träger, der Baubehörde, 21 Presseberichte u.a. waren notwendig bis endlich gehandelt wurde. Da es Heimträger gibt, die die Bewohner nicht schützen wollen, muss es das Gericht tun.

Die Hilfsindustrie ist mit ca. 100 000 Niederlassungen und einem Umsatz von 115 Milliarden Euro (davon sind 2 Milliarden Spenden) die größte Branche Deutschlands (Stern, 8/2011, 96/97). 35% der Bundestagsabgeordneten hatten 2011 einen Vorstands- oder Leitungsposten in einem Hilfsunternehmen (siehe oben). Offensichtlich werden im Bundestag und in den Landtagen nicht mehr die Interessen der Bewohner, sondern eher die Interessen der Heimträger vertreten. Es muss daher die Aufgabe des Verfassungsgerichts sein, die Vernachlässigung der staatlichen Schutzpflichten zu rügen und die Grundrechte in Pflegeheimen für die Bewohner durchzusetzen.

Sollte das Gericht Zweifel an der Zulässigkeit oder der Begründetheit der Beschwerde haben, wird gebeten, dem Beschwerdeführer die Möglichkeit zu geben, weitere Beweise vorzulegen und weitere juristische Ausführungen zu machen.

gez. **Alexander Frey**

Rechtsanwalt ... ¹²⁸ (*Anlagen sind nicht angefügt*)

¹²⁸ Textvorstellung mit Genehmigung von RA Alexander Frey (06.04.2014). Der vollständige Beschwerdetext ist auch abrufbar unter folgender Adresse: http://www.pro-pflege-selbsthilfenetzwerk.de/Pressemitteilungen/Verfassungsbeschwerde_A_Frey_140109.pdf

Anlage 4:



Pro Pflege - Selbsthilfenetzwerk

**Unabhängige und gemeinnützige Interessenvertretung
für hilfe- und pflegebedürftige Menschen in Deutschland
Harffer Straße 59 - 41469 Neuss**

Neuss, den 30.10.2013

**An die
CDU, CSU und SPD
z.Hd. der Koalitions-Arbeitsgruppe „Gesundheit“ (und Pflege)**

Sehr geehrte Damen und Herren,

es besteht offensichtlich weitgehend Einvernehmen darüber, dass im Rahmen der Koalitionsverhandlungen **Eckpunkte für eine Pflegereform** abgesprochen werden (müssen).

Einigkeit besteht wahrscheinlich darin, den Pflegebedürftigkeitsbegriff neu zu gestalten, um damit die dementiell Erkrankten in den Kreis der Leistungsempfänger einzubeziehen (§§ 14, 15 SGB XI). Einigkeit wird es sicherlich auch geben, wenn es um die Stärkung der ambulanten Versorgungsstrukturen geht.

Die Geld- und Sachleistungen sollten unter Berücksichtigung der zurückliegenden Kaufkraftverluste angemessen erhöht werden (Inflationsausgleich). Im Übrigen sollten Leistungsausweitungen, ähnlich dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) nach dem Motto „kleines Taschengeld für alle“ vermieden werden. Leistungsverbesserungen müssen dort ansetzen, wo die Hilfe und Unterstützung besonders wichtig ist.

Besondere Aufmerksamkeit sollte auch geeigneten Vorgaben für neue kommunale Strukturen von Quartierskonzepten (im Rahmen der örtlichen Daseinsvorsorge) gewidmet werden. Offensichtlich erkennen die Kommunen nur vereinzelt und völlig unzureichend, was es angesichts der demografischen Entwicklung jetzt zu tun gilt.

Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk hatte bereits am **05.07.2011** für die seinerzeit angekündigte **Pflegereform** dem Deutschen Bundestag (bzw. dem Gesundheitsausschuss) umfangreiche **Vorschläge** unterbreitet. Darauf kann jetzt aus Gründen der Vereinfachung und zur Vermeidung von Wiederholungen Bezug genommen werden (Stellungnahme ist als pdf-Datei angefügt). Die Vorlage ist auch im Internet abrufbar unter folgender Adresse: <http://www.pro-pflege-selbsthilfenetzwerk.de/Aktuelles/EckpunkteUnionStatementBf05072011.pdf>

Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk erscheint es wichtig herauszustellen, dass der **Hauptknackpunkt einer Pflegereform** darin gesehen werden muss, neben der Veränderung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes den **Pflegenotstand aufzulösen**. Dazu haben wir in der o.a. Stellungnahme bereits nähere Ausführungen gemacht (beginnend ab Seite 9). Vereinfacht lässt sich sagen:

Ohne deutlich mehr Personal wird es keine bessere Pflege geben!

+++ **Dazu passend: Statement Werner Schell beim Niederrheinischen Pflegekongress am 25.09.2013:**

-> http://www.pro-pflege-selbsthilfenetzwerk.de/Videos/Werner_Schell_im_Interview.mp4 +++

Grundlagen für verbesserte Personalausstattungen sollten **Personalbemessungssysteme** (möglichst als Rechtsverordnungen) sein, so dass eine bedarfsgerechte Personalauszuordnung entsprechend den jeweiligen Pflegeanforderungen gewährleistet werden kann. Die zwischen den Verbänden ausgehandelten Stellenschlüssel sind völlig unzureichend (und weichen regional voneinander ab). Der § 75 SGB XI sollte dieserhalb grundlegend überarbeitet werden. - Im Übrigen gibt es für die Krankenhäuser überhaupt keine verbindlichen Stellenvorgaben (ähnlich der 1995 abgeschafften PPR).

Einer Stellenausweitung zur Gewährleistung einer verbesserten Zuwendung für pflegebedürftige Menschen und Patienten müssen natürlich auf Länderebene entsprechende Qualifizierungsmaßnahmen folgen. Die Tarifvertragsparteien sind ergänzend aufgerufen, schnellstmöglich verbesserte Arbeitsbedingungen, vor allem höhere Vergütungen, zu vereinbaren. - So kann auch die massive Anwerbung von Pflegekräften aus dem Ausland, meist ohne ausreichende Sprachkompetenz (für Demenzkranke mit verheerenden Auswirkungen) vermieden werden.

Ich bin gerne bereit, Ihnen kurzfristig nähere Begründungen zu der Auffassung zu übersenden, dass die Auflösung des Pflegenotstandes höchste Priorität haben sollte. Erst am 22.10.2013 hat es dazu von hier eine Pressemitteilung gegeben, die ich zunächst zu Ihrer Unterrichtung (unten) anfüge. Diese Veröffentlichung hat ein außergewöhnliches positives Echo gefunden.

Beim übernächsten großen **Pflegetreff in Neuss am 13.05.2014** wird der **Pflegenotstand** das alleinige Thema sein.

Für Ihre Bemühungen vielen Dank.

Mit freundlichen Grüßen

Werner Schell

Vorstand von Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk

Anlage 5:



Pressemitteilung

Hygiene hat mit Personalbemessung zu tun!

Berlin, 29. März 2014

Zu den gestern durch die Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DGKH) veröffentlichten Zahlen und Ursachen der Klinikinfektionen weist der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) auf den direkten Zusammenhang mit der Pflegepersonalbemessung hin. „DGKH-Präsident Exner wird in Bezug auf Pflegepersonal zitiert: ‚... überfordertes Personal vergesse schon mal das Händedesinfizieren.‘ Das kann so nicht stehenbleiben. Seit Jahren weisen Untersuchungen darauf hin, dass Pflegefachpersonal sogar konsequenter ist bei der Händedesinfektion als andere Berufsgruppen, beispielsweise Ärzte. Kenntnisse rund um Hygiene – und hier besonders die korrekte und fachgerechte Händedesinfektion – sind wesentlicher Bestandteil der Krankenpflegeausbildung. Hygiene hat im pflegerischen Handeln hohe Priorität. Das Problem der Händedesinfektion ist nicht, dass sie unter der hohen Arbeitsbelastung ‚vergessen‘ wird, sondern dass schlicht die Zeit fehlt, sie korrekt durchzuführen“, sagt DBfK-Referentin Johanna Knüppel. Zu einer korrekten, wirksamen Händedesinfektion gehöre nicht nur das gründliche Benetzen, sondern eben auch das Einhalten der Einwirkzeit von 30sec. Bei der hohen Zahl von Patienten, die eine Pflegefachperson während ihrer Schicht zu versorgen hat, summiere sich das vor allem auf Intensivstationen auf bis zu 2 Stunden Arbeitszeit. Die sei in der Personalbemessung aber nicht berücksichtigt, so die Referentin weiter.

Immer wieder schneiden deutsche Krankenhäuser im europäischen Vergleich, vor allem mit den Niederlanden, in Bezug auf Klinikinfektionen schlecht ab. Dafür gibt es viele Gründe. Zu den wesentlichen gehört, dass die Niederlande für die Bemessung von Pflegefachpersonal pro Patient einen deutlich günstigeren Schlüssel anwenden. Zudem werden dort infektiös erkrankte Patienten räumlich und auch personell konsequent isoliert, um das Übertragungsrisiko zu minimieren. Von einer solchen 1:1-Betreuung sind wir in deutschen Krankenhäusern weit entfernt. Auch durch Verschärfungen im Infektionsschutzgesetz und die Forderung nach mehr Kontrollen kann eine bessere Hygiene nicht in die Kliniken „hineinreguliert“ werden, solange man das Risiko Personalmangel ignoriert. Der Forderung der DGKH nach mehr Pflegefachpersonal zur Verbesserung der Hygiene schließt sich der DBfK deshalb uneingeschränkt an.

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (DBfK)
Alt-Moabit 91, 10559 Berlin
Tel.: 030-2191570
Fax: 030-21915777
dbfk@dbfk.de
www.dbfk.de

Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) ist die berufliche Interessenvertretung der Gesundheits- und Krankenpflege, der Altenpflege und der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege. Der DBfK ist deutsches Mitglied im International Council of Nurses (ICN) und Gründungsmitglied des Deutschen Pflegerates (DPR). Mehr Informationen über den Verband und seine internationalen und nationalen Netzwerke finden Sie auf der Homepage www.dbfk.de. Für Interviewwünsche oder weitere Informationen wenden Sie sich bitte per E-Mail an presse@dbfk.de oder rufen Sie uns unter 030-219157-0 an.

Mit freundlichen Grüßen

Johanna Knüppel | Referentin | Redaktion DBfK Aktuell | Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe - Bundesverband e.V.

www.dbfk.de | Alt-Moabit 91 | 10559 Berlin | Fon 030-219157-0 | Fax 030-219157-77 | Umsatzsteuer Id.Nr. DE 114235140

Anlage 6:



Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk

Unabhängige und gemeinnützige Initiative

Vorstand: Werner Schell – Harffer Straße 59 – 41469 Neuss

Tel.: 02131 / 150779 – E-Mail: ProPflege@wernerschell.de

Internet: <http://www.pro-pflege-selbsthilfenetzwerk.de>

Pressemitteilung vom 09.06.2011

Pflegenotstand - Pflegekräfte müssen pfleglich behandelt werden

Aus aktuellem Anlass äußerte sich Werner Schell, Vorstand von Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk, zum Thema wie folgt:

Einen Pflegenotstand haben wir seit Jahren. Wir müssen dabei unterscheiden zwischen Krankenhäusern und Heimen. In den Krankenhäusern wurden in den letzten 10 Jahren nachweislich über 50.000 Stellen abgebaut (trotz erhöhter Arbeitsbelastung). In den Heimen gibt es völlig unzureichende Stellenschlüssel, die in Personal umgerechnet, nicht einmal 70 % der gebotenen pflegerischen Verrichtungen abdecken. Es mangelt überall an Zuwendungsmöglichkeiten. Es muss folglich eine "Aufrüstung" geben, und zwar mit Blick auf den Ist-Zustand. Dazu erscheint die Schaffung eines bundeseinheitlichen Personalbemessungssystems geboten, das aufzeigt, in welchem Umfang Pflegepersonalstellen geschaffen werden müssen. Dann wäre mit einer Ausbildungs- und Einstellungskampagne zu beginnen. Wahrscheinlich müssten die Kranken- und Pflegekassen überwiegend mit den Ausbildungskosten belastet werden. Eine Imagekampagne usw. für die Pflege ist nicht nötig, denn das Ansehen der Pflegekräfte ist gut. Nur die Rahmenbedingungen, unter denen gearbeitet werden muss, stimmen nicht.

Die demografische Entwicklung wird für die Zukunft noch mehr Pflegekräfte erfordern. In diesem Zusammenhang wird nach marktwirtschaftlichen Gesichtspunkten eine Erhöhung der Vergütungen nicht vermeidbar sein. Solche Erhöhungen sind auch dem Wert der Pflege entsprechend längst überfällig. Das Herumbasteln an den Berufsgesetzen halte ich für überflüssig. Pflegewissenschaft ist zwar wichtig, aber die praktische Arbeit muss dominant sein. Das Anwerben von Fachkräften aus Osteuropa ist der falsche Weg. Wahrscheinlich haben auch einige Leute im Kopf, mit ausländischen Kräften die Billigpflege zu stabilisieren. In Osteuropa fehlen jetzt schon Pflegekräfte. Unter solchen Umständen in diesen Ländern Pflegepersonal anzuwerben, ist mehr als problematisch, auch inhuman diesen Gesellschaften gegenüber.

Pflegekräfte müssen pfleglich behandelt werden. Dann bleiben sie im Beruf und springen nicht nach wenigen Jahren kaputt, krank usw. ab.

Werner Schell - Dozent für Pflegerecht, Vorstand von *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk*

Anlage 7:



Vorsitzende: Brigitte Bührlen - Ickstattstr.9 - 80469 München
Telefon: 089 – 40907905 - Mobil: 0176 – 24432228 - Fax: 089 - 40907907
Mail: kontakt@wir-stiftung.org - <http://www.wir-stiftung.org>

Anforderungen an Pflegereform

Grundlagendefinition:

- **Definition des Begriffes „pflegende Angehörige“** - Sind es Blutsverwandte, Angeheiratete, Nachbarn, Freunde, Arbeitskollegen?
- **Definition des Begriffes „Familie“** in der heutigen Zeit der unterschiedlichsten Formen des Zusammenlebens. In welchen Familien sollen, wollen, können oder müssen (?) Menschen sich unter welchen Rahmenbedingungen **in Zukunft** pflegen und begleiten?
- **Arbeitsplatzbeschreibung** von „pflegenden Angehörigen“ - Sollen wir auch in Zukunft 24 Stunden 365 Tage im Jahr ehrenamtlich neben Beruf, Kindern, Partnerschaft, Alltagsbewältigung zur Verfügung stehen?
- **Definition der rechtlichen Grundlage**, auf der die Bevölkerung zu dieser ehrenamtlichen Sorge verpflichtet ist.
- **Definition der finanziellen Grundlage**, auf der die Bevölkerung auch künftig die häusliche Pflege bewältigen soll.

Künftige Erfordernisse:

Pflege muss ganzheitlich behandelt werden. Die von den Bürgern für Pflege aufgebrachten Mittel müssen in erster Linie für die Pflege am Menschen verwendet werden. Diejenigen Bürger und Berufsgruppen, die Pflege im ganzheitlichen Sinn erbringen, müssen dafür auch bezahlt werden.

Pflegende Angehörige benötigen:

- ein **persönliches Pflegebudget**,
- **flexible, situationsadäquate Pflege- und Unterstützungsdienstleistungen**,
- Beispielsweise bei Anruf in einer Zentrale schnelle zeitnahe Hilfe (wie bei Autopanne),
- **individuelle flexible Arbeitszeitmodelle**, die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege gewährleisten,
- **sozialräumliche familienergänzende bzw. -ersetzende Organisation** von Pflege und Begleitung pflegeabhängiger Menschen.

Begründung:

„Pflegerische Angehörige“ leisten ca. 4,9 Milliarden Stunden im Jahr Sorgearbeit. 2/3 leisten Frauen, 1/3 leisten Männer.

Das Arbeitsvolumen entspricht 3,2 Millionen Vollzeitarbeitsplätze mit Kosten von 44 Milliarden € pro Jahr.

Das entspricht dem 3-fachen der Kosten, die durch die Pflegeversicherung getragen werden (Quelle: G.M. Backes et al., Gender in der Pflege, Herausforderung für die Politik. Friedrich-Ebert-Stiftung 2008).

Vor dem Hintergrund dieser Zahlen, der demografischen Entwicklung und der Tatsache, dass häusliche Pflege künftig unter diesen Rahmenbedingungen nicht mehr geleistet werden kann, sehe ich dringenden Handlungsbedarf die Fragen der Sicherstellung von häuslicher Basispflege anzugehen.

Finanzierung:

Die zur Verteilung der für Pflege zur Verfügung stehenden Mittel muss neu diskutiert, verhandelt und geregelt werden. Es gilt zu klären, wie viel Geld in das Pflegesystem aus Solidar- und Privatgeldern fließt, was von diesen Geldern bezahlt wird und wer die Verwendung der Gelder kontrolliert.

Brigitte Bührlen

München, 02.02.2014

Anlage 8:

Ambulant vor Stationär braucht bessere Rahmenbedingungen

Pressemitteilung vom 18.12.2013

„Ambulant vor Stationär“ braucht bessere Rahmenbedingungen

Angesichts der Ergebnisse des heute veröffentlichten BARMER GEK Pflegereport 2013 fordert der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) bessere Rahmenbedingungen für die ambulanten Pflegedienste. „Die Ergebnisse zeigen, welche große Rolle die Dienste im System für die Versorgung pflegebedürftiger Menschen spielen. Der Trend hin zu professioneller Pflege verstärkt sich, die Zahl der Pflegebedürftigen wird wegen der demografischen Alterung weiter ansteigen. Umso dringender müssen bestehende Versorgungsstrukturen stabilisiert und zusätzliche geschaffen werden“, sagt DBfK-Referentin Amelie Jansen. „Die politische Maxime ‚ambulant vor stationär‘ wird bisher allerdings nur halbherzig verfolgt, ambulante Pflegedienste kämpfen seit Jahren mit der Benachteiligung im System und sind durch unzureichende Leistungsvergütung häufig in ihrer Existenz bedroht. Hier sind der neuen Regierung Hausaufgaben gestellt, damit die flächendeckende Versorgung nicht gefährdet wird“, so die Referentin weiter.

Der DBfK fordert deshalb:

- Leistungen bei Pflegebedürftigkeit müssen regelgebunden dynamisiert und dürfen nicht länger von der Kassenlage bestimmt werden. Der Kaufkraftverlust in der Pflegeversicherung führt seit Jahren nicht nur zu Leistungskürzung, sondern auch zu einem drastisch gestiegenen Eigenanteil des Versicherten. Immer mehr Menschen können sich das nicht leisten.
- Alle bedarfsgerecht erbrachten Leistungen sind zu vergüten, dazu gehören auch Organisations- und Präventionsleistungen sowie steigende Anforderungen an das Qualitätsmanagement.
- Geld muss der Leistung folgen und zwar unmittelbar. Die Verzögerungstaktik vieler Kassen von bis zu mehreren Monaten bringt Pflegedienste in Liquiditätsschwierigkeiten.
- Die Vergütung von Leistungen muss so ausgestaltet sein, dass Mitarbeiter angemessen und nach Tarif entlohnt werden können. Nur so sind attraktive Arbeitsplätze für Pflegefachpersonal in der häuslichen Pflege zu gewährleisten.
- Der heutige Bürokratie- und Prüfaufwand ist zugunsten von mehr Zeit für die unmittelbare Pflege deutlich zu reduzieren.
- Langwierige Genehmigungsverfahren sind zu beschleunigen.

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (DBfK)

Alt-Moabit 91, 10559 Berlin

Tel.: 030-2191570

Fax: 030-21915777

dbfk@dbfk.de

Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) ist die berufliche Interessenvertretung der Gesundheits- und Krankenpflege, der Altenpflege und der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege. Der DBfK ist deutsches Mitglied im International Council of Nurses (ICN) und Gründungsmitglied des Deutschen Pflegerates (DPR). Mehr Informationen über den Verband und seine internationalen und nationalen Netzwerke finden Sie auf der Homepage www.dbfk.de. Für Interviewwünsche oder weitere Informationen wenden Sie sich bitte per E-Mail an presse@dbfk.de oder rufen Sie uns unter 030-219157-0 an.

Quelle:

<http://www.dbfk.de/pressemitteilungen/wPages/index.php?action=showArticle&article=Ambulant-vor-Stationaer-braucht-bessere-Rahmenbedingungen.php&navid>

Anlage 9:



Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk

Unabhängige und gemeinnützige Initiative

Vorstand: Werner Schell – Harffer Straße 59 – 41469 Neuss

Tel.: 02131 / 150779 – E-Mail: ProPflege@wernerschell.de

Internet: <http://www.pro-pflege-selbsthilfenetzwerk.de>

Pressemitteilung vom 03.06.2011

Pflegemängel – Mehr Pflegekräfte an die Pflegebetten – Strafanzeigen und Imagekampagnen helfen nicht weiter

Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk hat sich, vertreten durch den Vorstand Werner Schell, vor allem 2010 in die Pflegemängelsituationen in Mönchengladbach eingeblendet und über die gewonnenen Erkenntnisse und gebotenen Folgerungen in den Medien informiert (Printmedien und TV, z.B. Aktuelle Stunde des WDR). Dabei konnte verdeutlicht werden, dass mit staatsanwaltlichen / strafrechtlichen Mitteln keine Befriedung in den Heimen zu erreichen ist. Auch ein Pflege-TÜV (mit Schulnoten), der im Wesentlichen auf die Dokumentation abstellt, ist ein untaugliches Mittel zur Reduzierung von Mängeln.

Es war daher zu erwarten, dass die seinerzeit von der Mönchengladbacher Staatsanwaltschaft weit über 30 eingeleiteten Ermittlungsverfahren zu nichts führen werden. Am 02.06.2011 konnte daher die Rheinische Post unter Berufung auf Erklärungen der Staatsanwaltschaft in Mönchengladbach darüber informieren, dass bislang in keinem einzigen Fall Anklage wegen Körperverletzung usw. erhoben werden konnte. Zahlreiche Ermittlungsverfahren wurden bereits eingestellt.

Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk hat daher in einer erneuten Zuschrift vom 02.06.2011 an die Staatsanwaltschaft in Mönchengladbach Veranlassung gesehen, u.a. folgende Hinweise zu geben:

„Die Mängel liegen im Kern in den völlig unzureichenden Pflege-Rahmenbedingungen begründet. Wir haben seit Jahren einen Pflegenotstand, der sich durch die demografische Entwicklung drastisch verschärfen wird. Daher gehören eigentlich nicht Pflegekräfte auf die Anklagebank, sondern die Politiker, die es bisher nicht zustande gebracht haben, für angemessene Pflegebedingungen zu sorgen und darüber hinaus Trägerverantwortliche, denen es in Einzelfällen offensichtlich an der Befähigung fehlt, die notwendigen personellen und organisatorischen Entscheidungen zu treffen. Daher habe ich auch wiederholt dafür plädiert, die Prüftätigkeit in den Pflegeeinrichtungen (Pflege-TÜV) in andere Bahnen zu lenken und vor allem allein auf die Lebens- und Ergebnisqualität abzustellen.“

In einer Erklärung vom 29.10.2010 wurde von Werner Schell, Vorstand von *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk*, bereits ausgeführt:

„Es ist mir deutlich vor Augen geführt worden, dass die beklagten Pflegesituationen fast ausschließlich mit den unzulänglichen Pflegerahmenbedingungen zu tun haben. Unzureichende Personalausstattungen in den Pflegeeinrichtungen (und Krankenhäusern) führen zwangsläufig zu Leistungseinschränkungen, die dann in unterschiedlicher Ausprägung zu Zurücknahmen bei der Zuwendung und auch zu nicht immer ausreichend sorgfältigen Verrichtungen führen. Und diese Situation ist nicht auf eine Stadt, eine Region, beschränkt, sie ist, weil systemisch bedingt, wohl bundesweit gegeben. Dabei können sich natürlich Unterschiedlichkeiten in der Ausprägung ergeben. Dort, wo z.B. die Führungskräfte ausreichend qualifiziert und hoch motiviert arbeiten, vielleicht auch eine große

Zahl ehrenamtliche HelferInnen mobilisieren können, mag es besser funktionieren. Aber alles in allem können wirklich gute oder gar sehr gute Pflegesituationen eigentlich nirgendwo garantiert werden.

Da 'Mönchengladbach überall ist' (oder sein kann) sehe ich die dringende Notwendigkeit, auf die politisch Verantwortlichen einzuwirken, unser Pflegesystem grundlegend zu reformieren, vor allem an einigen entscheidenden Eckpunkten Veränderungen per Gesetz vorzugeben."

Aufgrund der gemachten Erfahrungen wurde vom Vorstand von *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk*, Werner Schell, inzwischen ein Buch mit dem Titel "100 Fragen zum Umgang mit Mängeln in Pflegeeinrichtungen" verfasst (Kunz Verlag, Buchreihe der Schlüterschen, Hannover; ISBN 978-3-89993-767-1). Es zeigt insbesondere für die Pflegekräfte auf, wie sie korrekt und ohne persönliche Nachteile mit unguten Pflegesituationen umgehen sollten. Weil es um eine komplexe Materie geht, informiert das Buch über die Grundsätze des Patienten-, Pflege-, Haftungs- und Beschwerderechts.

Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk bereitet im Übrigen als Interessenvertretung der pflegebedürftigen Menschen eine Stellungnahme zur überfälligen Pflegereform vor. Denn nach Überzeugung von Pro Pflege - Selbsthilfenetzwerk liegt der Knackpunkt der wesentlichen Beanstandungen im Pflegebereich in der völlig unzureichenden Stellendotierung. Darauf macht die Interessenvertretung seit Jahren in aller Deutlichkeit aufmerksam.

Imagekampagnen für die Pflege sind nach Auffassung von *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk* allein deshalb entbehrlich, weil Pflegekräfte in der Bevölkerung bereits hohes Ansehen genießen. Die damit zum Ausdruck gebrachte Wertschätzung und Anerkennung pflegerischer Arbeit muss endlich auch Niederschlag finden in einer deutlichen Verbesserung der Stellenschlüssel und sonstigen Arbeitsbedingungen.

Werner Schell

Dozent für Pflegerecht, Vorstand von *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk*