

Referat zur Thematik:

**Situation und Perspektiven zukünftiger Altenhilfe -
Bestandsaufnahme und Ausblick**

auf der

Zweiten sozialpolitische Tagung der LINKE. Fraktion im Hessischen Landtag

am

29.08.2009

in Frankfurt am Main

LAG Gesundheit & Soziales Hessen

Inhalt:

Seite 3	1. Bestandsaufnahme
Seite 3	1.1 Daten zur Pflegebedürftigkeit
Seite 4	1.2 Daten zum beruflichen Pflegepersonal
Seite 4	2. Zur Situation der Pflegenden
Seite 4	2.1 Beruflich Pflegende
Seite 6	2.1.1 Im Spannungsfeld zwischen Theorie und Praxis
Seite 8	2.2 Hartz IV und Altenpflege
Seite 10	2.3 Privat Pflegende
Seite 11	3. Zur Situation der Pflegebedürftigen
Seite 11	3.1 Mangelhafte körperliche Versorgung
Seite 12	3.2 Freiheitsentzug und Fremdbestimmtheit
Seite 14	4. Solidarische Bürgerversicherung
Seite 15	5. Ausblick
Seite 17	Quellen

Situation und Perspektiven zukünftiger Altenhilfe - Bestandsaufnahme und Ausblick

1. Bestandsaufnahme

1.1 Daten zur Pflegebedürftigkeit

Die folgenden Daten beruhen auf Leistungen im Sinne des SGB XI und sind der Pflegestatistik 2007 des Statistischen Bundesamtes zu entnehmen. Es wurden ausschließlich die pflegebedürftigen Menschen erhoben, die im Jahre 2007 Leistungen von der Pflegeversicherung in Anspruch genommen haben. Es ist aufgrund des hohen bürokratischen Aufwands zur Überprüfung von Pflegebedürftigkeit, aufgrund der großen Hemmschwellen für die betroffenen Menschen entsprechende Anträge zu stellen, von einer höheren Anzahl pflegebedürftiger Menschen auszugehen.

Im Jahre 2007 waren laut Statistischem Bundesamt (2008) 2,25 Millionen Menschen pflegebedürftig. Dabei waren 68 % der Pflegebedürftigen weiblich. Von allen Pflegebedürftigen wurden 709000 (32 %) stationär in Pflegeheimen versorgt. Davon erhielten 671000 vollstationäre Dauerpflege, 15000 Kurzzeitpflege und 23000 Pflegebedürftige erhielten Tagespflege. 1,54 Millionen Pflegebedürftige wurden zu Hause versorgt. Davon unterstützend durch ambulante Pflegedienste 504000. 1,033 Millionen Pflegebedürftige bekamen ausschließlich Pflegegeld, das heißt sie wurden ohne jede professionelle Unterstützung in der eigenen Häuslichkeit gepflegt. Offiziell wird diese Gruppe überwiegend von Angehörigen gepflegt. Wie viel hiervon durch osteuropäische Frauen und Männer gepflegt wurden ist unbekannt. Die Anzahl osteuropäischer Pflegehilfskräfte in bundesdeutschen Haushalten dürfte jedoch nach Beobachtung von Insidern beträchtlich sein.

1.2 Daten zum beruflichen Pflegepersonal

In den bundesdeutschen Pflegeheimen waren im Jahre 2007 insgesamt 574000 Menschen beschäftigt, davon waren 85 % weiblich. Ca. 393.000 (69 %) waren in dem Bereich Pflege und Betreuung tätig. 100.000 im Bereich der Hauswirtschaft. Der Rest verteilt sich auf die Bereiche Verwaltung, Haustechnik, sowie im geringen Umfang von 22405 Beschäftigten auf die soziale Betreuung. Es hat also eine beschäftigte Person ca. 31 Pflegebedürftige sozial betreut. Es haben 393.000 Pflegekräfte mit Hilfe des übrigen Personals 709.000 pflegebedürftige Menschen in bundesdeutschen Pflegeheimen versorgt. Zu beachten ist hierbei, dass lediglich 35% des gesamten Personals in Vollzeit beschäftigt war.

In der ambulanten Pflege waren im Jahre 2007 insgesamt 236000 Menschen beschäftigt, davon waren 88% Frauen. Bei 69% der Beschäftigten lag der Tätigkeitsschwerpunkt in der grundpflegerischen Versorgung. Auch in der ambulanten Pflege waren nur 26% in Vollzeit beschäftigt. Es haben demnach 162800 Beschäftigte 504000 Pflegebedürftige grundpflegerisch versorgt.

2. Zur Situation der Pflegenden

2.1 Beruflich Pflegende

Altenpflege ist unter den heutigen Arbeitsbedingungen körperlich schwere Akkordarbeit und zudem psychisch belastend. Die zur Verfügung stehende Pflegezeit ist stark begrenzt und steht jederzeit unter dem Wirtschaftlichkeitsgebot des SGB XI und den finanziellen Interessen der Arbeitgeber. Dies hat seine Auswirkungen auf den Gesundheitszustand der Beschäftigten.

In einer Reihe unterschiedlicher Untersuchungen hat sich gezeigt, dass der Gesundheitszustand von Altenpfleger/innen im Vergleich zum Durchschnitt der berufstätigen Bevölkerung deutlich

schlechter ist. Insbesondere folgende Angabe der Studie „Gesundheitsreport 2003 - Altenpflege“ verweist auf die überdurchschnittliche Belastung, die berufliche Altenpflege mit sich bringt: „Altenpfleger/innen leiden erheblich stärker als die Vergleichsbevölkerung unter psychosomatischen Beschwerden (44,3 % über dem Durchschnitt).“ (Berger; Nolting; Genz 2003: S.14)

Ebenso kommt es häufig zu Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems bei beruflich Pflegenden.

In der „Freiburger Wirbelsäulenstudie“ berichteten 87 % der befragten 3340 Pflegekräfte, solche Beschwerden schon mindestens einmal in ihrem Leben gehabt zu haben. Dieser Anteil ist deutlich höher als in der Vergleichsgruppe (1700 Büroangestellte), in der er bei 67 % lag [...] Schon in der Ausbildung treten Rückenschmerzen mit Hinweisen auf eine Bandscheibenschädigung (Lumboischialgien) sehr früh auf, wie der längsschnittliche Befragungsteil der ‚Freiburger Wirbelsäulenstudie‘ zeigt. Die Anfangsrate von 5,6 % im ersten Ausbildungsjahr (n=337) hat sich hier im dritten Berufsjahr (n=147) fast verfünffacht.“ (Michaelis 2005: S.264)

Diesen Daten entsprechend verweist auch die jüngere Studie „Gesundheitsreport 2003 - Altenpflege“ darauf, dass „die Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems [...] seit Jahren an der Spitze aller Analysen des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens“ (Berger; Nolting; Genz 2003: S.75) der Pflegekräfte innerhalb der stationären Altenpflege stehen. „Dies entspricht einem Anteil von 25 % am gesamten Krankenstand.“ (Berger; Nolting; Genz 2003: S.75)

Vom Pflegepersonal können (soweit vorhanden) gesundheitsschonende Pflegehilfsmittel (z.B. Lifter, Pflegebett, etc.) eingesetzt werden, doch auch hier wird die budgetierte Pflegezeit zum schwerwiegenden Hindernis, denn „mehr als die Hälfte der Befragten in Altenheimen geben an, aufgrund von Zeitdruck Hebehilfen nicht einzusetzen.“ (Berger; Nolting; Genz 2003: S.47)

Grundproblem bundesdeutscher Altenpflege ist die mangelnde Zeit des Pflegepersonals. Im Gegensatz hierzu konstruiert der administrative Rahmen bundesdeutscher Altenhilfe ein humanistisch wirkendes Bild und schafft zusätzliche Konfliktfelder für das Personal.

2.1.1 Im Spannungsfeld zwischen Theorie und Praxis

Dort, wo Pflegebedürftigkeit als irreversibel erkannt wird, was angesichts der Definition von Pflegebedürftigkeit nach SGB XI §14 (1) im Kontext von beruflicher Altenpflege in der Regel anzutreffen ist, soll die Lebensqualität und die Selbstbestimmung der pflegebedürftigen Menschen erhalten und gefördert werden.

Ganz in diesem Sinne heißt es z.B. in dem Rahmenvertrag über die vollstationäre Versorgung gemäß § 75 Abs.1 SGB XI für das Land Hessen vom 14.10.2005 für die soziale Betreuung von BewohnerInnen zwischen den Trägern und den Pflegekassen:

„Die Leistungen der sozialen Betreuung unterstützen die pflegebedürftigen Menschen bei der persönlichen Lebensführung und der Gestaltung des Wohn- und Lebensumfeldes nach ihren eigenen Vorstellungen und Bedürfnissen [...] Die Leistungen sind auch auf pflegebedürftige Menschen mit Demenzerkrankungen abzustimmen. Den Besonderheiten kultureller und religiöser Prägung ist Rechnung zu tragen. Die soziale Betreuung wird systematisch geplant, durchgeführt und evaluiert. Die soziale Betreuung umfasst insbesondere: - Erhalt und Förderung von Selbstbestimmung.“ (Hessische Schiedsstelle 2005: S.5f)

Eine solche vertraglich festgeschriebene Formulierung geht von einem plan- und umsetzbaren selbst bestimmten Leben der pflegebedürftigen Menschen in der stationären Altenpflege aus. Von den einzelnen Pflegekräften wird erwartet, die Verantwortung zu übernehmen für eine zu optimierende Lebensqualität aller zu Pflegenden. Solche Festschreibungen neigen zu einer harmonischen Konstruktion der Altenpflege und setzen die beruflich Wirkenden unter Druck. Ein solcher Diskurs folgt einer Logik, die großartige individuelle Möglichkeiten der einzelnen Pflegefachkräfte und der einzelnen Einrichtungen unterstellt, hinsichtlich einer auf ein höchstes Maß zu steigernden Lebensqualität der zu Pflegenden, jenseits rechtlicher und institutioneller Rahmenbedingungen. Für zeitaufwändige Hilfestellungen, die pflegebedürftige Menschen einfordern, ist unter den gegebenen Strukturen der Pflegeversicherung kein Raum. Unter dem vorgegebenen Zeitregime der Pflegeversicherung können die Pflegekräfte kaum eine adäquate körperliche Versorgung bewerkstelligen. Ein Blick in die „Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches“ gibt Auskunft darüber, inwieweit der Faktor Zeit maßgebend für das

pflegerische Geschehen und die entsprechenden finanziellen, sozialstaatlichen Zuwendungen ist. Es ist hinlänglich bekannt, dass grundsätzlich pflegebedürftige Menschen nach 3 Pflegestufen eingeordnet und die entsprechenden Leistungen aus der Pflegeversicherung nur dann gewährt werden, wenn eine Pflegebedürftigkeit nach § 14 (1) des SGB XI „auf Dauer, von mindestens sechs Monaten“ besteht. Hierbei gilt, dass für Pflegestufe I mehr als 45 Minuten, für Pflegestufe II mind. 120 Minuten und für Pflegestufe III mind. 240 Minuten im wöchentlichen Tagesdurchschnitt anfallen müssen. Bei den folgenden Zeitorientierungswerten des „Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS)“ „wurde von einer vollständigen Übernahme der Verrichtungen durch eine Laienpflegekraft ausgegangen, die jedoch auch gelten, wenn „professionell gepflegt wird“ und somit von hoher Bedeutung für die beruflich tätigen AltenpflegerInnen und deren betriebswirtschaftlich denkenden Vorgesetzten sind.

Ganzkörperwäsche: 20 bis 25 Minuten, Duschen: 15 bis 20 Minuten, Wasser lassen (Intimhygiene, Toilettenspülung): 2 bis 3 Minuten, Essen von Hauptmahlzeiten einschließlich Trinken 15 bis 20 Minuten, wobei hier max. 3 Hauptmahlzeiten anzurechnen sind (vgl. MDS 2006: S.111).

Das Zeitregime der Pflegeversicherung, das auf eine effiziente Bearbeitung der pflegebedürftigen Körper abzielt, kommt eher einer nachholenden Industrialisierung von Altenpflege gleich, als das sie humanistischen Ansprüchen gerecht würde. Zum Beispiel eine Erhöhung unangemeldeter Überprüfungen der Einrichtungen bei gleichzeitig ausbleibender Erhöhung der Personalschlüssel lädt die gesamte Verantwortung einmal mehr bei den beruflich Wirkenden ab und führt bei diesen zu unerträglichen Konflikten zwischen einem gesetzlich vorgeschriebenen Müssen bzw. Sollen und einem menschenmöglich Machbaren. Zudem ist berufliche Altenpflege unter den jetzigen Bedingungen mit ihren Merkmalen stresswirksamer Handlungszwänge kaum bis zum 67. Lebensjahr durchzuhalten ist und stellt ein erhebliches Lebensrisiko für die beruflich Pflegenden dar.

Die Bundestagsfraktion DIE LINKE fordert in ihrem Antrag „Für eine solidarische Gesundheits- und Pflegeabsicherung“ (Drucksache 16/12846) vom 05.05.2009 völlig zurecht „effektive Maßnahmen, die die Arbeitsbedingungen in der Pflege/Assistenz verbessern und die Attraktivität des Berufs erhöhen. Es ist ein bundesweit verbindliches und einheitliches Personalbemessungsinstrument einzuführen, das auf dem individuellen Pflegebedarf beruht.“(Bundestagsfraktion Die Linke 2009: S.7) Die LAG Gesundheit & Soziales Hessen unterstützt diese Forderung, fordert jedoch die sofortige Umsetzung bundeseinheitlicher

Personalschlüssel, da es keinesfalls so ist, dass die festgestellten Pflegeminuten durch den MDK auch den Pflegekräften zur Verfügung stehen würden. Man kann davon ausgehen, dass im Durchschnitt nicht einmal die Hälfte der ermittelten Zeit dem Personal der Pflegeheime zur Verfügung steht.

Daher fordert die LAG Gesundheit & Soziales Hessen:

- **bundeseinheitliche Personalschlüssel die zunächst auf Grundlage der Pflegeminuten der MDK-Einstufungen beruhen**
- **flächendeckende einheitliche Tarife, die sich am TVÖD orientieren**
- **Renteneintrittsalter von Pflegekräften muss weit unter 67 Jahre gesenkt werden.**

2.2 Hartz IV und Altenpflege

Grundsätzlich schwingt in der Pflegeversicherung auch nach der jüngsten Pflegereform 2008 eine für die Gesellschaft kostenentlastende Versorgung der pflegebedürftigen Menschen mit, die sich auch weiterhin zu Lasten des Pflegepersonals und der Menschen vor Ort vollzieht. Um die Personalkosten von Pflegeeinrichtungen in Schach zu halten, werden zahlreich sogenannte 1-Euro-Jobber zur Mitarbeit gezwungen. Es sollte hinlänglich bekannt sein, dass die sozialen Arbeitsgelegenheiten keine regulären Arbeitsplätze bedrohen dürfen. So wird in der Studie „Soziale Arbeitsgelegenheiten - Einsatz und Wirkungsweise aus betrieblicher und arbeitsmarktpolitischer Perspektive“ (Kettner; Rebien 2007) darauf hingewiesen, dass die im Rahmen von Sozialen Arbeitsgelegenheiten ausgeführten Tätigkeiten per Gesetz zusätzlich sein müssen und im öffentlichen Interesse liegen müssen. Das Kriterium der Zusätzlichkeit soll die Wettbewerbsneutralität dieses Arbeitsmarktinstruments sicherstellen und verhindern, dass reguläre sozialversicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnisse verdrängt werden. (vgl. S.11)

„Zusatzjobs sind zusätzlich, wenn die Arbeiten ohne die Förderung nicht, nicht in diesem Umfang oder erst zu einem späteren Zeitpunkt durchgeführt werden. Arbeiten,

die auf Grund einer rechtlichen Verpflichtung durchzuführen sind oder die üblicherweise von juristischen Personen des öffentlichen Rechts durchgeführt werden, sind nur förderungsfähig, wenn sie ohne die Förderung voraussichtlich erst nach zwei Jahren durchgeführt werden.“ (S.11, Fußnote) Die Autorinnen der oben genannten Studie kommen weiterhin zu folgendem Ergebnis: „Unsere Untersuchungsergebnisse geben ... Indizien dafür, dass etwa jeder zweite Betrieb zumindest einen Teil seiner beschäftigten Zusatzjobber nicht im Sinne des Gesetzgebers einsetzt. So nutzt ein Teil der Betriebe Soziale Arbeitsgelegenheiten für unerlaubte Tätigkeiten, wie zum Beispiel für Krankheitsvertretungen oder Überstundenabbau der regulären Belegschaft.“ (Kettner; Rebien 2007: S.61)

Laut Studie waren in den Jahren 2005 bis September 2006 u.a. 16% (West) bzw. 26% (Ost) von insgesamt rund 1.100.000 begonnener Ein-Euro-Jobs (vgl. S.23) in der Betreuung/ Altenpflege eingesetzt. (vgl. S.30) Es stellt sich die Frage was diese Menschen dort bis heute tun. Laut Gesetz dürften Ein-Euro-Jobber beispielsweise in einem Altenpflegeheim nicht einmal Essen austeilen, da dies zu den Kernaufgaben des beruflichen Personals gehört. Es sind ausreichend Fälle bekannt, bei denen Ein-Euro-Jobber Kerntätigkeiten des beruflichen Personals mit übernehmen.

Da die Bundesagentur für Arbeit eine Zunahme offener Stellen im Bereich der Gesundheitsberufe verzeichnet (Januar 2008: 17154; Juli 2009: 23501) (vgl. Statistisches Bundesamt 2009a) liegt der Verdacht nahe, dass eine Korrelation zu den beschäftigten Zusatzjobbern besteht bzw. geplante Festeinstellungen unterbleiben.

Es kann und darf nicht sein, dass finanzielle Probleme der Einrichtungen und Träger auf den Rücken von SGB II-Empfängern ausgetragen werden. Gleiches gilt für den häufig anzutreffenden Personalnotstand. Die Forderung nach einer Abschaffung der Hartz-IV-Gesetze muss selbstverständlich auch die Schaffung sozialversicherungspflichtiger Stellen gerade auch in der Altenhilfe beinhalten.

– **In den Pflegeeinrichtungen tätige Hartz IV-Empfänger werden bei Eignung umgehend in reguläre Beschäftigungsverhältnisse überführt.**

2.3 Privat Pflegende

Neben der unbekanntem Anzahl osteuropäischer Pflegehilfskräfte in den bundesdeutschen Haushalten wird überwiegend durch die Angehörigen die Hauptlast der Pflegearbeit geleistet. Hierbei gilt, „dass die Mehrheit der Hauptpflegepersonen im erwerbsfähigen Alter entweder zu Beginn der Pflege nicht erwerbsfähig war oder aber die eigene Erwerbstätigkeit im Zuge der Pflege aufgegeben hat.“ (Schneekloth 2006, S.81) Wer zu Hause seine Angehörigen pflegt, erwirbt geringste Rentenansprüche aufgrund fehlender Erwerbsarbeit und wird dementsprechend im Alter eigene Altersarmut bitter zu spüren bekommen..

Zusätzlich setzen sich auch die pflegenden Angehörigen hohen Gesundheitsrisiken aus:

„Die überwiegend weiblichen Hauptpflegepersonen sind nicht nur zeitlich sehr stark beansprucht, neben den Anforderungen der Pflege kommen weitere Belastungen hinzu: Eigene Gesundheitsprobleme vor allem bei pflegenden Partnerinnen und Partnern, Beanspruchungen durch berufliche Pflichten und Verantwortung gegenüber den eigenen Kindern und Ehegatten bei pflegenden Töchtern und Söhnen. Diese Befunde zu den Belastungsprofilen bestätigen einen sozialgerontologischen fachlichen Diskurs, in dem chronische Überlastung durch die Pflege, körperlich-seelische Überforderung, Erkrankung der Pflegepersonen, selbstschädigendes und pflegerisch destruktives Verhalten als ‚Syndrom der häuslichen Angehörigenpflege‘ charakterisiert wurden.“ (Zeman 2005: S.249f)

Nach derzeitigem Kenntnisstand wird auch die häusliche Pflege überwiegend von Frauen (ca. 75%) geleistet (vgl. Backes, Amrhein, Wolfinger 2008: S.35). Nachhaltige Entlastungsangebote für pflegende Angehörige zu organisieren bedeutet Gesundheitsförderung und Prävention für diesen Personenkreis. Daher fordert die LAG Gesundheit & Soziales Hessen den

- Aus- Aufbau ambulanter Hilfen (z.B. ambulante Pflege, ambulante Hospizdienste, etc.)

Hierfür muss die Konzeption der Pflegeversicherung als Teilkaskoversicherung überwunden werden, damit nicht auch weiterhin die zumeist weiblichen pflegenden Angehörigen den vorhandenen Hilfe- und Unterstützungsbedarf auffangen müssen.

Für eine weitere nachhaltige Entlastung fordert LAG Gesundheit & Soziales Hessen den

- Aus und Aufbau alternativer Versorgungsstrukturen zur stationären Versorgung (z.B. Tagespflege, Wohngemeinschaften, etc.).

Durch alternative Versorgungsstrukturen kann ein Verbleib der pflegebedürftigen Menschen in der eigenen Häuslichkeit ermöglicht werden und dies bei einer umfangreichen Entlastung der Angehörigen. Eine gute Versorgungsstruktur innerhalb der Altenhilfe bietet zudem gerade auch den pflegenden Frauen die Chance sich perspektivisch aus den fest getretenen Pfaden gesellschaftlicher Rollenzuweisungen lösen zu können.

3. Zur Situation der Pflegebedürftigen

3.1 Mangelhafte körperliche Versorgung

Bisher wird defizitäre stationäre Altenpflege von den politischen Entscheidungsträgern gerne in Form von Einzelfällen verhandelt (vgl. Fussek 2005: S.186) und weitreichende Veränderungen werden gerne verworfen, insofern sie als nicht finanzierbar gelten. Einer solchen Haltung scheint ein individualisierender Blick hilfreich, der defizitäre Altenpflege überwiegend zu fehlerhaftem Verhalten einzelner Pflegepersonen oder schlecht organisierter Einrichtungen deklariert. Jedoch ist defizitäre Pflege immer auch mit mangelhaften Strukturen in Zusammenhang zu bringen. Studien belegen bereits bei der körperlichen Versorgung schwerwiegende Defizite in der stationären Altenpflege.

Es hat der medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) nach Fussek in einem Ende 2004 vorgelegten Bericht zur Entwicklung der Pflegequalität bei 41 % der HeimbewohnerInnen Mängel in der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung festgestellt (vgl. Fussek 2005: S.52). Außerdem entstehen 30 % der sich neu entwickelnden behandlungsbedürftigen Druckgeschwüre (nach Schätzungen des Robert Koch-Institutes entwickeln sich jährlich bei 400 000 Personen neue Druckgeschwüre) in Geriatrischen Kliniken und Pflegeheimen (vgl. Fussek 2005: S.85).

3.2 Freiheitsentzug und Fremdbestimmtheit

Bei pflegebedürftigen Menschen können die Folgen auffälligen Verhaltens dramatisch verlaufen. Auffälliges Verhalten kann zu freiheitsentziehenden Maßnahmen führen, wie z.B. das Fixieren mit einem Bauchgurt. Des Weiteren können auffällige Verhaltensweisen zu ärztlich angeordneten massiven Sedierungen der betroffenen Personen führen. Nach Hirsch wird

„eher selten [...] die Gabe von Psychopharmaka unter dem Aspekt der Freiheitsbeschränkung von Ärzten reflektiert“ (Hirsch 1997: S.44),

was auch für die Pflegekräfte gilt, so die These. In den gegebenen Situationen der Praxis werden weniger die strukturellen Bedingungen hinterfragt, die freiheitsentziehende Maßnahmen begünstigen, da in der „Dominanz der Gegenwart“ (Koch-Straube 2003: S.155) mitunter in „Sekundenschnelle“ Entscheidungen getroffen werden müssen. Jenseit humanistischer Ansprüche der Selbstbestimmung der betroffenen Menschen ist der Blick auf den einzelnen pflegebedürftigen Menschen entscheidend. Die pflegerischen Verfahren haben häufig mehr eine individualisierende Wirkung, die einen Schutz vor Stürzen oder anderen Selbst- und Fremdgefährdungen beinhaltet, als dass sie eine solidarische Haltung gegenüber den zu Pflegenden hervorruft, die sich an deren Wünschen und Bedürfnissen orientiert.

Ein wesentlicher Bezugsrahmen der Entscheidungen des Pflegepersonals sind ökonomische Kriterien, die Personal- und Zeitknappheit beinhalten. Henke verweist in seinem Ratgeber „Fixierungen in der Pflege - Rechtliche Aspekte und praktische Umsetzung“ auf Folgendes:

„Aus der Praxis betrachtet, wäre ein striktes Fixierungsverbot angesichts der derzeitigen durchgeführten fixierenden Interventionen in der Alten- und Krankenpflege insbesondere auf Grund der quantitativen personellen Besetzung in Pflegeheimen unangepasst.“ (Henke 2006: S.97)

Hirsch hingegen weist darauf hin, dass die Zeitknappheit der Pflegekräfte im Sinne struktureller Gewalt deutbar ist. (Hirsch 1997: S.45)

Abweichende Verhaltensweisen der pflegebedürftigen Menschen, die das Pflegepersonal zeitlich binden, gelten für gewöhnlich bei diesem als störend bei der täglichen Arbeit. Längst unhinterfragte und verinnerlichte Kriterien der Ökonomie wenden den Blick von den strukturellen Rahmenbedingungen ab. Wäre in den 24 Stunden eines Tages ausreichend Personal zur Beaufsichtigung der pflegebedürftigen Menschen vorhanden, ließe sich manche Medikamentengabe oder freiheitsentziehende Maßnahme verhindern. In einem „Kriterienkatalog für die Heimaufsichten“ für das Land Baden-Württemberg heißt es u.a.:

„Für den Nachtdienst ist grundsätzlich eine Pflegefachkraft für bis zu 50 pflegebedürftige Bewohner notwendig. Abweichend hiervon können bei besonderen Bewohnerstrukturen [...] oder bei ungünstigen baulichen Gegebenheiten [...] zusätzliche Fach- oder Hilfskräfte notwendig werden.“ (Altenheim 2005: S.29)

Nach menschlicher Erfahrung kann eine einzige Pflegekraft 50 pflegebedürftige Menschen niemals alleine aktivierend oder gar rehabilitativ bzw. nach humanistischen Leitbildern nachts versorgen. Dies wäre nur denkbar, wenn kein Mensch im Sterben läge, alle Demenzkranken jederzeit ruhig und ausgeglichen in ihren Zimmern verweilten bzw. die pflegebedürftigen Menschen niemals eine vermehrte Aufmerksamkeit benötigten. Gleiches gilt auch für den Tagdienst in der stationären Altenpflege und Ähnliches für die ambulante Pflege.

“Die Konzeption der Pflegeversicherung als Teilkaskoversicherung verhindert, selbstbestimmt zu leben.“ (Bundestagsfraktion Die Linke 2009: S.5)

Auch aus Sicht der pflegebedürftigen Menschen ist eine Erhöhung der Personalschlüssel dringend geboten. Ambulante und stationäre Hilfen müssen Kriterien der Kommunikation, Beaufsichtigung und gesellschaftlichen Teilhabe beinhalten. Nur so kann ein selbstbestimmteres Leben der pflegebedürftigen Menschen ermöglicht werden.

- **Gewährleistung von Pflege und Assistenz die ein möglichst selbstbestimmtes Leben der pflegebedürftigen Menschen ermöglicht und eine bedarfsdeckende, ganzheitliche Pflege ermöglicht.**

4. Solidarische Bürgerversicherung

Die Ausgaben der Pflegeversicherung lagen im Jahre 2006 lediglich bei 18,1 Milliarden Euro (vgl. Robert Koch Institut (2009): S.15).

„Nur mit einer solidarischen Bürgerinnen- und Bürgerversicherung kann soziale Gerechtigkeit und eine dauerhafte, stabile Finanzierung für eine umfassende Versorgung für alle geschaffen werden. Kernelemente einer solchen Bürgerinnen- und Bürgerversicherung ist die Mitgliedschaft für alle Menschen in Deutschland, eine umfassende und zuzahlungsfreie Regelversorgung, gleicher prozentualer Beitrag auf alle Einkommen aller Einkommensarten...“ (Bundestagsfraktion Die Linke 2009: S.5)

Die LAG Gesundheit & Soziales Hessen schließt sich folgenden Forderungen der Bundestagsfraktion DIE LINKE für eine schrittweisen Reform der Pflegeversicherung an:

„

a) eine Neudefinition des Pflegebegriffs, der assistierte Teilhabe und eine bedarfsdeckende, ganzheitliche, sprechende Pflege ermöglicht,

b) die Gewährleistung einer Wahlmöglichkeit von geschlechtlicher Pflege/Assistenz,

c) eine grundlegende Überarbeitung des Begutachtungsverfahrens,

....

g) die Entwicklung eines Gesamtkonzepts für Menschen, die auf Pflege, Assistenz oder Unterstützung angewiesen sind

h) eine sechswöchige bezahlte Pflegezeit für Erwerbstätige, die der Organisation der Pflege von Angehörigen oder nahestehenden Personen dient“

(Bundestagsfraktion Die Linke 2009: S.5)

Die Pflegeversicherung mit ihren finanziell budgetierten Zuwendungen muss in eine solidarische Bürgerversicherung überführt werden. Die Bedürfnisse der Menschen und die entsprechenden Versorgungsbedarfe werden bei der Finanzierung berücksichtigt.

– **Einführung einer solidarischen Bürgerversicherung. Deren Beitragssätze orientieren sich an den gesellschaftlichen Bedarfen.**

5. Ausblick

Die einschlägigen Prognosen gehen von einer dramatischen Veränderung der Altersstruktur unserer Gesellschaft aus.

“Der Anteil der 80- bis unter 90-jährigen an der Gesamtbevölkerung nimmt im Prognosezeitraum von knapp 3,9 % (2006) auf 10,7 % im Jahre 2050 zu; der Anteil der über 90-jährigen an der Gesamtbevölkerung erhöht sich von 0,6% auf 3,0 % und wird sich somit verfünffachen” (Bäcker, Gerhard; Naegele, Gerhard u.a. (2008): S. 362)

Inwieweit die Prognosen des demographischen Wandels zutreffen werden, ist selbstverständlich unsicher. Doch wird der demographische Wandel aller Voraussicht nach mit einer weiteren Zunahme pflegebedürftiger Menschen einhergehen, denn gleichzeitig steigt das Risiko pflegebedürftig zu werden mit steigendem Alter. Insbesondere Hochaltrigkeit kann als wichtiger Risikofaktor hierzu angesehen werden. Bezüglich altersspezifischer Prävalenz der Pflegebedürftigkeit lässt sich feststellen, dass 34,0 % der 85-90-jährigen und 55,4 % der über 90-jährigen eine pflegerische Versorgung benötigen. (vgl. Helmchen, Hanfried; Kanowski, Siegfried; Lauter, Hans (2006) : S.61)

Gelingt es unserer Gesellschaft nicht eine an den Bedürfnissen der Menschen ausgerichtete Pflege- und Versorgungskultur zu organisieren werden die Folgen katastrophal sein. Wenn es zu einer Verschärfung der sozialen Ungleichheiten kommt und es überwiegend private Aufgabe bleibt, neben den Grundleistungen der Teilkasko- Pflegeversicherung eine adäquate Pflege zu finanzieren, wird sich eine Zwei-Klassenpflege mit dramatischen Folgen für die Betroffenen auf Dauer etablieren. Vielleicht wird es angesichts weitergehender verfehlter Politik soweit kommen, dass nur diejenigen gepflegt werden, die im Besitz der finanziellen Mittel sind, gemäß dem Grundsatz: Wer Geld hat wird gepflegt, wer keines hat stirbt. Nur eine solidarisch organisierte Gesellschaft wird humanistischen Ansprüchen und Leitbildern gerecht werden können.

Das vorgelegte Referat konnte nur einige Teilaspekte der Altenhilfe berücksichtigen. Für einen weiterführenden politischen Diskurs sind abschließend stichwortartig weitere wichtige Inhalte genannt, die ebenso zur betreffenden Thematik gehören:

- Eine nach wie vor häufig anzutreffende und undifferenzierte Zusammenfassung alter, kranker Menschen in den Pflegeheimen
- Mangelndes fachspezifisches Wissen und eine in Teilen schlechte Versorgung durch die Hausärzte
- Mangelhafte Fachkraftquoten in den Pflegeeinrichtungen
- Menschenrechtsverletzungen in den Pflegeeinrichtungen
- Ausbildung und Gewinnung von Pflegepersonal

Quellen:

Altenheim - Zeitschrift für das Altenhilfe - Management (10.2005): Besetzung des Nachtdienstes - Urteil relativiert den Kriterienkatalog der Heimaufsichten in Baden Württemberg. Hannover: Vincentz Verlag

Backes, Gertrud; Amrhein, Ludwig; Wolfinger, Martina (2008): Gender in der Pflege - Herausforderungen für die Politik. Bonn :Friedrich-Ebert-Stiftung

Bäcker, Gerhard; Naegele, Gerhard u.a. (2008): Sozialpolitik und soziale Lage in Deutschland. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften

Berger, Judith; Nolting, Hans-Dieter; Genz, Hartmut O. (u.a.) (2003): BGW - DAK Gesundheitsreport 2003 Altenpflege - Arbeitsbedingungen und Gesundheit von Pflegekräften in der stationären Altenpflege. Berlin: IGES

Bundestagsfraktion DIE LINKE (2009): Für eine solidarische Gesundheits- und Pflegeabsicherung. Antrag der Fraktion DIE LINKE vom 05.05.2009 (Drucksache 16/12846). Berlin: Deutscher Bundestag

Fussek, Claus; Loerzer Sven (2005) Alt und abgeschoben - Der Pflegenotstand und die Würde des Menschen. Freiburg: Verlag Herder

Helmchen, Hanfried; Kanowski, Siegfried; Lauter, Hans (2006) : Ethik in der Altersmedizin. Stuttgart: Kohlhammer GmbH

Henke; Friedhelm (2006): Fixierungen in der Pflege - Rechtliche Aspekte und praktische Umsetzung. Stuttgart: Kohlhammer Verlag

Hessische Schiedsstelle (2005): Rahmenvertrag über die vollstationäre pflegerische Versorgung gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI für das Land Hessen. Frankfurt am Main: 14.10.2005

Hirsch, Rolf D. (1997): Gewalt in der gerontopsychiatrischen Klinik. In: Hirsch, Rolf D.; Vollhardt Bodo R.; Erkens, Fred (Hrsg.): Gewalt gegen alte Menschen - HSM - Handeln statt Mißhandeln - Bonner Initiative gegen Gewalt im Alter. Bonn: Förderverein Gerontopsychiatrie, S.33-56

Kettner, Anja; Rebien, Anja (2007): Soziale Arbeitsgelegenheiten - Einsatz und Wirkungsweise aus betrieblicher und arbeitsmarktpolitischer Perspektive. Nürnberg: Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit

Koch-Straube, Ursula (2003): Fremde Welt Pflegeheim - Eine ethnologische Studie. Bern u.a.: Verlag Hans Huber

Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS) (Hrsg.) (2006): Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches. Essen: MDS -Broschüre

Michaelis, Martina (2005): Pflege als extreme Verausgabung: arbeitssoziologische Aspekte. In: Schroeter, Klaus R.; Rosenthal Thomas (Hrsg.): Soziologie der Pflege - Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven. Weinheim und München: Juventa Verlag, S.263-277

Robert Koch Institut (2009): Ausgaben und Finanzierung des Gesundheitswesens. Berlin: Statistisches Bundesamt

Schneekloth, Ulrich (2006): Entwicklungstrends beim Hilfe- und Pflegebedarf in Privathaushalten - Ergebnisse der Infratest-Repräsentativerhebung.. Stuttgart: Kohlhammer

Statistisches Bundesamt (2009): Pflegestatistik 2007

Statistisches Bundesamt (2009a): Offene Stellen: Deutschland, Monate, Ausgewählte Berufsabschnitte - Gesundheitsberufe

Zeman, Peter (2005): Pflege in familialer Lebenswelt. In: Schroeter, Klaus R.; Rosenthal Thomas (Hrsg.): Soziologie der Pflege - Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven. Weinheim und München: Juventa Verlag, S.247-262