

Antrag

der Abgeordneten Elisabeth Scharfenberg, Kordula Schulz-Asche, Maria Klein-Schmeink, Dr. Harald Terpe, Dr. Franziska Brantner, Katja Dörner, Kai Gehring, Ulle Schauws, Tabea Rößner, Doris Wagner, Beate Walter-Rosenheimer, Kerstin Andreae, Anja Hajduk, Sven-Christian Kindler, Dr. Tobias Lindner, Beate Müller-Gemmeke, Brigitte Pothmer, Corinna Rüffer, Dr. Gerhard Schick und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Eine Lobby für die Pflege – Arbeitsbedingungen und Mitspracherechte von Pflegekräften verbessern

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Ob in Pflegeheimen, bei Pflegediensten oder in Krankenhäusern – qualifizierte Pflegekräfte fehlen in Deutschland und werden händeringend gesucht, um die Versorgung pflegebedürftiger Menschen sicherzustellen. Weniger Pflegekräfte müssen immer mehr Pflegebedürftige versorgen. Den Personalmangel bekommen vor allem diejenigen zu spüren, die auf Pflege angewiesen sind. Pflegekräfte berichten, dass die individuellen Bedürfnisse der Pflegebedürftigen durch den gestiegenen Arbeitsdruck teilweise nicht mehr ausreichend berücksichtigt werden können. Der dramatische Pflegepersonalmangel bestimmt daher zu Recht die aktuellen gesellschaftlichen und politischen Debatten.

Trotz des massiven Pflegepersonalmangels und der zu erwartenden Verschärfung der Situation in den kommenden Jahren fehlen wirksame gesetzgeberische Maßnahmen der Bundesregierung, die die prekäre Personalsituation in Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern nachhaltig lösen. Die Pflegestärkungsgesetze I und II sowie das Pflegestellenförderprogramm im Rahmen des Krankenhausstrukturgesetzes sind allenfalls ein Tropfen auf den heißen Stein oder lassen sogar eine weitere Verschärfung der Situation erwarten. Es wurde auf die Zukunft verschoben, Personalbemessungsregelungen für die Pflege im Krankenhaus, die ambulante und stationäre Altenpflege zu entwickeln. Eine verbindliche Einführung ist bisher gar nicht vorgesehen. Die Reform der Pflegeausbildung ist aktuell ebenfalls noch nicht abgeschlossen.

Bisher findet die Expertise von Pflegekräften kaum Eingang in politische Entscheidungsprozesse, obwohl sie mit ihren Perspektiven und Lösungsansätzen maßgeblich dazu beitragen kann, die Attraktivität des Berufes zu steigern und die Arbeitsbedingungen zu verbessern.

Ziel muss es sein, eine fachlich hochwertige und am Menschen orientierte Pflegeversorgung heute wie morgen sicherzustellen und auszubauen. Dazu muss die Personalsituation durch bundesweit verbindliche Personalinstrumente verbessert werden. Die Aufgaben der Pflege- und der Gesundheitsberufe sollten neu ausgerichtet, die Zusammenarbeit auf Augenhöhe sollte fester Bestandteil der Versorgung werden. Bisher wurde die Chance verpasst, die Stimme und die Eigenständigkeit der professionell Pflegenden im Gesundheits- und Pflegesystem zu stärken. Professionell Pflegenden brauchen dringend bessere Mitsprache- und Entscheidungsmöglichkeiten. Das kommt auch der Versorgung der Pflegebedürftigen und Patientinnen und Patienten zugute.

II. Vor diesem Hintergrund fordert der Deutsche Bundestag die Bundesregierung auf,

die Arbeitsbedingungen und Mitspracherechte der Pflegekräfte in Deutschland zügig durch wirksame Maßnahmen zu verbessern. Dazu soll die Bundesregierung

1. schnellstmöglich bundesweit verbindliche Personalbemessungsregelungen für den Krankenhausbereich sowie für die ambulante und stationäre Pflege nach dem SGB XI entwickeln, erproben und einführen;
2. auf Verbesserungen bei den Arbeitsbedingungen der Beschäftigten in den Pflegeberufen hinwirken, wie etwa eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf, gesundheitsförderliche und alters- sowie altersgerechte Arbeitsplätze, verlässlich planbare Arbeits- und Freizeit, eine angemessene Vergütung sowie wirksame Maßnahmen zur Entbürokratisierung der pflegerischen Tätigkeiten;
3. die Zahlung tarifvertraglich vereinbarter Gehälter erleichtern, indem die Neuregelungen des Dritten Pflegestärkungsgesetzes in den §§ 84, 85 und 89 SGB XI auch auf die häusliche Krankenpflege nach dem SGB V ausgeweitet werden und die Neuregelung erstmals bis spätestens Ende des Jahres 2018 auf ihre Wirksamkeit hin ausgewertet wird;
4. die Rolle professionell Pflegenden in den Gremien der Kranken- und Pflegeversicherung stärken, indem ein Gesetzentwurf vorgelegt wird, der bestimmt, dass auch VertreterInnen der Pflegeberufe Mitglieder in den gemeinsamen Landesgremien nach § 90a SGB V und in den Landespflegeausschüssen nach § 8a SGB XI sind; darüber hinaus soll ein unabhängiges wissenschaftliches Gutachten weitere Optionen prüfen, auch unter Berücksichtigung der Einrichtung von Landespflegekammern, und konkrete politische Handlungsempfehlungen abgeben;
5. die Pflegeausbildung zukunftsfest gestalten, indem eine integrativ-gestufte Pflegeausbildung eingeführt wird, die gemeinsame Lernzeiten mit der notwendigen Spezialisierung verbindet, und indem einige Maßnahmen aus dem Gesetz zur Pflegeberufereform sofort umgesetzt werden, so die bundesweite Kostenfreiheit der Pflegeausbildung und die bundesweite Einführung der Ausbildungsumlage;
6. die hochschulische Pflegeausbildung aus dem Pflegereformgesetz umsetzen und die Länder dabei unterstützen, die akademische Pflegeausbildung als Regelangebot an den Hochschulen zu verankern;
7. eine dauerhafte Lösung zur Finanzierung von Umschulungen insbesondere zur Altenpflegekraft umsetzen;
8. einen Gesundheitsberufegipfel als Auftakt zu einem Prozess einberufen, um eine Neuaufstellung der Gesundheitsberufe, sowohl was die Qualifikation als auch was die Aufgabenverteilung und die Kompetenzen angeht, zu gestalten. Dazu sollten neben den Pflegeberufen auch andere Gesundheitsberufe wie etwa die Heilmittelerbringer sowie die Ärzteschaft einbezogen werden;

9. eine Pflege-Bürgerversicherung einführen und die Leistungen der Pflege-Bürgerversicherung regelmäßig zu zwei Dritteln an die Lohn- und zu einem Drittel an die Inflationsentwicklung anpassen.

Berlin, den 7. März 2017

Katrin Göring-Eckardt, Dr. Anton Hofreiter und Fraktion

Begründung

Allgemein

Die Personalnot ist ein Kernproblem in der Pflege, das viele weitere Schwierigkeiten mit sich bringt. Wenn dringend benötigte Stellen nicht besetzt sind, steigen das Arbeitsaufkommen und der Zeitdruck für das übrige Personal und damit ihre physische und psychische Belastung. Das kann die Qualität der Versorgung deutlich beeinträchtigen. Ein Teufelskreis setzt ein, wenn Fachkräfte den Beruf deswegen nach kurzer Zeit wieder verlassen oder Auszubildende ihn gar nicht erst ergreifen. Professor Dr. Stefan Greß und Prof. Dr. Klaus Stegmüller (Hochschule Fulda) haben in einer gutachterlichen Stellungnahme für ver.di errechnet, dass die durchschnittliche Anzahl der Pflegebedürftigen, die von einer Person in der Pflege und Betreuung zu versorgen ist, zwischen 2003 und 2013 deutlich von 2,37 auf 2,46 angestiegen ist (vgl. Greß/Stegmüller: „Gesetzliche Personalbemessung in der stationären Altenpflege“, pg-papers 01/2016).

Diese Entwicklung lässt sich auch für die Pflege im Krankenhaus anhand von eindeutigen Zahlen nachweisen. Die Zahl der in den deutschen Krankenhäusern behandelten Patientinnen und Patienten ist in den letzten Jahren von 15,8 Millionen Fällen im Jahr 2005 auf 19,2 Millionen Fälle im Jahr 2015 angestiegen (vgl. Gesundheitsberichterstattung des Bundes). Die Zahl der Pflegekräfte hat sich in diesem Zeitraum mit etwa 18.500 zusätzlichen Stellen jedoch nur leicht erhöht. Bei den Ärztinnen und Ärzten fiel der Zuwachs mit 33.000 Stellen hingegen fast doppelt so hoch aus (vgl. Deutsche Krankenhaus Gesellschaft). Vor diesem Hintergrund dürfen aktuelle Berichte nicht verwundern, wonach Streiks an Kliniken im Saarland und weiteren Bundesländern vorbereitet werden (vgl. ZEIT ONLINE: „Es macht einen krank“ vom 02.02.2017). Die Bundesregierung hat es bislang nicht vermocht, wirksame Regelungen einzuführen, die diese Maßnahmen der Beschäftigten überflüssig machen würden.

Noch deutlicher wird der akute Handlungsbedarf mit Blick in die Zukunft. Verschiedene Berechnungen gehen für das Jahr 2030 von mehreren Hunderttausenden fehlenden Arbeitskräften allein in der Altenpflege nach dem SGB XI aus (vgl. „Pflegelandschaft 2030“, Studie der Prognos AG im Auftrag der vbw – Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft e. V., 2012; „Themenreport ‚Pflege 2030‘ – Was ist zu erwarten – was ist zu tun?“, Studie der Bertelsmann-Stiftung, 2012). In einer der jüngsten Schätzungen prognostizieren Prof. Dr. Heinz Rothgang und weitere Gutachter für das Jahr 2030 eine Versorgungslücke an Beschäftigten in der Pflege von rund 350 Tausend Vollzeitäquivalenten (vgl. BARMER GEK Pflegereport 2016).

So sehr der sog. „Pflegenotstand“, also der massiv steigende Personal- und Fachkräftemangel in der Pflege, in den letzten Jahren erfreulicherweise mehr Raum in der Wahrnehmung der Bürgerinnen und Bürger, der Wissenschaft und Forschung und auch der politischen Akteure einnimmt, so wenig kommen dabei immer noch die eigentlichen Expertinnen und Experten zu Wort, nämlich die Pflegekräfte als solche. Oft fühlen sie sich nicht wahr- und auch nicht ernst genommen, leiden unter dem noch allzu oft zugeschriebenen Bild eines rein dienenden, aber nicht im fachlichen Sinne professionellen Berufsbildes und darunter, dass oft über sie, aber selten mit ihnen gesprochen wird.

Um den „Pflegenotstand“ aus Sicht der ExpertInnen vor Ort zu beleuchten, hat die pflegepolitische Sprecherin der Bundestagsfraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, Elisabeth Scharfenberg MdB, im April und Mai 2016 eine Online-Befragung unter Pflegekräften durchgeführt mit der Leitfrage: „Was beschäftigt Pflegekräfte?“. Ziel war es, aus erster Hand einen Einblick in den Arbeitsalltag der Pflegekräfte zu gewinnen sowie ihre Motivation, ihre Frustration und ihre Wünsche an die Politik zu erfahren. Bei einer Zahl von 4.439 TeilnehmerInnen gaben 85 Prozent der Befragten zunächst an, stolz auf ihre Arbeit zu sein, ihren Beruf als sinnstiftend und gesellschaftlich

wertvoll zu empfinden. Sie fühlen sich davon motiviert, anderen Menschen zu helfen. 60 Prozent waren jedoch mit ihren Arbeitsbedingungen unzufrieden, Hauptgrund dafür war der Zeitdruck bei der Arbeit. Fast alle TeilnehmerInnen (93 Prozent) gaben an, die Arbeitsbelastungen seien in den letzten 2 Jahren angestiegen. Die Hälfte würde sich im Nachhinein nicht wieder für den Pflegeberuf entscheiden, eine Mehrheit geht nicht davon aus, den Beruf bis zur Rente ausüben zu können, und ein Drittel der Auszubildenden will gar nicht erst einsteigen. Die geäußerten Verbesserungswünsche unterstreichen, dass eine Hauptursache für die belastenden Arbeitsbedingungen die Personalnot ist. Gefordert wurden in erster Linie mehr und besser qualifiziertes Personal und damit mehr Zeit für die Pflege. Weitere Forderungen nehmen die Ursachen für die Personalnot in den Blick: Verlangt werden ein besseres Gehalt, mehr Eigenverantwortung und Wertschätzung sowie weniger Bürokratie. Auch einen möglichen Weg dahin skizzierten die teilnehmenden Pflegekräfte selbst: eine Lobby für die Pflege (Ergebnisse der Befragung unter: www.elisabeth-scharfenberg.de/umfrage.html).

Diese Ergebnisse decken sich im Kern mit denen weiterer aktueller Erhebungen. Im Januar 2017 belegte die Umfrage „Altenpflege im Fokus“ des Fachverlages Vincentz Network Altenhilfe, dass viele Pflegekräfte durch die Personalnot schon jetzt an der Belastungsgrenze arbeiten und durch die Reformen des zweiten Pflegestärkungsgesetzes (PSG II) eine weitere Verschärfung der Situation erwarten (vgl. „Fachkräfte am Limit“, Handelsblatt.com vom 19.01.2017). In einer vom Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) veröffentlichten Umfrage unter professionell Pflegenden aus Pflegediensten und -einrichtungen stimmten 94 Prozent der befragten Pflegekräfte der Aussage zu, in der Pflege sei mehr Personal nötig. Die Überforderung hat auch Konsequenzen. 58 Prozent der Befragten berichteten, sie hätten in der angespannten Arbeitssituation Fälle erlebt, in denen „über den Willen des Pflegebedürftigen hinweg“ gehandelt wurde. Von dieser Gruppe gab fast die Hälfte an, Fälle erlebt zu haben, in denen eine pflegebedürftige Person „notwendige Hilfe nicht erhalten“ habe. 36 Prozent erinnerten sich an Situationen, in denen eine Person „respektlos angesprochen oder beschämt“ wurde (vgl. „Gewalt in der Pflege ist weit verbreitet“, Süddeutsche Zeitung vom 17.01.2017 oder „Wenn eigener Wille nicht zählt“, Ärzte Zeitung Online vom 18.01.2017).

Zu 1:

Für eine angemessene Personalausstattung gibt es weder in der Altenpflege nach SGB XI noch für den Krankenhausbereich ausreichend verbindliche Regelungen. Daher sind gesetzliche Regelungen notwendig, die eine verbindliche Personalbemessung und damit die Anzahl der Pflegekräfte festlegen.

In der Sozialen Pflegeversicherung muss sichergestellt werden, dass die für den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff vorgesehenen zusätzlichen Beitragsmittel in zusätzliche Leistungen für pflegebedürftige Personen und damit zum überwiegenden Teil in mehr Personal investiert werden. Durch die vor allem mit den Pflegestärkungsgesetzen I und II vorgesehene, im Grundsatz zu begrüßende Ausweitung der Leistungen der Pflegeversicherung wird es mehr anspruchsberechtigte Personen geben. Die neuen Leistungen selbst dürften teilweise zeitintensiver sein als die gegenwärtigen, da sie explizit auf Aktivierung und Teilhabe angelegt sind. Sie müssen von qualifiziertem Pflegepersonal erbracht werden. Die Einführung von Personalbemessungsvorgaben ist daher für die Sicherung einer hochwertigen qualitätsgesicherten Pflege als auch für die Stärkung und Attraktivitätssteigerung des Pflegeberufs unerlässlich. Mit dem 2015 beschlossenen PSG II hat die Bundesregierung daher nach § 113c SGB XI die Vertragsparteien bis Mitte 2020 mit der „Entwicklung und Erprobung ein wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben“ beauftragt. Das weist zwar in die richtige Richtung. Die zeitliche Perspektive ist jedoch deutlich zu lang, das Verfahren muss zügiger entwickelt werden. Vor allem aber fehlt jegliche verbindliche Regelung, das Verfahren nach der Erprobung auch sicher einzuführen. Daran führt jedoch kein Weg vorbei.

Während der Ausbildung werden die Weichen für das spätere Berufsleben gestellt. Wer von Anfang an überfordert wird, ist schnell frustriert, beendet die Ausbildung vorzeitig, ergreift den Beruf nach dem Examen erst gar nicht oder steigt frühzeitig aus dem Pflegeberuf aus. Daher sollte besonders in eine gute Pflegeausbildung mehr investiert werden – das zahlt sich später in Form von motivierten und kompetenten Pflegefachkräften aus. Dazu gehört, dass PraxisanleiterInnen für diese Tätigkeit freigestellt und gesondert finanziert werden sollten, um konsequent für die Auszubildenden zur Verfügung zu stehen. Auszubildende sollten grundsätzlich nicht mehr auf den Stellenschlüssel angerechnet werden, damit sie nicht von Beginn an dafür missbraucht werden, Personalengpässe zu stopfen, als vollwertige Arbeitskräfte eingesetzt zu werden anstatt sich vor allem auf das Erlernen ihres Berufes konzentrieren zu können.

Sofern zusätzlicher Personalbedarf auch zu einem zusätzlichen finanziellen Mittelbedarf führt, wovon auszugehen ist, so sollte dazu eine Verwendung der Mittel des sog. „Pflegevorsorgefonds“ erwogen werden. Der mit dem

Ersten Pflegestärkungsgesetz (PSG I) eingeführte Pflegevorsorgefonds (§§ 131 ff. SGB XI) leistet nach einzelner Meinung von Expertinnen und Experten keinen Beitrag zu einer nachhaltigen Finanzierung der Sozialen Pflegeversicherung. In den Fonds fließen bis zum Jahr 2035 jährlich 1,2 Mrd. Euro an Beitragsmitteln. Es ist geplant, dass der Fonds bis zum Jahr 2055 dann entleert werden soll, um den Beitragssatz zur Pflegeversicherung senken zu können. Das funktioniert nicht. Zum einen wird die Zahl der Pflegebedürftigen zwar gegen Ende der 2050er Jahre wieder sinken, die der Beitragszahlerinnen und -zahler jedoch ebenfalls. Damit wird der Beitragssatz nach der Entleerung des Fonds im Jahr 2055 nicht etwa sinken, sondern sich auf einem konstant hohen Niveau einpendeln. Das angesparte Guthaben reicht zudem für einen nennenswerten Stabilisierungseffekt bei Weitem nicht aus. Darum sollten die im Fonds gebundenen Beitragsmittel für aktuell notwendige Leistungen zur Verfügung stehen.

Im Krankenhaussektor, also hier vor allem für die Beschäftigten in der Krankenpflege, verhält sich die Problematik des Personalmangels sehr ähnlich. Seit der Abschaffung der so genannten Pflegepersonalregelung (PPR) gibt es hier keinen wirksamen Mechanismus mehr, der Kosteneinsparungen zulasten der Pflege wirksam verhindert. Zwischen 1996 und 2012 wurden rund 11 Prozent der Vollzeitstellen in der Krankenhauspflege abgebaut.

Es muss daher zügig ein verbindliches Instrument zur objektiven Bemessung des notwendigen Personalbedarfs in der akutstationären Pflege eingeführt werden. Der Personalbedarf muss sich dabei aus dem tatsächlichen Pflegebedarf der Patientinnen und Patienten ableiten. Als Sofortmaßnahme ist ein Pflegestellenprogramm nötig, das sich mindestens an den Größenordnungen der 1997 abgeschafften Pflegepersonalregelung (PPR) orientiert.

Um sicherzustellen, dass das Instrument auch zu einer besseren Personalausstattung führt, sollte eine Zweckbindung der DRG-Zuweisungen für den Pflegebereich vorgesehen werden. Für die mittel- bis langfristige Perspektive ist eine leistungsbezogene Pflegepauschale (Nursing Related Groups) denkbar. Ein vergleichbares Instrument zur besseren Abbildung des Pflegebedarfs im stationären Vergütungssystem und zur Entwicklung von Pflegeindikatoren hatte beispielsweise 2008 der Deutsche Pflegerat ins Gespräch gebracht (Bartholomeyczik, Sabine: Adäquate Abbildung des Pflegeaufwands im G-DRG-System. Witten-Herdecke, Berlin 2008). Bei der Entwicklung müsste zwingend auch pflegepraktischer und pflegewissenschaftlicher Sachverstand an zentraler Stelle einbezogen werden. Auch eine unabhängige Begleitforschung wäre vor dem Hintergrund der Erfahrungen bei der Einführung der DRGs notwendig.

Zu 2:

In einer älter werdenden Gesellschaft, in der nicht nur der Pflegebedarf, sondern auch das Durchschnittsalter der Pflegenden steigt, muss die Gestaltung guter Arbeitsbedingungen für Pflegenden deutlich mehr Beachtung gewinnen (vgl. www.baua.de/dok/5479728, 9/2014). Zusätzlich zu einer ausreichenden Personalausstattung sind auch motivierende Arbeitsbedingungen und teamorientierte Organisationsstrukturen wichtige Voraussetzungen für eine qualitativ hochwertige Versorgung. Dazu gehören eine familienfreundliche Arbeitszeitorganisation ebenso wie auskömmliche und langfristige Anstellungsverhältnisse, die Möglichkeit, die Arbeitszeit nach den eigenen Bedürfnissen wählen zu können, Betreuungsmöglichkeiten für Kinder und natürlich ein angemessenes Gehalt. Die besonderen Anforderungen an Beschäftigte im Krankenhaus und in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen machen es notwendig, dass gerade in diesem Bereich dafür Sorge getragen wird, dass sie langfristig gute Arbeit leisten können.

Grundsätzlich sollten Beschäftigte gerade in einem Mangelberuf wie der Pflege, der noch dazu psychisch wie physisch höchst anspruchsvoll und zugleich eher schwach vergütet ist, flexiblere Möglichkeit der Arbeitszeitgestaltung bekommen, die sich mehr an den Wünschen und Bedürfnissen der Beschäftigten orientieren. Dazu gehört neben der Einflussnahme auf die Lage der Arbeitszeit auch, nach einer Phase der Teilzeitarbeit, etwa wegen Kindererziehung, wieder in ein Vollzeitverhältnis zurückkehren zu können. Darum sollte es nicht nur gesetzlich möglich sein, die Arbeitszeit zu reduzieren, sondern ebenso, sie wieder aufzustocken, wenn die betrieblichen Gegebenheiten dies zulassen. Diese Forderung findet sich übrigens auch im Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD aus dem Jahr 2013. Dort heißt es: „Für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die sich [...] zu einer zeitlich befristeten Teilzeitbeschäftigung entschieden haben, wollen wir sicherstellen, dass sie wieder zur früheren Arbeitszeit zurückkehren können. Dazu werden wir das Teilzeitrecht weiterentwickeln und einen Anspruch auf befristete Teilzeitarbeit schaffen (Rückkehrrecht). Für bestehende Teilzeitarbeitsverhältnisse werden wir die Darlegungslast im Teilzeit- und Befristungsgesetz auf den Arbeitgeber übertragen. Bestehende Nachteile für Teilzeitbeschäftigte wollen wir beseitigen.“ (vgl. https://www.bundesregierung.de/Content/DE/_Anlagen/2013/2013-12-17-koalitionsvertrag.pdf;jsessionid=620BCB31E69C7F75268615B26E981133.s4t1?__blob=publicationFile&v=2, S. 98).

Eine angemessene Vergütung ist grundsätzlich Sache der Tarifpartner. Eine Möglichkeit, die Gehälter in der Pflege fair auszugestalten, wäre ein „Tarifvertrag Soziales“, der auch von den kirchlichen Einrichtungen mitverhandelt wird und dann durch die Politik für allgemein verbindlich erklärt werden könnte.

Zudem belegen viele Untersuchungen, dass Pflegekräfte sowohl in der Alten- als auch in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege massiv mit der Erfüllung bürokratischer Tätigkeiten befasst sind, von denen sehr viele unnötig oder gedoppelt sind. Deshalb sind Anstrengungen zur Entbürokratisierung der pflegerischen Tätigkeit zu initiieren bzw. bestehende zu verstärken. Ein Beispiel ist etwa das von der Bundesregierung unterstützte „Strukturmodell zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation“. Dabei sollte jedoch immer darauf geachtet werden, dass die Entbürokratisierung nicht zu Lasten der Pflegequalität geht, denn eine gute Dokumentation ist notwendig für eine individuelle Pflege und zur Aufdeckung und Verhinderung von Missständen.

Zu 3:

Werden tarifliche Vereinbarungen für MitarbeiterInnen ambulanter Pflegedienste für Leistungen der Hauskrankenpflege nach § 132a Absatz 2 SGB V durch die Krankenkassen unterlaufen, führt das zu erhöhtem Leistungsdruck und unangemessenen Arbeitsbedingungen für Pflegekräfte. Insbesondere für Pflegedienste, die ihre MitarbeiterInnen tarifgerecht vergüten, wird es damit immer schwerer, im Wettbewerb konkurrenzfähig zu bleiben und eine flächendeckende medizinische Versorgung zu gewährleisten.

Wir fordern daher, dass die Aushandlung von Entgelten zwischen Kassen und Pflegeanbietern nicht zu Löhnen führen darf, die den Pflegediensten eine qualitativ hochwertige Pflege unmöglich machen. Die Leistungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Pflege müssen adäquat bezahlt werden. Nur so kann der Beruf für Neu- und SeiteneinsteigerInnen attraktiv und die Chance erhöht werden, dass Pflegefachkräfte in der ambulanten Pflege verbleiben.

Damit schließen wir uns der Forderung der Petition 55560 „Gesundheitsfachberufe – Angemessene Vergütung für Pflegekräfte vom 27.10.2014“ (https://epetitionen.bundestag.de/petitionen/_2014/_10/_27/Petition_55560.nc.html) an, den Grundsatz der Wirtschaftlichkeit für Leistungen der Häuslichen Krankenpflege neu in § 132a Absatz 2 SGB V einzufügen, wie es bereits für die ambulante Pflege in § 84 Abs. 2 und Abs. 7 sowie § 89 Abs. 1 SGB XI erfolgt ist. Damit soll sichergestellt werden, dass tariflich vereinbarte Vergütungen – auch nach kirchlichem Arbeitsrecht – von den Kassen nicht mehr als unwirtschaftlich abgelehnt werden können. Im SGB XI wurde das in den §§ 84 und 89 bereits für die stationäre und ambulante Altenpflege geregelt.

Wir begrüßen diese Regelungen, mit denen die Positionen insbesondere derjenigen privaten Einrichtungen in der Altenpflege, die ihren Beschäftigten Tariflohn zahlen wollen, erneut gestärkt wurde. Im Sinne der Transparenz ist es auch durchaus angemessen, dass die Einrichtungen die in der Pflegesatzverhandlung geltend gemachten Kosten einschließlich der vorgesehenen Erhöhungen vorweisen müssen. Ob diese Regelung jedoch wirklich greift, ob sie Betreiber von vor allem mittelständisch geprägten Pflegeeinrichtungen tatsächlich dazu bringt, häufiger Pflegesatzverhandlungen im Sinne ihrer MitarbeiterInnen zu führen, also ob sie tatsächlich zu einer besseren Bezahlung der Pflegekräfte führt, ist noch offen. Darum ist eine Evaluation dieser Regelung sinnvoll, die ggf. auch aufzeigt, wo noch Nachbesserungen notwendig sind.

Zu 4:

Die Vertretung professionell Pflegender ist in den Gremien der – für das deutsche Gesundheitswesen prägenden – Selbstverwaltung unzureichend. Im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), dem zentralen Selbstverwaltungsgremium im Rahmen des SGB V, sind allein die gesetzlichen Krankenkassen, die Krankenhäuser sowie die niedergelassenen (Zahn)Ärztinnen als vollwertige Mitglieder vertreten. Außerdem haben PatientenvertreterInnen ein Mitberatungs- und Antragsrecht. Eine geregelte Beteiligung der professionellen Pflege ist nicht gegeben, obgleich der G-BA für die Konkretisierung der rechtlichen Rahmenbedingungen, letztlich des Leistungskataloges der gesetzlichen Krankenversicherung zuständig ist und damit auch weitreichende Entscheidungen fällt, die die Pflege betreffen. So ist beispielsweise bei der Erstellung der Richtlinien zur Heilkundeübertragung (§ 63 Abs. 3c) oder zur häuslichen Krankenpflege nach § 92 SGB V lediglich ein dünnes Stellungnahmerecht der maßgeblichen Pflegeberufsverbände vorgesehen. Ähnliche blinde Flecken befinden sich in zahllosen weiteren Gremien auf Landesebene. In den gemeinsamen Landesgremien nach § 90a SGB V ist beispielsweise eine Beteiligung der professionellen Pflege vom Bundesgesetzgeber nicht explizit vorgesehen, obwohl die Gremien Empfehlungen zur sektorübergreifenden Versorgung abgeben sollen, die ohne den Einbezug der Pflege praktisch nicht vorstellbar ist. In zahlreichen Landesgesundheitskonferenzen sind fast alle Akteure der gesundheitlichen Versorgung vertreten, nur die Pflege oftmals nicht.

In der Sozialen Pflegeversicherung ist eine „gemeinsame Selbstverwaltung“ ähnlich der im SGB V nicht regelhaft angelegt, sondern findet sich allenfalls gestückelt und von Fall zu Fall auch divers geregelt wieder. Dem Bild einer gemeinsamen Selbstverwaltung auf Bundesebene kommen die Aufgaben der Sozialen Pflegeversicherung nach Kapitel 11 „Qualitätssicherung, Sonstige Regelungen zum Schutz der Pflegebedürftigen“ (§§ 112ff. SGB XI) am nächsten, das den Kostenträgern und Leistungserbringern wichtige Aufgaben im Bereich der Qualitätssicherung überträgt. In diesen Regelungen ist oftmals lediglich eine mitberatende oder stellungnehmende Einbeziehung von Vertretern der Pflegeberufsverbände vorgesehen. Im Qualitätsausschuss, der weitgehend die Verantwortung für die Erarbeitung neuer Qualitätsprüfungsinstrumente hat (§ 113b SGB XI Abs. 4, früher der sog. „Pflege-TÜV“), gibt es keinen festen, stimmberechtigten Sitz eines Vertreters der Verbände der Pflegeberufe, der nicht auf die Zahl der Leistungserbringer angerechnet würde. Ähnlich problematisch sieht die Vertretung der professionellen Pflege in den Gremien der Sozialen Pflegeversicherung auf Landesebene aus. Für die kürzlich im Dritten Pflegestärkungsgesetz geschaffenen sektorübergreifenden und regionalen Ausschüsse zur Beratung der pflegerischen Versorgung (§ 8a SGB XI) hat der Gesetzgeber VertreterInnen der Landesverbände der Kassen, der Kassenärztlichen Vereinigungen und Landeskrankenhausgesellschaften vorgesehen, jedoch nicht explizit VertreterInnen der professionellen Pflege, ebenso wenig im Übrigen der Selbsthilfe- und Verbraucherorganisationen. Die Empfehlungen der Landespflegeausschüsse sind zu wenig verbindlich und auch die Vernetzung, Abstimmung und Zusammenarbeit unter den verschiedenen Landesgremien ist nicht gesichert. In all diesen Bereichen bedarf es dringend Verbesserungen.

Eine wichtige Debatte wird in diesem Zusammenhang seit mehreren Jahren in fast allen Bundesländern über die Gründung von Landespflegekammern – zum Teil sehr kontrovers – geführt. Von den Befürwortern werden Pflegekammern als mögliche Potenziale zugeschrieben, sie könnten einen wichtigen Beitrag dazu leisten, die Interessen der Pflege im Gesundheitswesen stärker zu vertreten, durch Stellungnahmen gegenüber der Öffentlichkeit und gegenüber der Politik, insbesondere in Gesetzgebungsverfahren. Eine Kammer kann überdies die Berufsordnung, Qualitätsstandards in der Pflege und das Fort- und Weiterbildungssystem weiterentwickeln. Kritische Stimmen verweisen darauf, dass Hoffnungen an eine Pflegekammer oft überhöht würden. Eine Kammer kann beispielsweise nicht die Erwartung erfüllen, für bessere Gehaltsstrukturen der Pflegenden zu sorgen. Eine Pflichtmitgliedschaft der beruflich Pflegenden, die mit einer Kammergründung je nach Modell einhergeht, wird ebenfalls teilweise kritisch betrachtet.

Das Einleiten von Gründungsprozessen für eine Landespflegekammer obliegt den Bundesländern. In Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Mecklenburg-Vorpommern und Berlin hat sich in repräsentativen Befragungen eine Mehrheit der Pflegekräfte für die Gründung einer Pflegekammer ausgesprochen. In Schleswig-Holstein und Bayern fiel das Ergebnis mit einer Zustimmung von 51 bzw. 50 Prozent denkbar knapp aus, in Hamburg reichte es mit 36 Prozent nicht für ein positives Votum. In Rheinland-Pfalz wurde die Pflegekammer inzwischen gegründet, in Schleswig-Holstein und Niedersachsen die Gründung beschlossen. In Bayern hat sich das Kabinett sich für einen eigenen Weg entschieden: eine „Vereinigung der bayerischen Pflege“, die auf einer freiwilligen und beitragsfreien Mitgliedschaft beruhen soll. Das ist jedoch rechtlich und politisch umstritten.

Es muss daher systematisch und unter Einbeziehung der Erfahrungen mit Pflegekammern geprüft werden, wie die Rolle der professionell Pflegenden sowohl in den entsprechenden Gremien der gesetzlichen Kranken- als auch der Pflegeversicherung regelhaft gestärkt werden kann. Dazu sollte die Bundesregierung ein unabhängiges wissenschaftliches Gutachten in Auftrag geben, das Verbesserungspotenziale für eine stärkere Vertretung der Pflegenden herausarbeiten und konkrete Handlungsempfehlungen für den Gesetzgeber ableiten sollte.

Zu 5:

Eine hochwertige Pflege fördert die Ressourcen und Potenziale kranker und pflegebedürftiger Menschen und trägt somit zu deren Teilhabe am gesellschaftlichen Leben bei. Diese Herausforderung, ebenso wie die Frage nach einer neuen Arbeitsteilung innerhalb der Heilberufe, insbesondere der zwischen Ärzteschaft und Pflege, stellen die berufliche Pflege vor große Aufgaben. Darin stecken aber auch vielfältige Chancen einer qualitativen Weiterentwicklung des Berufsbildes. Die Reform der Pflegeausbildung ist dabei ein wichtiger Baustein. Ziel einer solchen Reform muss es sein, die berufliche und rechtliche Eigenständigkeit durch klare Zuschreibung und Hervorhebung eigener Kernkompetenzen zu fördern und das berufliche Selbstbewusstsein zu stärken. Einerseits sollte die Ausbildungsreform den heutigen Versorgungsanforderungen und den Bedarfen aller drei Zweige der Pflegeberufe Rechnung tragen, andererseits jedoch schon heute die Weichen für eine Versorgungslandschaft und für Versorgungsbedarfe von morgen stellen. Darüber hinaus muss sie unbedingt für die Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufs sorgen.

Die Bundestagsfraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN hat deshalb bereits im Jahr 2011 das Konzept für eine integrativ gestufte Pflegeausbildung vorgelegt und im März 2016 einen Antrag mit umfassenden Reformvorschlägen zur Aus-, Fort- und Weiterbildung eingebracht (BT-Drs. 18/7880, „Integrative Pflegeausbildung – Pflegeberuf aufwerten, Fachkenntnisse erhalten“). Darin wird die Entwicklung eines Konzeptes für eine integrativ gestufte Ausbildung gefordert. Im ersten Ausbildungsabschnitt (eineinhalb bis zwei Jahre) werden identische Ausbildungsinhalte unterrichtet. Im zweiten Teil (ein bis eineinhalb Jahre) spezialisieren sich die Auszubildenden in einem der drei Berufe, mit dem sie die Ausbildung abschließen. Diese Form der Ausbildung schafft die Basis für eine verbesserte Zusammenarbeit der Pflegeberufe. Die Einsatzfelder und Entwicklungsmöglichkeiten der Auszubildenden werden erweitert. Eine Nachqualifizierung in einem der anderen Pflegeberufe wird erleichtert. Zugleich jedoch bleibt die derzeitige Spezialisierung weiter bestehen, das heutige Niveau der Versorgungsqualität bleibt erhalten.

In einigen Bundesländern müssen Auszubildende in der Altenpflege noch immer Schulgeld zahlen. Das ist hochgradig ungerecht und vor dem Hintergrund des bestehenden Fachkräftemangels, der im demografischen Wandel noch zunehmen wird, auch noch mehr als kontraproduktiv, weil viele potenzielle Interessenten einer Altenpflegeausbildung damit abgeschreckt werden. Als weiteres Mittel gegen den Fachkräftemangel in der Altenpflege hat sich die Einführung einer Ausbildungsumlage bewährt. Das bedeutet, alle in der Pflege tätigen Einrichtungen müssen sich an den Ausbildungskosten beteiligen, auch wenn sie selbst nicht ausbilden. In Nordrhein-Westfalen wurde durch die Einführung der Ausbildungsumlage in der Altenpflege im Jahr 2012 die Zahl der Ausbildungsplätze im Zeitraum von Januar 2012 bis Dezember 2016 um über 80 Prozent auf rund 18.300 gesteigert. Im bislang nicht abgeschlossenen Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Pflegeberufereform (Drs. 18/7823) sollten auch die bundesweite Kostenfreiheit der Ausbildung und die bundesweite Einführung der Ausbildungsumlage eingeführt werden. Die Bundesregierung sollte, unabhängig vom Dissens der Koalitionsfraktionen über die künftige Pflegeausbildung, diese beiden Maßnahmen sofort umsetzen.

Zu 6:

Der Wissenschaftsrat hat bereits im Juli 2012 empfohlen, Pflegefachkräfte auch an Hochschulen zu qualifizieren, mit dem mittelfristigen Ziel, eine Akademisierungsquote von 10 bis 20 Prozent zu erreichen. Eine vollständige Akademisierung der Pflegefachberufe lehnt der Wissenschaftsrat ab.

Wir werden Pflegefachkräfte mit ausgewiesener Spezialkenntnis in verschiedensten Bereichen (z. B. Case-Management, Intensivpflege, präventive, kurative, rehabilitative, langzeitorientierte, geriatrische und palliative Pflege) benötigen. Darüber hinaus brauchen wir Pflegefachkräfte, die Leitungsaufgaben übernehmen, Prozesse in der Pflegepraxis steuern, koordinieren und evaluieren. Die Möglichkeit eines solchen Karrierewegs trüge auch sehr zur Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufes bei.

Die akademische Ausbildung sollte, wie vom Wissenschaftsrat vorgeschlagen, interdisziplinär und kooperativ mit den medizinischen Fakultäten auch in Bezug auf übergreifende Seminare ausgerichtet sein. So würde auch die Kooperation im Gesundheitswesen verbessert. Teamorientierte Versorgungsansätze im Sinne einer integrierten Versorgung müssen die bis heute oft monoprofessionelle Arbeit ersetzen. Die interdisziplinäre Ausbildung umfasst aber auch, dass die beteiligten Professionen, wie die Medizin, Therapie etc. ein Verständnis und Anerkennung entwickelt für die jeweilig andere.

Da es bisher keine bundesweit gesetzlichen Rahmenvorgaben für eine akademische Pflegeausbildung gibt, sollte die Bundesregierung in einem ersten Schritt die Regelungen zur Akademisierung in ihrem Gesetzentwurf zur Pflegeberufereform (Drs. 18/7823) sofort umsetzen, unabhängig davon, ob das Gesetzgebungsverfahren insgesamt scheitert.

Zu 7:

Bereits im Rahmen des Konjunkturpakets II wurden in den Jahren 2009 und 2010 Umschulungen dreijährig gefördert. Das führte zu einem starken Anstieg der Eintritte in berufliche Weiterbildungsmaßnahmen. Im Jahr 2009 gab es rund 4.300 und im Jahr 2010 rund 5.800 Neueintritte in Umschulungen (vgl. BMFSFJ, Zwischenbericht zur Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege (2012–2015), S. 65). Mit Auslaufen der Förderung brachen die Zahlen im Jahr 2011 ein auf 3.146 Neueintritte. Im Rahmen der „Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege“ wurde es den Arbeitsagenturen und den Jobcentern erneut ermöglicht, berufliche Weiterbildungen in der Altenpflege für die volle Dauer von drei Jahren zu fördern, wenn diese zwischen dem 01.04.2013 und dem 31.03.2016 begannen. Dieser Schritt führte erneut zu einem starken Anstieg der Eintritte in Umschulungen von 3.950 im Jahr 2012, auf 7.383 im Jahr 2013. Neuere Zahlen können noch nicht aufgeführt

werden, da der Abschlussbericht zur „Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege“ noch nicht vorliegt. Die vorhandenen Zahlen zeigen jedoch bereits eindeutig, dass die dreijährige Förderung von Umschulungen in der Altenpflege eine starke Wirkung hat und damit die Zahlen der Auszubildenden in der Altenpflege deutlich erhöht. Zwar hat der Deutsche Bundestag am 28. Januar 2016 beschlossen, die Förderung des dritten Umschulungsjahres bis zum Dezember 2017 zu verlängern. Dies ist jedoch nicht ausreichend. Eine dauerhafte Finanzierung muss gesichert werden. Dies sollte im Bereich der Bundesagentur für Arbeit jedoch nicht ausschließlich den Beitragszahlern aufgebürdet werden. Bund, Länder und die Pflegeeinrichtungen müssen sich hier auf eine tragfähige Lösung einigen. So war es eigentlich auch im Koalitionsvertrag der derzeitigen Bundesregierung vorgesehen, in dem es im Kapitel „Pflege“ heißt: „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.“ (https://www.bundesregierung.de/Content/DE/_Anlagen/2013/2013-12-17-koalitionsvertrag.pdf?__blob=publicationFile, S. 85).

Zu 8:

Vor allem vor dem Hintergrund eines zunehmenden Anteils älterer, mehrfach erkrankter und chronisch erkrankter Patientinnen und Patienten hat der Sachverständigenrat für das Gesundheitswesen wiederholt eine stärkere Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe angemahnt. Dies gilt nicht nur für den ambulanten Sektor, auch im Krankenhaus und stationären Pflegeeinrichtungen sind teamorientierte und multiprofessionelle Ansätze notwendig. Diese seit Jahren in vielen politischen „Sonntagsreden“ aufgegriffene Forderung muss nun ernsthaft von der Theorie in die Praxis gebracht werden, soll die gesundheitliche und pflegerische Versorgung gerade im demografischen Wandel weiterhin hochwertig sein.

Untersuchungen zeigen überdies, dass Behandlungs- und auch Pflegefehler häufig auf unzureichender Zusammenarbeit resultieren. Gerade die stationäre Versorgung beispielsweise dementer Patientinnen und Patienten verlangt eine enge Zusammenarbeit unterschiedlicher Gesundheitsberufe mit der Konsequenz einer Aufwertung und Differenzierung der Pflege- und Gesundheitsberufe. Sobald beispielsweise Pflegekräfte, PhysiotherapeutInnen oder LogopädInnen die notwendigen Qualifikationen erworben haben, müssen sie bestimmte Tätigkeiten selbstständig ausüben dürfen (so genannte Pool-Kompetenzen). Hierfür ist eine bedarfsgerechte Weiterentwicklung der pflegerischen Ausbildung und des pflegerischen Berufsbildes sowie der weiteren Gesundheitsberufe notwendig – einschließlich stärker akademisierter Aus-, Fort- und Weiterbildung. Zudem verlangt ein solches System interdisziplinäre Behandlungsleitlinien, die auch gemeinsam von den Gesundheitsberufen entwickelt werden.

Die Denkschrift der Robert-Bosch-Stiftung aus dem Jahr 2013: „Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln“ betont die Notwendigkeit von substantiellen Reformen in der Ausbildung der Gesundheitsberufe, um den demografischen Wandel bezogen auf das Gesundheitssystem zu bewältigen. Die Expertise der Bosch-Stiftung fordert gar, die Neuordnung der Gesundheitsberufe in einem „Allgemeinen Heilberufegesetz/Gesetz über die Heilberufe“ zu verankern und die Bildung eines „Nationalen Gesundheitsberuferrats“, um diesen Prozess institutionell zu begleiten. – Wie auch immer die Kooperation zwischen den Gesundheitsberufen verbessert werden wird, all deren VertreterInnen sollten gleichberechtigt an der Entwicklung von Lösungsmöglichkeiten beteiligt werden. Die Einberufung eines Gesundheitsberufespfels sollte der Auftakt eines solchen Prozesses sein.

Zu 9:

Eine nachhaltige Finanzierung der Pflege ist angesichts der demografischen Entwicklung, die u. a. mit einer steigenden Zahl pflegebedürftiger Menschen einhergehen wird, unabdingbar. Das hätte zuallererst oder zumindest doch parallel zu den Pflegereformen in Angriff genommen werden müssen, um eine solide Basis für alle notwendigen Leistungsverbesserungen zu schaffen. Dies muss nun zügig nachgeholt werden. Wie auch in der Krankenversicherung ist die Zweiteilung in Soziale und Private Pflegeversicherung (SPV/PPV) ungerecht und unbegründet. Sie sollen daher in einer Pflege-BürgerInnenversicherung zusammengeführt werden. In der Pflege-BürgerInnenversicherung nach dem Modell der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN sind alle Bürgerinnen und Bürger Mitglied. Alle Einkunftsarten werden in die Finanzierung der Pflegeversicherung einbezogen. Die Leistungen der Pflege-BürgerInnenversicherung werden im Gegensatz zur geltenden Rechtslage regelmäßig so angepasst (dynamisiert), dass ein Realwertverlust der Leistungen vermieden wird. Da sich die Pflegekosten zu etwa zwei Dritteln aus Personal- und zu etwa einem Drittel aus Sachkosten zusammensetzen, werden die Leistungen regelmäßig in diesem Verhältnis an die Lohn- und Inflationsentwicklung angepasst. So ist gewährleistet,

dass für eine regelmäßige Anpassung der Pflegesätze ausreichend Geld zur Verfügung steht, entsprechend können auch die Vergütungen der Pflegekräfte regelmäßig angehoben werden, die Entwertung der durch die Pflegekräfte geleisteten Arbeit wird gestoppt.

