

Selbstbestimmt oder fremdbestimmt? Pflege im Spannungsfeld.

Derzeit erlebt Pflege als Profession und erleben Pflegenden als Handlungsakteure in diesem Feld zwei unterschiedliche Welten. Unter der Zauberformel „Ausweitung pflegerischer Handlungsfelder“ ergeben sich für die Profession neue Gestaltungsmöglichkeiten hin zur Verwirklichung der (berufs-)politischen Zielsetzung „eigenständiger Leistungserbringer“ im Gesundheitswesen zu sein. Andererseits gibt es organisationsintern, dort wo Medizin und Pflege räumlich eng verwoben sind, die Vorstellung, dass die oben genannte Zauberformel gerne dahingehend interpretiert wird, eine Handlungsausweitung pflegerischen Tätigkeiten hat sich in der Übernahme delegierter medizinischer Tätigkeiten auszudrücken. Dies geschieht vor dem Hintergrund, dass sich seit 1996 die Zahl der Pflegenden in den Krankenhäusern um 13,5% verringert hat, was einem Stellenumfang von 50.000 Stellen entspricht (vgl. Isfort, 2007 Pflege - Thermometer). bei gleichzeitigem Anstieg der Fallzahlen und einer Leistungsverdichtung durch Verweildauerkürzung (siehe Grafik). Verstärkt wird diese Entwicklung durch den demografischen Wandel. Derzeit ist fast jeder zweite Patient über 65 Jahre und jeder dritte über 75 Jahre alt. Mit Recht haben die Berufsverbände seit Aussetzung der Pflegepersonalregelung 1996 auf die entstehende Schieflage in der Patientenversorgung hingewiesen. Dagegen hat sich die Zahl der Ärzte im gleichen Zeitraum um 19,6% erhöht. In den derzeitigen Rahmenbedingungen und Logiken des Systems bedeutet dies, dass medizinische Leistungen – sprich Diagnostik und Therapien - ausgeweitet werden und in dieser Ausweitung eine Mehr an pflegerischen Supportleistungen erfolgen muss.

Wichtige Kernidentitäten der Profession, wie helfende, heilende, tröstende Gespräche mit Patienten und Angehörigen gehen verloren bzw. werden zur lästigen Nebensache, für die „eigentlich“ keine Zeit mehr ist. Pflegenden erleben sich durch diese Rationalisierung und Ökonomisierung ihres Handlungsfeldes zunehmend demoralisiert und deprofessionalisiert (Manzeschke 2007) als scheinbarer Erfüllungsgehilfe einer übergeordneten Profession (die Medizin erlebt den gleichen Prozess gegenüber der Betriebswirtschaft als Nebenfolge der DRG-einführung).

Diese Entwicklung mit der Bösartigkeit der einen Berufsgruppen bzw. in der Naivität der anderen Berufsgruppe zu begründen, wäre eine Banalisierung und Trivialisierung systemischer Wirkung. Die Ursache liegt in der Eigenlogik des Systems und ist damit vorgegeben. Der einzelne Akteur bzw. eine einzelne Berufsgruppe ist zunächst auf Anpassung festgelegt, wenn er/sie im System mitwirken will. Was er/sie aus ihrer Position nach der systemischen Integration macht, z.B. kreativ irritieren oder sicherheitsorientiert mitlaufen, entscheidet organisationsintern über Machtstrukturen, Handlungsmuster und die Zukunft eines Systems.

Es erscheint mir an dieser Stelle - aber auch in der gesamten berufspolitischen Diskussion - ein wichtiger Aspekt, das Sensibilität für das Nichterwartete und das Veränderungs-potential eines Systems in den Blick zu nehmen und sich nicht unterhalb der Systemebene in der Polarisierung des Einen gegen den Anderen festzufahren.

Es ist auch nicht als Vorwurf an die Pflegedirektoren der Krankenhäuser zu verstehen, die den Abbau seit 1995 mit mehr oder minder starkem Widerstand zulassen mussten.

Und trotzdem muss man, um die Leistungsverdichtung und ihre Folgen wie Abbau kommunikativer Interaktionen im Krankenhaus zu verstehen (vgl. Bartholomeyczik, Donath), die Zahlen anerkennen, sonst erfolgt eine Ursachenzuweisung an die einzelne Pflegeperson, die aus meiner Sicht zumindest inakzeptabel ist und einer Verhöhnung von Engagement gleichkäme.

Aber die Frage stellt sich dann, was macht Pflegen in Deutschland so schwer und warum ist die Profession innerhalb der EU Mitgliedsstaaten eher ein Schlusslicht in puncto Professionalisierung, als Spitzenreiter in einem Gesundheitssystem, das sich als leistungsstärkstes System weltweit feiert und das von den zugestandenen Mitteln das drittteuerste der Welt ist?

Wo liegen die Problemfelder aus denen sich Ressourcen entwickeln lassen?



Problemfelder der Professionalisierung

- Fehlender Schutz der Berufsausübung durch Berufsgesetze

In Deutschland - neben Österreich - als einzigem EU-Mitgliedsstaat gibt es keinen Schutz der Berufsausübung, sondern lediglich einen Schutz der Berufsbezeichnung.

Das heißt, nicht jeder darf sich Gesundheits- und Kranken(-kinder)pfleger/-in, Alten-pfleger/-in nennen, aber Pflegen als Tätigkeit ausüben, darf in Deutschland jeder. Und wenn man den für Pflege verantwortlichen Bundesministerinnen und vor allem Ministern der jüngeren Vergangenheit glauben schenken möchte, dann kann offensichtlich auch jeder pflegen.

- Es gibt keine Definition pflegerischer Tätigkeiten in der allgemeinen Gesetzgebung

Trotz der Bemühungen der Berufsorganisationen, über den Verordnungsweg einen ersten Schritt in den Schutz der Berufsausübung zu gehen, ist erst in dem kleinsten Bundesland Bremen eine Berufsordnung umgesetzt. In anderen Bundesländern, wie Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland gibt es die politische Absichtserklärung, dass Berufsordnungen in absehbarer Zukunft erlassen werden, doch bleiben die Vorarbeiten der Dachverbände und Landespflegeräte in den juristischen Mühlen der Ministerien geparkt. Selbst wöchentliche Skandalmeldungen aus schlecht geführten Altenhilfe-einrichtungen erzeugen scheinbar keinen politischen Handlungsbedarf. Das ökonomische Paradigma eines Sozialmarktes gepaart mit einer Scheinsicherheit von Kontrollen (MDK/MDS/Heimaufsicht etc.) gibt strukturelle Sicherheit und erzeugt organisationelle Verantwortungs-losigkeit des einzelnen Akteurs. Berufsgesetze, die auf die Verantwortung des einzelnen Akteurs zielen, könnten diesem Zustand Abhilfe verschaffen.

- Es gibt keine Personalanhaltszahlen in den Leistungsgesetzen

Mit Aussetzung der PPR (1995) wurde die einzige und letzte verlässliche Anhaltszahl zur Personalbemessung aufgegeben. Seit dieser Zeit gibt es keine Vorgabe, wie viel Fachpflegekräfte zur Deckung eines vorhandenen Pflegebedarfs benötigt werden. Die Begründung der Nichtfinanzierbarkeit ist ein Scheinargument, da jeder nachvollziehen kann, dass eine schlechte Pflege teure Folgekosten in Form aufwändiger und langwieriger Krankheiten verursacht. Solange Kosteneinsparungen im SGB XI (Pflegeversicherungssystem) kostenfrei und ohne Regressrisiko in das SGB V (Krankenversicherungssystem) verschoben werden können und umgekehrt „austherapierte“ Menschen ins andere System transferiert werden, wird das System immer die kostengünstigen Lösungen und nicht die volkswirtschaftlich sinnvollen - und nebenbei qualitativ hochwertigen - Modelle als Deutungsmuster der Eigenlogik bevorzugen.

- Es gibt keine valide Zahlen über Qualifikationsstruktur und Anzahl der Berufstätigen wegen fehlender Registrierung Pflege in Deutschland findet in einer Blackbox statt. Eine sich aus Berufsgesetzen ableitende verpflichtende Registrierung gibt es in Deutschland nicht. Zusammen mit Österreich bilden wir wieder die vielsagende Allianz doppelter Blindheit in der EU. Es gibt keine zuverlässigen Zahlen über die Anzahl der in Deutschland professionell tätigen Pflegenden. Die Zahl 1,2 Millionen ist eine geschätzte Zahl, die sich aus verschiedenen Statistiken der Landesämter hochrechnen lässt. Folglich kennt man auch nicht die Qualifikationen dieser Menschen und ist bezüglich des Entwicklungspotentials der Berufsgruppe blind. Durch diese Blindheit kann auch keine gezielte Bedarfserhebung und ordnungspolitische Steuerung erfolgen, so dass der im 10 - Jahres-rhythmus zu beklagende Personalengpass kein Ausdruck von Pflegenotstand ist, sondern die (ordnungs-)politisch in Kauf genommene Not der Pflege und pflegebedürftigen Menschen, die keine politische Lobby haben.

An dieser Stelle ist aus meiner Einschätzung heraus auch das (berufs-) politische Mandat der (kath.) Pflegeorganisationen abzuleiten. In der letzten Konsequenz geht es um die Anwaltschaft für lobbylose Menschen mit Pflegebedarf, die in der Leistungsgesellschaft aussortiert und zur „Entsorgung“ frei gegeben sind. Und hier müsste auch der Schulterschluss aller anwaltschaftlich unterwegs-seienden Gleichgesinnten erfolgen, die sich in einem Netzwerk organisieren und den gesellschaftlichen Diskurs nach außen und den pflegefachlichen Diskurs nach innen neu beleben, statt sich in wechselseitigen Unterstellungen selbst zu schwächen.

Fehlende Professionalisierungsmerkmale

Merkmal einer Profession ist, dass sie über ihren „Kernprozess“ die komplette Deutungshoheit besitzen. Ärzte haben die Deutungshoheit über Diagnostik und Therapie, selbst in der juristischen Auseinandersetzung haben medizinische Gutachter die Deutungshoheit über richtig und falsch in Diagnostik und Therapie. Ähnlich ist die Deutungshoheit über Rechtschaffenheit des Glaubens in der Profession der Theologen verankert, ist die Definition von Recht und Unrecht in die Hände der Juristen gelegt.

Wie sieht es aber für den Kernprozess Pflege aus?

Leistungsbedarf und –verordnung, Pflege und Bewertung (Deutungshoheit) über Evidenz (Wirksamkeit) pflegerischer Interventionen sind nicht in der Profession verankert.

Am Anfang steht der Arzt mit der Bedarfserhebung und der Verordnung und am Ende steht der MDK mit seinen Beurteilungskriterien. Egal, wie kooperativ Medizin und Pflege zusammenarbeiten, in der letztendlichen Konsequenz entscheidet derzeit der Arzt über die Verordnung der Leistungen. Dies muss sich in der berufspolitischen Diskussion mit den Berufsangehörigen abbilden, weil gerade durch die empirische Erfahrung gelungener Kooperation die Argumentation aufgeweicht wird und Politik als Beobachter dieses Diskurses geneigt ist, sich in den Ohrensessel des „Alles ist gut“ zurückzulehnen und die Augen zu zumachen.

Aber auch am Ende der Prozesskette wird deutlich, dass dringender Handlungsbedarf besteht, die Deutungshoheit über die Evidenz von Pflegeinterventionen in der eigenen Profession zu verankern. Erinnern sie sich an den von der Bildzeitung aufreißerisch beschriebenen Skandal: 10% aller Heimbewohner verdursteten und verhungerten in den Heimen.

Die erste Folge, der MDK legt als Prüfkriterium für gute Qualität einen Body-Mass-Index über 20 fest. Reflex der Mitarbeiter in der Altenhilfe, Bewohner werden mittlerweile „gemästet“. Kakao wird nicht mehr mit Milch, sondern mit Sahne angerührt damit die Kalorienzufuhr stimmt usw. und man als Heim auf der sicheren Seite ist.

Damit wird klar, dass die institutionelle Logik die – zum Teil auch fehlende Logik einer Profession dominiert. Eine Ursache dafür mag darin liegen, dass die Berufsgruppe, nicht wie eine Profession, ihr Expertenwissen selber generiert (über Ausbildung, Studium und Forschung) und legitimiert, sondern Fremdexpertisen bzw. mündlich tradierte Mythen (z.B. die heilende Wirkung von Melkfett auf ulcerierende Wunden) als Legitimation von Pflegehandlungen dienen.

Damit bestätigt sich die These ausländischer Beobachter der deutschen Pflege-landschaft, dass das größte Problem der Pflegeprofession auf der Tatsache beruht, dass Pflegenden eine institutionelle Identität aber keine professionelle Identität ausbilden und diese auch nicht über die beruflichen Sozialisationsinstanzen wie Ausbildung, Weiterbildung oder Studium vermittelt werden.

Unter dem Zukunftsaspekt hat Pflege sicherlich einen enormen Umbruch zu bewältigen, der aufgrund des gesellschaftlichen Entwicklungsprozesses der letzten 40 Jahre prognostizierbar ist. Derzeit erleben wir in der Altenpflege Menschen als Bestandteil einer Bevölkerung, die das Gut „Gesundheit“, „Autonomie und Alltagskompetenz“ als Merkmal von Lebensqualität erst zu entdecken beginnt. Alte Menschen werden nicht mehr die passiven, dankbaren Empfänger einer Satt-Sauber-Sediert Pflege sein, sondern werden Selbstbestimmung als Kernmerkmal von Qualität definieren. Hierin liegt für mich das größte Chancenpotential für eine Professionalisierung der Pflege.

Gegenwärtig erleben wir, dass Menschen in Pflegesituationen nicht mehr mit kollektiven Versorgungsfloskeln ruhig zu stellen sind. Qualität wird zum Aushandlungsprozess im Pflegeprozess, der sich im Wesentlichen an der Leitdifferenz Vertrauen in pflegerischen Beziehung und Autonomie als Ergebnis der Pflege manifestieren und ausrichten wird.

Im Kontext dieser Veränderungen wurden ordnungspolitisch erste Impulse gesetzt, und strukturell dafür erste Weichen gestellt.

Erstmals wurden in den pflegerischen Ausbildungsgesetzen (Altenpflege, Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege) in §3 eigenständige Aufgabenbereiche der Pflege definiert. Diese Eigenständigkeit muss mit Eigenverantwortung durch die Angehörigen der Pflegeberufe ausgefüllt und gestaltet werden. Häufig wird in der berufspolitischen Diskussion im Zusammenhang mit der Kammerdiskussion auch die Forderung nach Vorbehaltstätigkeiten laut. Vorbehaltstätigkeiten, wie sie der Medizin, den Architekten, Apothekern, Hebammen und anderen verkammerten Berufen definiert sind, brauchen aber im ersten Schritt die Beschreibung von eigenständigen Aufgabenbereichen, die einer Profession zugeschrieben werden. In einem zweiten Schritt muss dann der Nachweis erbracht werden, dass das zu schützende Gut (wie die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung) höher zu bewerten ist als die grundgesetzlich verankerte

Freiheit der Berufsausübung. Erst nach der Erbringung dieser Beweislast ist die Festschreibung vorbehaltener Tätigkeiten möglich und politisch durchsetzbar.

Dies bedeutet in der Konsequenz: es liegt bei den pflegerischen Fachkräften selbst zu beweisen, dass eben „nicht jeder pflegen kann“. Dazu müssen aber Pflegende auch akzeptieren, dass jede pflegerische Tätigkeit eine Leitdifferenz Förderung von Autonomie oder Wiedererlangung Alltagskompetenz impliziert und damit eine Ganzwaschung nicht nur eine Ganzwaschung ist, sondern zugleich für den Patienten/ Bewohner Orientierungshilfe über Selbstpflegedefizit, Anleitung zur Wiedererlangung von Handlungs- und Entscheidungsautonomie, Vermittlung von Copingstrategien und dergleichen ist. Darin liegt der Unterschied der einen wirklichen Unterschied macht und wo sich Laien und Profis unterscheiden (dürfen, sollen, müssen und können). Pflegende haben es jetzt in der Hand ihr zukünftiges Selbstverständnis auf Jahre hinaus fest zu schreiben.

In den Leistungsgesetzen findet eine Festlegung eigenständiger Aufgabenbereiche ebenfalls statt, was hier fehlt ist die Kopplung der Leistungskomplexe an präventive Maßnahmen der Gesunderhaltung und der Gesundheitsfürsorge. Im konservativen Ansatz eines Krankheitssystems präferieren die Leistungsgesetze pflegerische Behandlung und Kompensation von Defiziten, während Maßnahmen zur Gesunderhaltung, wie Prophylaxe und Prävention nur unzureichend honoriert werden. Fakt ist doch, wenn gut geführte Einrichtungen ihren Bewohnern durch pflegerische Maßnahmen zu einer höheren Alltagskompetenz verhelfen, haben sie im nächsten Monat eine Pflegestufe weniger (und damit weniger Budget), gerät der Bewohner aber durch reduzierte Pflege in eine höhere Pflegestufe, macht sich dies als Mehrwert in der Kasse bemerkbar. Das ist die Logik eines Krankheitssystems, nicht eines Gesundheitssystems. Geld fließt im Falle der Krankheit und der Pflegebedürftigkeit, die Abwehr dieser Individualrisiken wird der Eigenverantwortlichkeit überlassen.

Das Pflegeweiterentwicklungsgesetz scheint dieser Fehlsteuerung in Ansätzen gegenzusteuern. Neben dieser Positiventwicklung wird durch die Aufweichung des Ordnungsmonopols eine wirkliche Entbürokratisierung im Bereich der Altenhilfe möglich. Erstmals sieht ein Gesetz vor, dass Pflegende zukünftig Verordnungen von Heilhilfsmitteln, Pflegeartikeln und Bedarfsmedikation selbst vornehmen können. (vgl. §63 Artikel 5 Übertragung von Verordnungsfähigkeit). Weiterhin wird in §112 ff die Anwendung der Expertenstandards als Standard von Pflege festgeschrieben. Damit wird eine im Haftungsrecht bereits gängige Praxis in die Leistungsgesetzgebung übernommen. Zu hoffen bleibt dabei, dass die Kostenträger ähnlich wie die Berufsverbände die Nationalen Expertenstandards als Expertenstandards des SGB XI festlegen und nicht eine Neudefinition von Standards verlangen.

Mit diesen zwei Maßnahmen, ergänzt durch eine Berufegesetzgebung, die die Berufstätigkeit schützt, wäre ordnungspolitisch die Voraussetzung geschaffen, den pflegerischen Kernprozess in die Deutungshoheit der Profession zu bekommen.

Flankierend kann eine wirkliche Qualitätsoffensive angeschoben werden, wenn die EU-Richtlinie 36/2005/EU – zur Berufsankennung in den Bundesländern mit einer Fortbildungsverpflichtung in Landesgesetz umgesetzt wird. Mit der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte und dem damit verbundenen persönlichen Heilberufsausweis für Pflegende wird eine Erfassung der Berufstätigen in einem elektronischen Beruferegister erfolgen. Den Aufbau eines einheitlichen Registers haben die Gesundheitsminister/-innen der Bundesländer in ihrer Septembertagung beschlossen. Damit ist noch nicht die Registrierung der Pflegenden wie in den angelsächsischen Ländern erreicht, aber mit dem Aufbau des Beruferegisters sind die strukturellen Voraussetzungen für Registrierung geschaffen und der deutschen Kleinstaaterei der Erlaubnisbehörden ein Ende gesetzt.

Zusammenfassend lassen sich für die Zukunft folgende Anforderungen auf dem Weg zur selbstgesteuerten Profession festhalten.

Die Deutungshoheit über den pflegerischen Kernprozess von der Bedarfserhebung über die Verordnung, Durchführung bis hin zur Bewertung von Pflegeleistungen muss durch die Berufsgruppe der Pflegenden erfolgen.

Dazu bedarf es zunächst der Festlegung einer verbindlichen Pflegephilosophie, die alle Pflegeprofessionen gemeinsam tragen. Diese müssen dann für die einzelnen Institutionen näher ausformuliert und wissenschafts- und pflegetheoretisch begründbar sein. Aus dieser Begründung fußt die Deutungshoheit für eine Pflegesituation, die den pflegerischen Kernprozess auslöst.

Pflegephilosophie: (siehe Bild)

Wie aus dem dargelegten erkennbar wird, stehen die Chancen für eine eigenständige Profession nicht schlecht, sofern Pflegende diese Chancen erkennen und sich nicht über falsch verstandene Aufwertung, wie sie die Delegation ärztlicher Tätigkeiten darstellt, vom Ziel der Deutungshoheit über ihren Kernprozess abbringen lässt. Dazu bedarf es aber eines hohen Grades an Organisiertheit in der Berufs-gruppe, um einen kontinuierlichen, verbindlichen und zeitnahen Informationsfluss sicherzustellen. Dazu müsste der derzeitige Organisationsgrad um das 10-fache auf mindestens 80% gesteigert werden. Es besteht die Hoffnung, auch dieses Professionalisierungsmerkmal zu erreichen, wobei hierin zugegebener Maßen die größte Herausforderung auf dem Weg in die Professionalisierung liegt.

Dr. Franz Lorenz