

## Öffentliche Anhörung – Enquetekommission

**Ambulante häusliche Pflege und  
häusliche Krankenpflege (HKP)  
20. März 2015**

**Eva-Maria Armbruster  
Stellvertreterin des Vorstandsvorsitzenden  
des Diakonischen Werks Württemberg**

Zur Diakonie Württemberg gehören 240 Diakonie-Sozialstationen mit 13.750 Mitarbeitenden. Sie versorgen ca. 24.000 Menschen. Dazu kommen zahlreiche Nachbarschaftshilfen, Kooperationen mit offenen Angeboten der Kirchengemeinden und an zahlreichen Orten Krankenpflegevereine, die die Arbeit unterstützen und in erheblichem Umfang auch finanziell fördern.

## **1. These: Die Bevölkerung erwartet mehr von der ambulanten pflegerischen Versorgung, als sie unter den derzeitigen Rahmenbedingungen tatsächlich bieten kann.**

Die rastlose nimmermüde Gemeindegeschwester in der ambulanten Pflege, die Sozialstationen, die in den 70er und 80er Jahren des 20. Jhdts. flächendeckend eingeführt wurden – das war bedarfs- und bedürfnisorientierte Versorgung! So haben wir sie im Kopf. So erwarten und brauchen wir sie. So gibt es sie nicht mehr. Und nur gut war sie ja auch nicht: die gute alte Zeit! Die Wirklichkeit der pflegerischen Versorgung im Land ist eine grundlegend andere geworden.

Aus der Schwester ist die professionelle Pflegerin geworden. Gerade die Pflege hat seit den 80er Jahren um die Anerkennung als Fachprofession gekämpft. Sie hat Qualitätsnormen gefordert und eingeführt, die sich einige Jahre später in den viel gescholtenen Qualitätsrichtlinien der Pflegeversicherung wieder gefunden haben. Erstmals wurden "Leistungsmodule" der Grundpflege erstellt und an Preise geknüpft. Der Gesetzgeber hat ganz bewusst den Wettbewerb unter den Pflegeanbietern eingeführt, und Leistungsempfänger konnten wählen zwischen den Anbietern und ihren Angeboten. Eine durchaus begrüßenswerte politische Weichenstellung einerseits; andererseits eine Umstellung des Systems und eine Ausrichtung der ambulanten Pflege an marktwirtschaftlichen Prinzipien. Ambulante Dienste müssen heute notwendige und sinnvolle Angebote der Betreuung und der Pflege im wirtschaftlichen Korsett der Refinanzierbarkeit erbringen.

Das entspricht nicht unserer Vorstellung von Pflege. Eine zugewandte Grundhaltung, Konzentration bei der Arbeit, genügend Zeit für ein kurzes Gespräch – was die Schwester ganz selbstverständlich leistete, ist ob dieser Entwicklung teilweise verloren gegangen. Permanente Touren- und Einsatzoptimierung sind Belastungen, unter denen Pflegekräfte zunehmend leiden. Die Arbeitssituation der Mitarbeitenden ist genauso wichtig für Qualität und Zufriedenheit wie eine gute Ausbildung, regelmäßige Fortbildungen und eine gute Arbeitsorganisation. Damit können wir die gute ambulante Pflege im Land sichern.

Lange Zeit haben vor allem die kirchlichen Sozial- und Diakoniestationen (aber auch kommunale Pflegedienste und andere gemeinnützige Anbieter) im Land versucht, diese Prinzipien trotz des wachsenden ökonomischen Drucks durchzuhalten. Bis heute stehen diese Dienste für eine gute pflegerische Grundversorgung – doch wir müssen zur Kenntnis nehmen, dass die Spielräume für „gute Arbeitsplätze in der Pflege“ enorm eng geworden sind.

Wenn wir heute bestehende Strukturen stabil halten und die „Unmittelbarkeit der Hilfe“ im Sinne dieses alten Ideals wiederherstellen wollen, müssen wir Einiges anders organisieren.

## **2. These: Die Beratung und Information müssen verbessert, Hilfeangebote besser koordiniert werden.**

Für die Gemeindegeschwester keine Frage: Sie kontaktierte ganz selbstverständlich den Hausarzt und die Apotheke, kümmerte sich um notwendige Pflegehilfsmittel, schickte jemanden aus der Kirchengemeinde vorbei, um die ihren Mann pflegende Frau zu entlasten.

Heute stehen Pflegebedürftige und vor allem Angehörige vor unzähligen unterschiedlichen Hilfemöglichkeiten. Die sozialgesetzlichen Leistungen sind vielfältiger, umfangreicher und damit auch unüberschaubarer geworden. Ein gutes Beispiel dafür ist die neueste Pflegeversicherungsreform, bei der Leistungsansprüche gerade in der Betreuung und Entlastung deutlich ausgebaut wurden, was ich nur begrüßen kann. Gleichzeitig sind die Vorschriften und Wahlmöglichkeiten so kompliziert, dass auch die Profis dafür Extra-Schulungen brauchen, um angemessen beraten zu können.

Baden-Württemberg hat schon in den 90er Jahren mit den sog. IAV-Stellen auf kommunaler Ebene einen guten Weg eingeschlagen. Mit dem Argument, die Beratung sei Aufgabe der Pflegekassen, hat man sie leider wieder aus den Förderprogrammen genommen. Heute – einige Jahre nach Einführung der Pflegestützpunkte – sehen wir, dass die im Land bestehenden regionalen Pflegestützpunkte bei weitem nicht ausreichen, um den Beratungsbedarf auch nur annähernd zu decken. Beratung muss leicht zugänglich, niedrigschwellig und deshalb vor allem wohnortnah angeboten werden. Betroffene und Angehörige brauchen unkomplizierte Informations- und Beratungsmöglichkeiten – von der Beratung zur Wohnraumgestaltung über die Organisation von Dienstleistungen im Haushalt bis hin zur Beratung im Pflegefall. Wir sollten also zukünftig Informations- und Versorgungsnetze aufbauen, in denen sich die unterschiedlichen Anbieter zusammenschließen und Beratung und Information bündeln.

In anderen Ländern gibt es das Konzept des „Primary Nursing“. Möglicherweise wäre dies auch ein Ansatz für uns, Hilfe und Pflege effektiver zu gestalten. Heute ist dies nur schwer möglich, da nur die Leistungen von den Krankenkassen refinanziert werden, die direkt die Erfüllung des leistungsrechtlichen Anspruchs betreffen. Jedoch: nicht alle Menschen bekommen SGB-XI-Leistungen, sondern viele „nur“ SGB-V-Leistungen. In jedem Fall müssen wir nach Wegen suchen, auf denen alle Leistungsanbieter voneinander wissen und aufeinander verweisen können. Dies setzt voraus, dass Pflegedienste, Ärzte, Krankenhäuser und andere Leistungsanbieter in regelmäßigem Kontakt zueinander stehen.

### **3. These: An der kommunalen Koordination der ambulanten Angebote führt kein Weg vorbei.**

Bei der Information über Pflegeangebote und deren Abstimmung sollten die Kommunen idealerweise eine koordinierende Rolle übernehmen. Viele haben bereits koordinierende Funktion und verknüpfen Hilfeangebote, ehrenamtliche Initiativen und Professionelle Angebote. Gerade unter dem Aspekt der Daseinsvorsorge, wer lebt wie lange im eigenen Haushalt, müssen nachbarschaftliche und familiäre Ressourcen gestützt, entwickelt und gefördert werden.

Es ist falsch, die Informationsbedürfnisse der Bürgerinnen und Bürger allein den Kranken- und Pflegekassen zu überlassen. Sie können – naturgemäß – nur einen Ausschnitt der Alltagswirklichkeit und des Versorgungsbedarfes hilfebedürftiger Menschen erfassen.

### **4. These: Ambulante Pflege ist - gemessen an den Erwartungen, die sie erfüllen soll - strukturell unterfinanziert.**

Solange alleine Einsparungszwänge der gesetzlichen Sozialversicherungssysteme (Krankenkassen, Pflegeversicherung) die Entwicklung der Leistungsangebote dominieren, können gute Arbeitsbedingungen in der Pflege nicht geschaffen werden – mit allen Wirkungen auf die Versorgungsqualität.

Ambulante Pflegedienste finanzieren sich zum überwiegenden Teil aus Leistungserträgen der Kranken- und Pflegeversicherung. Die behandlungspflegerischen Leistungen müssen ärztlich

verordnet werden. Im Gegensatz dazu wählt der betroffene Mensch Leistungen der Pflegeversicherung nach vorheriger Beratung selbst aus. Aber viele ambulante Pflegeleistungen sind nur dann wirtschaftlich, wenn sie „im Paket“ innerhalb eines Hausbesuchs erbracht werden können. Leistungsplanung muss differenziert nach einzelnen Leistungsbereichen gemacht werden – Mitarbeitergruppen sind nicht in allen Leistungsbereichen gleichermaßen einsetzbar. Das verkompliziert die Einsatz- und Tourenplanung.

Die leistungsrechtliche Unterscheidung ist zwar für sich gesehen logisch und sinnvoll. Der ausschließliche Bezug zur unmittelbar erbrachten Pflegeleistung im Krankenkassenbereich führt jedoch dazu, dass die Leistungen für Pflegedienste sich nur dann wirtschaftlich erbringen lassen, wenn noch andere Leistungen (durch andere Kassen oder Zahler finanziert) hinzukommen.

Zeiten für die Pflegeplanung und Dokumentation, die fachlich und haftungsrechtlich zwingend sind, oder Zeiten für die Hilfekoordination bei alleine lebenden Menschen werden über die Leistungsvergütungen nicht refinanziert, ebenso wenig der eigentlich immer vorhandene Bedarf des einzelnen Menschen an einem Gespräch, an Klärung und Zuwendung oder einer kleinen Handreichung.

Frei gemeinnützige und kirchliche Pflegedienste bestreiten diese Leistungen vielfach aus Spenden oder aus Zuwendungen von Krankenpflegevereinen und Kirchengemeinden. Aber die im eigentlichen Sinne „ideale“ Struktur der kirchlichen und frei gemeinnützigen Dienste ist gefährdet – vor allem deswegen, weil die Nicht-Anerkennung von Tariflöhnen bei Vergütungsverhandlungen zu einer massiven Arbeitsverdichtung (vor allem bei tariftreuen Diensten) geführt hat. Natürlich ist jeder gemeinnützige und kirchliche Träger dazu verpflichtet, alle nur erdenklichen Wirtschaftlichkeitspotenziale auszuschöpfen. Doch bitte gemeinsam mit den Mitarbeitenden. Sollten Prozessoptimierung und Ausschöpfung der „letzten Reserve“ dazu führen, dass wir keine Mitarbeiter mehr finden, hätten wir nichts gewonnen, aber sehr viel verloren.

## **5. These: Qualifiziertes Personal ist nur durch gute Bedingungen zu finden und zu halten.**

Noch ist die ambulante pflegerische Versorgung im Land gut. Aber – der Fachkräftemangel in der Pflege ist vorhersehbar. Laut statistischem Landesamt (2014) wird der Pflegebedarf zu Hause bis 2030 um ca. 45 % steigen. Quantität und Qualität in der Pflege auch in Zukunft zu bieten, ist eine enorme Herausforderung für die Dienste!

Ein zentraler Faktor für eine weiterhin funktionierende pflegerische Infrastruktur wird es sein, qualifiziertes Personal zu gewinnen. Pflegekräfte im ambulanten Bereich arbeiten auf ihren Touren sehr selbständig und verantwortlich. Ambulant pflegen kann nur, wer qualifiziert ist, wer über eine gewisse Erfahrung verfügt und wer gut angeleitet und begleitet wird. Deswegen ist es unabdingbar, jungen Berufseinsteigern attraktive Arbeitsbedingungen anzubieten. „Attraktiv“ heißt gutes Gehalt, heißt qualifizierte Ausbildung und heißt Anleitung im Job.

Ein weiterer zentraler Faktor wird sein, qualifiziertes Personal zu binden. Guten Ideen und Konzepte, um die Arbeitskraft älterer Pflegemitarbeiter zu erhalten, gibt es. (Die bgw hat hier wirklich gute Ideen und Modelle entwickelt.) Doch es hapert an der Umsetzung. Gerade die vielen kleinen gemeinnützigen, kirchlichen und privaten Träger und Pflegedienste tun sich wegen der engen personellen Spielräume schwer damit, Arbeitsplätze für ältere Mitarbeiter umzugestalten. Für sie lohnt es sich besonders, Qualifikations- und Unterstützungsprogramme zur Personalentwicklung voranzubringen.

## **6. These: Im ländlichen Raum werden sich viele Konflikte und Engpässe schneller zeigen als in den dicht besiedelten Ballungsräumen.**

Baden-Württemberg ist ein Flächenland mit einigen industriellen Ballungszentren und großen ländlichen Gebieten, die den demografischen Wandel bereits spüren. Jüngere Menschen zieht es vom Land in die Stadt. Ich halte es für wahrscheinlich, dass aufgrund dieser Abwanderung das Angebot an qualifizierten Pflegekräften in ländlichen Regionen abnehmen wird. Heute bereits werden Arztpraxen auf dem Land weniger und Krankenhäuser geschlossen. Für die ambulante pflegerische Versorgung auf dem Land bedeutet dies, dass die Zahl der zu versorgenden alten Menschen zunehmen wird, Wege länger werden und der Koordinierungsaufwand im Einzelfall steigt.

Ein Patentrezept dagegen ist nicht einfach zu finden. Ich denke, wir brauchen hierzu auf der Landesebene und in den Regionen Gespräche und Konzepte. Dazu gehören alle an einen Tisch – Ärzte, Kassen und Kommunen. Zu einem notwendigen Netzwerk gehören die Kirchen, die – obwohl ebenfalls von der demografischen Entwicklung betroffen – Infrastrukturen anbieten und traditionell organisierte Nachbarschaftshilfe und die solidarische Unterstützung durch Krankenpflegevereine haben. Die Ausdünnung der bisher gut funktionierenden Strukturen in ländlichen Gebieten gibt aber einen deutlichen Hinweis darauf, dass es für eine dauerhaft sichere Grundversorgung neue Wege braucht.

## **7. These: Eine gute Pflege vor Ort braucht lokale Partnerschaften und zivilgesellschaftliches Engagement.**

Die Baby-Boomer-Generation nähert sich dem Alter, in dem die eigenen Kräfte nachlassen. Ein Blick auf die Alterspyramide macht schnell klar, dass Pflege, Betreuung, Alltagsunterstützung in der Zukunft nicht allein mit professionellen Pflegekräften zu bewältigen sein werden – ganz abgesehen von den drastisch steigenden Kosten für Pflegedienstleistungen.

Wir werden im Vorfeld und Umfeld der Pflege viele, sehr viele Menschen brauchen, die sich bürgerschaftlich engagieren. Das Thema ist heikel, ich weiß. Die Gefahr, beruflich qualifizierte Pflege „aus Versehen“ abzuwerten („Pflegen kann ja jeder!“) steht im Raum. Und die Vermutung, zwangsläufig kostspieligere professionelle Leistungen durch die Leistung Freiwilliger ersetzen zu wollen. Darum geht es mir jedoch nicht.

Es ist vielmehr notwendig, bereits vorhandene Initiativen, bürgerschaftlich tätige Organisationen und professionelle Angebote zu vernetzen: Tagespflegeangebote, Pflegedienste, kirchliche Besuchs- und Betreuungsgruppen, Gruppen, die sich um die Entlastung von Angehörigen kümmern. Als Konsequenz aus dieser Notwendigkeit muss in den Aufbau, die Unterhaltung und nicht zuletzt in die Koordination dieser Angebote investiert werden. Und in die Qualifizierung bürgerschaftlich und ehrenamtlich Engagierter. Baden-Württemberg hat in den letzten Jahren einen guten Weg eingeschlagen – und wir müssen ihn gerade unter den Vorzeichen der genannten Entwicklungen konsequent fortsetzen, indem wir professionelles und bürgerschaftliches Engagement richtig verzahnen und entwickeln.

## **8. These: Ohne verlässliche Daten ist eine gute pflegerische Infrastrukturplanung nicht möglich.**

Bei der Ausarbeitung dieses Vortrages ist mir wieder einmal aufgefallen, dass es viel zu wenig verlässliche Daten gibt über die voraussichtliche Entwicklung des „ambulanten“ pflegerischen Bedarfes im Land. Im Bereich der stationären Pflege ist die Datenlage etwas besser, doch es ist ziemlich schwer, für Kommunen unter 5000 Einwohnern Bedarf und Entwicklungen eini-

germaßen realistisch einzuschätzen, weil die Daten nicht ausgewertet werden. Für die betroffenen Kommunen und Träger der Pflegedienste heißt dies: Im Augenblick macht jeder mehr oder weniger einen Blindflug, was die Planung zukünftiger Leistungsangebote und Personalpolitik angeht. Bisher hat das gut funktioniert, denn der Bedarf ist ständig gewachsen und wird weiter steigen. Doch gerade im Blick auf die Versorgung im ländlichen Raum wird es zunehmend schwerer werden, aufgrund von Planungsdaten Angebote und eine vorausschauende Personalplanung zu entwickeln. Hier liegt eine Aufgabe der regionalen und kommunalen Planung im Sinne der Daseinsvorsorge. Meine Forderung an dieser Stelle ist es deshalb, eine aussagekräftige Pflegeberichterstattung im Land einzuführen, die die Entwicklungstrends regelmäßig erfasst, damit Kommunen und Landkreise, aber auch die Träger sich rechtzeitig auf die Folgen des demografischen Wandels einstellen können.

## Fazit

Zurück zur Gemeindegeschwester – das ist selbstverständlich kein Ansatz für eine moderne häusliche Pflege, das will niemand. Die kirchlichen Sozialstationen sind heute ein gut vernetzter, professionell organisierter Akteur mit haupt- und ehrenamtlich getragenen Angeboten. Gerade im ländlichen Raum sind sie häufig der relevante Pflegedienst. Die Erwartungen an die ambulanten Dienste sind hoch, ihre Kompetenz und Leistungsbereitschaft beeindruckend, und gerade kirchliche Träger haben einen hohen Anspruch an sich selber. Sie pflegen mit Herz. Sie brauchen unser aller Lobby und die planvolle Einbindung in ein funktionierendes Versorgungssystem, damit sie sich künftig wieder mehr vom reinen Leistungserbringer hin zum gemeinwesenorientierten Angebotsgestalter vor Ort weiterentwickeln können. Wir brauchen ein Bündnis für die häusliche Pflege.