

Konturen einer künftigen Pflegepolitik

Thomas Klie, Freiburg

I. Demographische und soziale Handlungsprozesse

Die demographischen Entwicklungen, die in den nächsten Jahren noch weiter an Dynamik gewinnen werden, sind seit 20, 25 Jahren bekannt. Die Zahl der Pflegebedürftigen wird steigen. Wir gehen von einer Verdoppelung der Zahl bis zum Jahre 2050 aus. Gleichzeitig nimmt das so genannte informelle Pflegepotential, also die Zahl derer, die (typischerweise) Pflegeaufgaben übernehmen können, ab. In den nächsten zehn Jahren wird es zwar erwartbarer, auch im höheren Alter Partnerschaften leben zu können. Auch ist das Verhältnis der Hochbetagten zu den nachfolgenden Generationen angesichts der Baby-Boomer-Generation noch nicht so ungünstig, wie es später einmal sein wird. Gleichwohl ist von einer deutlichen Abnahme des informellen Pflegepotentials auszugehen.

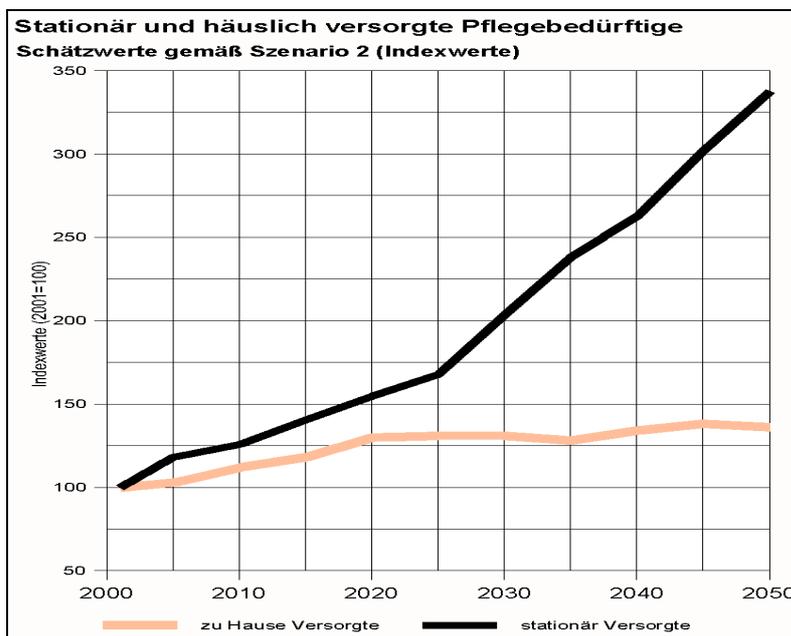
Dies hängt im Wesentlichen damit zusammen, dass das Zusammenleben der Generationen nicht mehr vorausgesetzt werden kann, dass sich die Mentalitäten in der Bevölkerung ändern und von einer Bereitschaft, die Pflegeaufgaben allein und ohne professionelle Hilfe zu bewältigen nicht mehr ausgegangen werden kann und im Übrigen auch nicht ausgegangen werden sollte. Unsere Untersuchungen zu pflegekulturellen Orientierungen zeigen deutlich, dass die Bereitschaft, in traditioneller Weise Pflegeaufgaben zu übernehmen, deutlich gesunken ist und weiter sinken wird: Im urbanen Bereich sind nur noch 4 % der 40-65-Jährigen bereit, die Pflege ihrer Angehörigen ohne professionelle Hilfe zu bewältigen. Heute sind es 70 % der Haushalte mit Pflegebedürftigen. Der Mentalitätswandel in der Bevölkerung wird die Pflegekultur, aber auch die manifesten Versorgungsarrangements in den nächsten Jahren maßgeblicher beeinflussen als der demographische Wandel.

Die Herausforderungen, die aus dem demographischen und gesellschaftlichen Wandel resultieren, sind das eine. Herausforderungen eigener Art liegen in dem Erkenntniszugewinn in fachlicher Hinsicht: Gerade die Professionellen der Pflege haben in den letzten Jahrzehnten sehr viel an gesicherten Wissensbeständen erarbeitet, die für die Pflege und Betreuung entsprechend des „state of the art“ unverzichtbar sind. Wir wissen von der Bedeutung interprofessioneller Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegekräften, Therapeuten und den Fachkräften der Sozialen Arbeit. Nur im Zusammenwirken gelingt qualitativ gute Pflege und Betreuung, kann eine rehabilitative Orientierung verankert werden und ist eine wirtschaftliche Versorgung sichergestellt. Die größte fachliche Herausforderung liegt in der Implementation vorliegender Wissensbestände in die Praxis. Eine Minderheit von Krankenhäusern, Heimen und ambulanten Diensten hat die nationalen Pflegestandards bereits implementiert. Eine weitere Herausforderung liegt in den nicht wegzuleugnenden ethischen Dilemmata. Angesichts des demographischen Wandels, des Zugewinns an fachlichen Erkennt-

nissen und medizinischen Therapiemöglichkeiten steht das Thema Rationierung im Gesundheitswesen auf der Tagesordnung. Auch für die Pflege wird immer wieder die Frage gestellt, was sie der Gesellschaft wert sei. Eine ethische Herausforderung liegt in der gesellschaftlichen Akzeptanz von Abhängigkeit. Sie ist potentiell mit dem hohen Alter verbunden. Sie konstituiert unser Leben generell, in besonderen Lebenslagen aber sehr spezifisch. Die moderne und nachmoderne Gesellschaft sieht im Individuum im Wesentlichen die autonome Person, die ihr Leben selbst meistert und selbstbestimmt agiert. Die multiplen Abhängigkeiten, in die sie sich im Alter begibt, werden zwar reflektiert, aber nicht unbedingt anthropologisch verarbeitet. Wenn wir nicht individuell und kollektiv lernen, potentielle Abhängigkeit in unser Personenkonzept mit zu integrieren, werden wir individuell und kulturell an der Pflegebedürftigkeit scheitern. Es ist eine zivilisatorische Herausforderung, Leben mit Abhängigkeit, mit Pflegebedürftigkeit und chronischer Krankheit in der Mitte der Gesellschaft als lebenswertes Leben und als gesellschaftlich gewürdigten Lebensabschnitt zu verankern.

II. Szenarien

Wir müssen uns anschaulich mit der Zukunft der Pflege auseinandersetzen, wenn wir Konturen für eine nachhaltige Pflegepolitik skizzieren wollen. Da helfen Simulationstechniken und Szenarien, die mögliche Zukünfte in den Blick nehmen lassen.



Quelle: Blinkert/Klie 2004

Wir wissen auch von den Faktoren, die Pflegebereitschaften beeinflussen können, etwa die Vereinbarkeit von Erwerbsarbeit und Pflege. Ein mögliches Szenario wäre unter der Annahmen sinkender Pflegebereitschaften und einer schlechten Vereinbarung von Erwerbsarbeit und Pflege, dass im Jahre 2050 (zugegebenerweise etwas spekulativ) 1,9 Millionen Menschen in Pflegeheimen leben werden - mehr als ambulant Versorgte. Dieses Szenario ist nicht unrealistisch. Es geht von bestimmten An-

nahmen aus, die so nicht eintreffen müssen. Ob sie so eintreffen oder nicht, hängt entscheidend auch davon ab, wie wir unsere Pflegepolitik ausrichten.

Ein anderes Szenario, das von einer gut entwickelten Infrastruktur mit Tagespflegeeinrichtungen, entlastenden Diensten und einer besseren Vereinbarkeit von Erwerbsarbeit und Pflege ausgeht, rechnet mit nur 900.000 Pflegeheimplätzen im Jahre 2050 – was in der Differenz 1 Million ausmacht. Hier liegt der Gestaltungsspielraum für eine nachhaltige Pflegepolitik. 1,9 Millionen Pflegeheimplätze will niemand. Wir können sie uns ökonomisch nicht leisten. Sie stellen die Teilhabe pflegebedürftiger Menschen am Leben unserer Gemeinschaft und Gesellschaft in Frage. Dass wir Pflegeheime brauchen steht außer Frage, auch wenn man sie sich persönlich nicht wünscht. Aber einen derartigen Zuwachs an Pflegeheimplätzen könnten wir gesellschaftlich und kulturell kaum verkraften.

Ein weiteres Szenario legen Entwicklungen etwa in Italien nahe. Dort sind bereits weit über 80 % der in der ambulanten Pflege tätigen Pflegekräfte Migranten. In Deutschland gehen wir etwa von 100.000 Personen aus, in Italien sind es weit über 600.000. Die Nachfrage nach osteuropäischen Pflegekräften zeigt deutlich, dass der Bedarf an haushaltsnahen Dienstleistungen, an Entlastungen in der häuslichen Pflegesituation, groß ist. Es gibt auch eine nennenswerte Bereitschaft von Haushalten, Geld in die Pflege zu investieren. Die Diskussion um osteuropäische Pflegekräfte in Deutschland zeigt, dass wir gerade unter dem Gesichtspunkt der Sicherstellung von zeitlich konsistenter Betreuung deutliche Defizite im aktuellen Versorgungssystem haben. Eine Million Migranten in der Pflege in Deutschland, auch das ist ein durchaus nicht unrealistisches Szenario. Auch hier sind Rahmenbedingungen zu reflektieren, die dies leichter machen, dies erschweren oder Alternativen schaffen. Bei dem Thema MigrantInnen in der Pflege stellen sich Fragen der Fairness, stellen sich Fragen nach angemessener Entlohnung von Pflegekräften und Assistenzpersonen. Es stellt sich aber auch die Frage nach einer effizienten Verwendung von Mitteln aus der Pflegeversicherung und anderen sozialen Transfersystemen.

Ein viertes Szenario würde schon im Jahre 2030 die Vervielfachung von Pflegeaufgaben nahe legen (nicht der Betriebe, sondern der dort beschäftigten Personen). Das wären dann nicht mehr 240.000, sondern ca. 1 Million Pflegekräfte in ambulanten Diensten. Diese Annahme ist auch nicht unrealistisch, wenn man sich das veränderte Nachfrageverhalten und das zurückgehende Pflegepotential vor Augen führt.

III. Perspektive

Diesen Szenarien soll eine Perspektive entgegengesetzt werden, die in den Traditionen der Deutschen Sozialstaatlichkeit ebenso verankert ist wie in den Mentalitäten der Bevölkerung. In der Architektur des Deutschen Sozialstaats finden wir das Konstruktionsprinzip der Subsidiarität. Verantwortlichkeit für die Wohlfahrt liegt zunächst in den Familien, in den Nachbarschaftsstrukturen, in den sozialen Netzwerken unserer Gesellschaft. Sie zu befördern ist Aufgabe gestaltender Familien- und Gesell-

schaftspolitik. Sie infrastrukturell zu unterstützen, durch Angebote des Marktes etwa, ist Aufgabe der Daseinsvorsorge, die insbesondere den Kommunen obliegt. Familien und andere informelle Netzwerke, Professionelle, berufliche Assistenzkräfte und Freiwillige wirken zusammen, wenn es um die Begleitung von Menschen mit Behinderung und Pflegebedarf geht. Die unterschiedliche Motivation schützt vor Eindimensionalität. Die professionellen Kräfte sind die Künstler der Interaktion mit dem Pflegebedürftigen, aber auch mit den pflegenden Angehörigen. Sie sind unverzichtbar, vor allem auch in ihrer Begleitungs-, Beratungs- und Sicherstellungsfunktion. Assistenzkräfte zeichnen sich aus durch eine polyvalente Kompetenz, unterschiedliche, persönliche und erlernte Begabungen sowohl in der Gestaltung des Haushaltes, in den Basics der Pflege aber auch im kulturellen Verständnis, wenn es darum geht, einen gelingenden Alltag unter den schwierigen Bedingungen von Pflegebedürftigkeit und Demenz zu gestalten. Die Angehörigen leben ihre Solidarität mit dem Angehörigen für Kontinuität von Familientraditionen und -beziehungen. In einer modernen Gesellschaft sorgen sie sich um eine faire Rollenverteilung zwischen den Geschlechtern und den Generationen. Die Freiwilligen tragen Sorge für die soziale Teilhabe sowohl der Angehörigen als auch der Pflegebedürftigen. Sie bringen um ihrer selbst und um der Pflegebedürftigen willen ihre Zeit, ihre Kompetenzen, aber auch ihre Kritik mit in das Betreuungs- und Pflegegeschehen ein. So könnte man idealtypisch einen Pflegegemix beschreiben. Ihn zu befördern ist Aufgabe einer auf Nachhaltigkeit ausgelegten Pflegepolitik.

IV. Prüfsteine

Die Pflegeversicherung steht vor einer Reform, ein Eckpunktepapier des BMG ist erarbeitet. In der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie wird derzeit an einem Prüfsteine-Papier zur nachhaltigen Sicherung der Pflege gearbeitet. Einige dieser Prüfsteine werde ich Ihnen vorstellen und sie den Eckpunkten der Reform der sozialen Pflegeversicherung gegenüberstellen.

Prüfstein 1

Inwieweit wird im Rahmen einer Reform der Pflegesicherung ein wissenschaftsbasierter Pflegebedürftigkeitsbegriff erarbeitet und verbindlich mit übergreifenden Assessments verbunden?

Es ist allgemein bekannt, dass der Pflegebedürftigkeitsbegriff des SGB XI einer ist, der nicht mit dem pflegewissenschaftlichen Pflegebedürftigkeitsbegriff gleichzusetzen ist. Er stammt aus der Kriegsopferfürsorge, wurde weiterentwickelt und ist durch ein selektives Verrichtungskonzept geprägt. Inzwischen sind die pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse wesentlich weiter gediehen. Mit ihnen ließe sich die Notwendigkeit fachlicher Pflegebedürftigkeitseinschätzungen mit der sozialrechtlichen Verteilungsfunktion begrenzter Mittel verbinden. Auf diesen Weg müsste sich eine auf Nachhaltigkeit hin orientierte Pflegepolitik machen, wenn es darum geht, die fundierten Erkenntnisse aus der Pflegewissenschaft einzubeziehen und zugleich sicherzustellen, dass nicht nur die Fachpflege, sondern auch Rehabilitations-, Behandlungs- und Teilhabe- sowie hauswirtschaftliche Bedarfe systematisch erhoben, vernetzt und in-

tegriert befriedigt werden. In den Eckpunkten der sozialen Pflegeversicherungsreform des BMG steht der Pflegebedürftigkeitsbegriff auf der Agenda. Der Weg zu einem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff ist unumkehrbar eingeschlagen worden. Das ist auch unter dem Aspekt der Nachhaltigkeit zu begrüßen.

Prüfstein 2:

Gelingt es, allen Pflegebedürftigen unabhängig von der Ausgestaltung des Arrangements ihrer Pflege Fachlichkeit vor allem im Sinne der Pflegeprozessessteuerung anzubieten?

Pflegefachlichkeit ist überall gefragt. Nicht nur im Handlungsvollzug der Pflege, insbesondere auch in der Planung, in der Feststellung der Pflegebedarfe und in der Steuerung des Pflegeprozesses. Die häufig haushaltsökonomisch begründeten Entscheidungen zugunsten des Pflegegeldes stehen in der Gefahr, die Fachlichkeit zu vernachlässigen. Insofern sollte unabhängig von der Entscheidung Pflegegeld oder Sachleistung oder Budgets ggf. die Pflegefachlichkeit infrastrukturell, bzw. über die Leistungen der Pflegeversicherung angeboten werden. Von einem solchen, pflegewissenschaftlich begründeten Konzept ist in den Eckpunkten zur Pflegeversicherungsreform noch nicht viel zu vernehmen. Es sollen lediglich die Beratungsbesuche erweitert werden.

Prüfstein 3:

Inwieweit sind die Leistungsarten und Formen sozialstaatlicher Pflegesicherung in der Lage, flexibel auf spezifische Bedarfsausprägung und lebensweltliche Kontexte zu reagieren?

Das Sachleistungsprinzip ist streng verbunden mit der Gesetzesbindung der Verwaltung und der verrichtungsbezogenen Leistungserbringung in der sozialen Pflegeversicherung. Dies führt, wie sich empirisch inzwischen gut belegen lässt, zu Bedarfsverfehlung. Hier ist eine stärkere Flexibilisierung der Leistungen, sowohl was Leistungsinhalte als auch was die an der Leistungserbringung beteiligten Personen anbelangt, ein Muss. Die bisherigen Erfahrungen aus dem Projekt „Pflegebudget“ zeigen deutlich auf, dass die mit budgetbasierten Finanzierungsformen erreichten Flexibilisierungen sowohl mehr Zeit als auch zu mehr Entlastung der Angehörigen und schließlich auch zu einer besseren Bedarfsorientierung führt. Die Eckpunkte für die Reform der sozialen Pflegeversicherung sehen vor, alternative Betreuungsangebote zu fördern und niederschwellige Leistungen zu erweitern, auch vom Umfang her. Mit dieser additiven, immer noch begrenzten zusätzlichen Leistung wird man kaum der grundlegenden Notwendigkeit der Flexibilisierung nachkommen können. Die Einführung des Pflegebudgets steht im Jahre 2007 nicht auf der Agenda.

Prüfstein 4:

Inwieweit wird die Generierung von gesicherten Wissensbeständen gefördert und eine multidisziplinäre Qualitätsentwicklung vorangetrieben?

Das Thema Qualitätssicherung ist seit langem eines der wichtigsten Themen der Pflegesicherung. Bei der aktuellen Qualitätssicherungsdiskussion steht die multi- und

interdisziplinäre Zusammenarbeit im Kontext der Pflege im Vordergrund. Inzwischen gibt es eine Reihe von nationalen Pflegestandards, Errungenschaften der professionellen Pflege. Daneben stehen etwa 1.000 ärztliche Leitlinien zur Verfügung. Hier die Integration voranzutreiben, die Entwicklung einer symmetrischen Kooperationskultur zwischen verschiedenen Berufsgruppen und evidenzbasierten Wissensbeständen auf interdisziplinärer Basis sind wesentliche Herausforderungen für die Zukunft. In der Reform der sozialen Pflegeversicherung ist nun vorgesehen im Rahmen eines sogenannten Dreisäulenmodells konsentiertere Standards für verbindlich zu erklären, das interne Qualitätsmanagement zu befördern und die externen Qualitätskontrollen weiter zu qualifizieren. Dabei können auch interdisziplinär und multidisziplinär erarbeitete Qualitätsniveaus eine Rolle spielen. Positiv ist zu bewerten, dass inzwischen auch die Pflegeheime und Pflegedienste als Kooperationspartner im Rahmen der integrierten Versorgung in Betracht gezogen werden.

Prüfstein 5:

Unterstützt die Pflegesicherung eine bessere Vereinbarkeit von Erwerbsarbeit und Pflege und setzt ihre Mittel auch für diese Zwecke effizient ein?

In der subsidiären Anlage der deutschen Sozialpolitik und auch der deutschen Pflegeversicherung spielt die Familie, spielt die Pflege durch nahe Angehörige und Freunde sowie andere Netzwerke eine entscheidende Rolle. In einem vormodernen Gesellschaftsmodell, in dem die traditionelle Frauenrolle vor allem auch dazu beitragen, dass Pflegeerwartungen erfüllt wurden, brauchte man sich weniger Gedanken über die Pflegebereitschaft einer Bevölkerung machen. In modernen und nachmodernen Gesellschaften ist dies anders. Es gibt viele Anhaltspunkte dafür, dass bei einer besseren Vereinbarkeit von Erwerbsarbeit und Pflege, aber auch anderen Aspekten der Lebensgestaltung und der Verantwortungsübernahme für Pflege die Pflegebereitschaft deutlich beeinflussen könnte. Möchte man dies, wird man mit den begrenzten Mitteln der Pflegeversicherung familienpolitisch wesentlich sorgsamer und zweckorientierter umzugehen haben. Somit steht auch das Pflegegeld zur Disposition, zumindest in der bisherigen Ausrichtung. Es wird bislang ohne Nachfrage, ohne Nachweis, ohne Bindung an die Erfüllung bestimmter Zwecke gewährt. Man könnte bei einer Weiterentwicklung des Pflegegeldes daran denken, dieses auf ein Kindergeldniveau pflegestufenübergreifend zu nivellieren und ein erhöhtes Pflegegeld dort zu gewähren, wo auf Erwerbsarbeit verzichtet wird oder die pflegenden Angehörigen dem Arbeitsmarkt nicht zur Verfügung stehen (Lohnersatzleistung). Das Pflegegeld wird in der aktuellen Diskussion um die Reform der Pflegeversicherung nicht in Frage gestellt, obwohl eine solche Diskussion doch die grundlegende Grammatik der Pflegeversicherung thematisieren würde.

Prüfstein 6

Unterstützt die Reform der Pflegeversicherung die soziale Teilhabe pflegebedürftiger Menschen?

Auf der Ebene der sozialen Teilhabe zeigt sich auch die Qualität des Pflegearrangements. Gelingt es nun, diesen Punkt von sozialer Teilhabe auch Pflegebedürftigen

und damit im Übrigen auch ihren Angehörigen zuteil werden zu lassen? Im Arbeitskreis „Teilhabeorientierte Pflege“ bei der Bundesbeauftragten für die Belange von Menschen mit Behinderung wurden Eckpunkte formuliert und Vorschläge zu einer teilhabeorientierten Weiterentwicklung der Pflegesicherung unterbreitet. Diese hat das BMG sich in den Eckpunkten zur Pflegeversicherungsreform derzeit noch nicht zu Eigen gemacht. Allerdings könnte die Förderung des bürgerschaftlichen Engagements im Kontext der Pflege als ein solcher Teilhabeaspekt interpretiert und gewürdigt werden. Es wird bei der Diskussion um die Reform der Pflegeversicherung, aber in besonderer Weise auch bei der Diskussion um den Pflegebedürftigkeitsbegriff darauf ankommen, dass die Teilhabediskussion verbindlich in die Weiterentwicklung des Pflegeverständnisses, der Assessmentverfahren und der Integration von Pflege und Teilhabeleistungen integriert wird.

Prüfstein 7:

Inwieweit löst sich die Pflegesicherung von einer allein lohnnebenkostenbasierten Finanzierung?

Die Konzeption der Pflegeversicherung als Sozialversicherung im Bismarckschen Stil erscheint angesichts des demographischen Wandels problematisch. Alle Hochrechnungen zur künftigen Sicherung der Pflege zeigen auf, dass allein eine sozialversicherungsbasierte Finanzierung langfristig die Pflege nicht sicherstellen können. Insofern denkt man über kapitalstockfinanzierte Ergänzungen nach, über eine Erhöhung der Sozialversicherungsbeiträge und auch über steuerfinanzierte Anteile. In dieser Mixtur wird auch eine der Lösungen liegen. Steuerfinanzierte Leistungen z.B. sind flexibler einzusetzen, hier können Einkommensdifferenzen berücksichtigt und Infrastrukturen finanziert werden.

Die Pflegeversicherungsreform steht nicht allein da. Sie wird begleitet bzw. dominiert von der Reform der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Auch sie hält einige Ansprüche für ältere Menschen im Kontext der Pflege parat. Jedoch: soll die Behandlungspflege im stationären Bereich dauerhaft zulasten der sozialen Pflegeversicherung von der GKV in die soziale Pflegeversicherung verlagert werden. Damit würde die Trennung zwischen ambulant und stationär zementiert, die Diskriminierung von Heimbewohnern fortgesetzt und die sinnvolle Aufweichung von ambulanten und stationären Strukturen behindert werden.

Die Reform der Pflegeversicherung wird weiterhin begleitet von der Föderalisierung des Heimgesetzes. Meines Erachtens ist die Konzeption des Heimgesetzes insgesamt überholt und stattdessen ein Einrichtungs- und Dienstegesetz erforderlich, das in unterschiedlicher Regelungsintensität die gesamte Altenhilfe und Pflege in den Blick nimmt. Die Grenzen zwischen ambulant und stationär könnten erarbeitet werden, Infrastrukturen auf Landesebene unterstützt und entwickelt, ein Berufsgruppenkonzept konzeptioniert werden, das zwischen Professionellen und Assistenzberufen differenziert, das Ordnungsrecht könnte auf Landesebene deutlich harmonisiert werden.

V. Schlussbemerkung

Große oder kleine SPV-Reform?

Aktuell wird nur eine kleine Reform der Pflegeversicherung möglich sein, die allerdings eine größere vorbereitet und dafür wichtige Bausteine liefert. Das Prüfkriterium für die Güte einer Reform der sozialen Pflegeversicherung liegt in der Anschlussfähigkeit bzw. -förderlichkeit der kleinen Reform für eine nachhaltige Reformperspektive. Es sind interessante Ansätze zu finden, sei es der Pflegebegriff, sei es das Aufgreifen der professionellen Qualitätssicherungsdiskussion und auch die angedachte Harmonisierung zwischen ambulant und stationär. Es bedarf aber eines Gesamtkonzeptes leistungrechtlich und infrastrukturell und es bedarf der Akzeptanz - auch bei den Pflegediensten, auch bei den Pflegekassen - dass Pflege vornehmlich Familienpolitik ist.