

Impulspapier Pflege tut Gutes - Pflege braucht Gutes

Einleitung

Der Tagesordnungspunkt „Gesundheit und Pflege“ war ursprünglich für die Frühjahrssynode 2020 vorgesehen und ein Impulspapier hierzu schon an die Synodalen verschickt worden. Wegen neuer Gesetze im Jahr 2020 wurden im Impulspapier wenige Anpassungen an die aktuellen Entwicklungen vorgenommen.

Die von massiver Überbeanspruchung geprägte pflegerische Bewältigung der Pandemiefolgen machte die Leistungen der Pflegenden, aber auch die strukturelle und personelle Schwäche des Pflegesystems endgültig sichtbar und offenbarte, dass im Kontext einer nachhaltigen Ausgestaltung unserer Gesellschaft auch der sozialen Dimension von Nachhaltigkeit in den letzten Jahren (Jahrzehnten) zu wenig Beachtung beigemessen wurde. Dies hat in der Krise u.a. dazu geführt, dass in vielen Ländern zu wenige Intensivbetten und zu wenige Beatmungsgeräte für die plötzlich ansteigende Zahl der Patient*innen zur Verfügung standen. Personalmangel, unzureichende Entlohnung und eine geringe Wertschätzung von Berufen im Pflegesektor haben dazu beigetragen, dass viele Länder nur schlecht auf die Corona-Krise vorbereitet waren. Auch in Deutschland konnten vielfach die umfangreichen und zusätzlichen Aufgaben nicht mehr vom vorhandenen Personal bewältigt werden und ohne die Unterstützung von Bundeswehr und Freiwilligen hätten manche Pflegeeinrichtungen ihre Bewohner*innen nicht mehr versorgen können. Zwar war der „Applaus für die Pflegenden“ ein gut gemeintes Zeichen, doch haben die Pflegenden zu Recht darauf hingewiesen, dass dieses Zeichen allein nicht reicht. Eine nachhaltige Wertschätzung ihres Berufsstandes muss sich in einer deutlichen Verbesserung der Bedingungen ihrer Arbeit und deren Rahmen niederschlagen.

Pflege tut Gutes – sie braucht auch Gutes

Zum Menschsein gehört grundsätzlich auch seine Verletzlichkeit und seine Sterblichkeit dazu. Wir sind zeitlebens auf andere angewiesen. Dies spüren wir besonders, wenn wir krank oder pflegebedürftig sind. Wie gut, wenn dann jemand da ist, der uns pflegt.

Mitarbeitende in der Pflege und pflegende Angehörige leisten tagtäglich einen unschätzbaren Dienst für kranke und pflegebedürftige Menschen und für unsere Gesellschaft. Dafür gebührt ihnen unser aller Dank und unsere Anerkennung.

Wer pflegt mich, wenn ich einmal pflegebedürftig werden sollte?

Erfreulich ist, dass im Zusammenhang des demografischen Wandels immer mehr Menschen älter werden. Zu verdanken haben wir dies unter anderem den guten Lebensbedingungen in unserem Land und einem guten Gesundheitssystem.

Je älter Menschen werden, desto mehr steigt aber auch die Wahrscheinlichkeit, dass sie auf Pflege angewiesen sind. Wir wissen, dass der Bedarf an Pflegenden in den jetzt kommenden Jahren signifikant steigen wird. Pflegefachkräfte fehlen aber bereits heute in einem nicht unerheblichen Maß, und es gibt immer weniger Angehörige, die diese Aufgabe übernehmen können. Die Geburtenraten sind schon seit Langem rückläufig. Eine nicht unerhebliche Anzahl an Personen hat gar keine Kinder oder nur noch ein Kind.

Pflege muss auch bezahlbar sein

Neben der drängenden Frage, wie wir als Gesellschaft zukünftig die Versorgung unserer kranken und pflegebedürftigen Menschen sicherstellen können, ist eine weitere wichtig: Wie schaffen wir es, dass Menschen aufgrund von Pflegebedürftigkeit nicht verarmen? Und wie können wir sicherstellen, dass die entstehenden finanziellen Lasten gerecht verteilt werden? Die Probleme in der Pflege, die oft schlagwortartig als „Pflegenotstand“ bezeichnet werden, können nur durch eine grundlegende Finanz- und Strukturreform der Pflege langfristig behoben werden. Im Kern geht es darum, neue, innovative Formen und Modelle in der Pflege zu etablieren, die auch bezahlbar sind.

Im Folgenden gehen wir auf einige Probleme in der professionellen Pflege und in der Pflege durch Angehörige näher ein, ohne einen Anspruch auf Vollständigkeit zu erheben. Zudem benennen wir Probleme, die wir in der medizinischen Versorgung auf dem Land wahrnehmen.

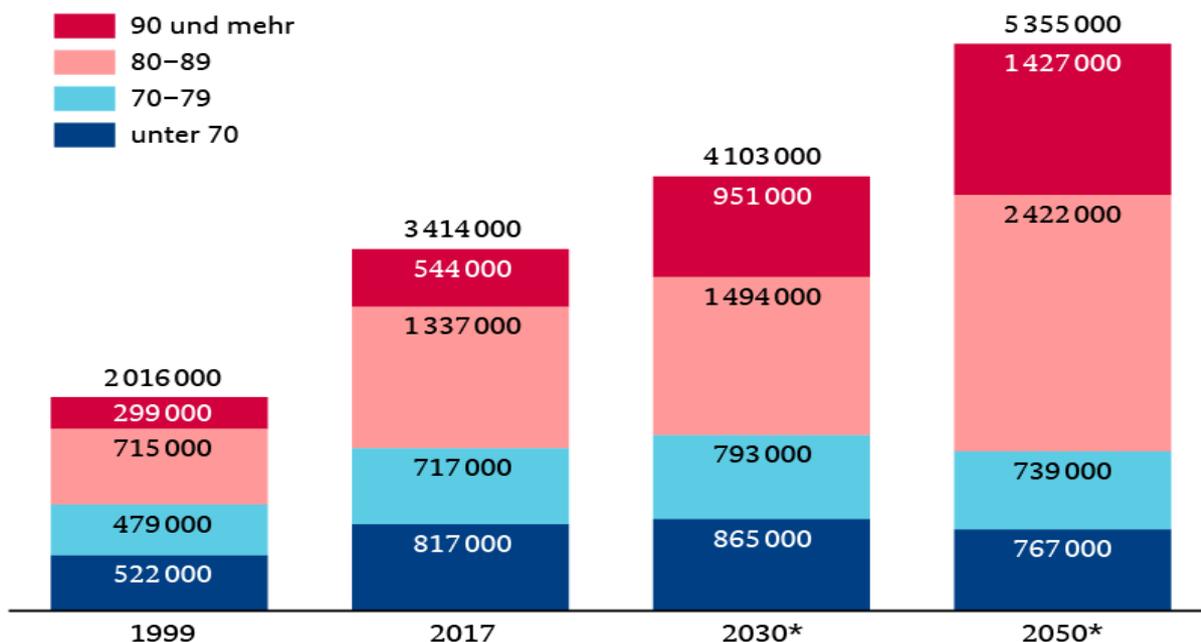
Zur Situation in der Pflege

Professionelle Pflege

Die Pflege, ob von Fach- oder von Hilfskräften geleistet, ist vom Dienst am Nächsten zu einem Markt geworden. Egal ob in Krankenhäusern, in Pflegeheimen oder ambulanten Diensten – die Ökonomisierung hat einen entscheidenden Anteil daran, dass sich die Arbeitsbedingungen für Pflegekräfte massiv verschlechtert haben.

Mittlerweile hat die Misere, die die pflegeversicherungsfinanzierte Altenpflege schon länger belastet, auch die Krankenpflege erreicht. Pflege ist zu einem in hohem Maße angespannten Markt geworden, in dem immer weniger Pflegekräfte einer kontinuierlich weiter ansteigenden Zahl kranker und/oder pflegebedürftiger Menschen gegenüberstehen. Diese Situation wird sich aufgrund des demografischen Wandels in den kommenden Jahren noch deutlich verschärfen.

Pflegebedürftige nach Altersgruppen, 1999–2050



* Annahmen: konstante alters- und geschlechtsspezifische Pflegequoten des Jahres 2017; Bevölkerungsentwicklung gemäß Variante 2 der 14. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung
 Datenquelle: Statistisches Bundesamt; Berechnungen: BiB
 © BiB 2019 / demografie-portal.de

Die Pflege leidet überdies an einem wachsenden Fachkräftemangel. Verschiedene Forschungsinstitute (z.B. das WifOR Institute in Darmstadt) haben in einer Langzeitprognose ermittelt, dass sich schon bis 2030 die Personallücke in der Gesundheitsversorgung auf rund 1 Mio. Fachkräfte erhöhen könnte.

Und der Arbeit in der Pflege fehlt es an gesellschaftlicher Anerkennung und guten Arbeits- und Rahmenbedingungen. Fragt man langjährig tätige Pflegekräfte, ob sie ihren Kindern empfehlen würden, diesen Beruf zu ergreifen, dann sagen sie, eigentlich sei der Beruf schön, aber die Rahmenbedingungen hätten sich mit den Jahren mehr und mehr verschlechtert: Wer will schon in einem ständigen Wechsel zwischen Früh-, Spät- und Nachtschichten mit viel zu wenig Kolleg*innen arbeiten? Wer will immer wieder Wochenenddienste und Überstunden leisten? Wer will sich und seiner Familie zumuten, kaum gemeinsame und fest planbare Freizeit zu haben? Wer will wegen häufigen krankheitsbedingten Ausfalls von Kolleg*innen immer auf Abruf leben und notgedrungen kurzfristig einspringen?

Dass die Pflege in Deutschland ihre Pflegekräfte selbst krank macht, zeigen die Gesundheitsberichte der gesetzlichen Krankenkassen anschaulich: Pflegekräfte sind öfter und länger krank als Menschen in anderen Berufen, sie müssen mehr Arzneimittel nehmen als andere. Dabei betreffen die Krankheitsdiagnosen deutlich stärker psychische Störungen und Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems. Gerade bei Altenpflegekräften ist die Zahl

der krankheitsbedingten Abwesenheitstage aufgrund psychischer Störungen doppelt so hoch wie beim Durchschnitt aller versicherten Beschäftigten (vgl. Barmer Gesundheitsreport 2018, Gesundheitsreport der Techniker Krankenkasse Schwerpunkt Pflege 2018).

Belastend wirkt sich darüber hinaus die ausgeprägte Bürokratisierung der Pflegearbeit aus. Jeder gelungene Bürokratieabbau in der Vergangenheit wurde schnell ausgeglichen durch die Einführung neuer Vorschriften. Was nicht dokumentiert ist, gilt als nicht erbracht.

Besonders stark ist das ausgeprägt in der stationären Pflege. Ein Bonmot lautet, dass die Pflege mit fast so vielen Verordnungen und Gesetzen überzogen ist wie ein Atomkraftwerk. Aber auch die ambulante Pflege ist extrem getaktet, und die Pflegekräfte können kaum auf die komplexen Bedarfe und das Kommunikationsbedürfnis der pflegebedürftigen Menschen in den Haushalten eingehen. Selbst die sog. Diakonischen Leistungen, die die EKHN als einzige aller Landeskirchen als „Zuwendungszeiten für Pflegebedürftige“ den Pflegekräften in der ambulanten Pflege ermöglicht, sind hier leider wenig mehr als der berühmte Tropfen auf dem heißen Stein.

Dass sich die außerordentlichen Belastungen des Pflegeberufs in deutlich höheren Löhnen niederschlagen, kann nicht konstatiert werden. Pflegekräfte in Krankenhäusern verdienen zwar mehr als ihre Kolleg*innen in Pflegeheimen und ambulanten Diensten, sind aber im Krankenhaussystem die Berufsgruppe, die am stärksten abgebaut wurde, um Personalkosten auszugleichen. Die Folge auch dort: Arbeitsverdichtung für das verbleibende Pflegepersonal.

Zwar rangieren in der Langzeitpflege/Altenpflege die kirchlich-diakonischen Tarife an der Spitze entsprechender Tabellen zur Pflege. Diese grundsätzlich erfreuliche Situation kann allerdings nicht die Tatsache ändern, dass im Vergleich zu anderen Berufen insgesamt eine unterdurchschnittliche Lohnentwicklung zu verzeichnen ist. Ursache hierfür war in der Vergangenheit die Tatsache, dass die Kostenträger, d.h. die Pflegekassen und die Sozialhilfeträger, den Wettbewerb der Pflegeanbieter in entsprechenden Verhandlungen ausnutzten und gestiegene Kosten verantwortungsvoll agierender kirchlich-diakonischer Arbeitgeber und deren Lohn- bzw. Tariferhöhungen nicht anerkannten. Erst seit wenigen Jahren hat der Gesetzgeber die Kostenträger verpflichtet, diese Erhöhungen zu refinanzieren.

Durch Aktivitäten der Konzertierten Aktion Pflege konnten in 2020 zudem einige Rahmenbedingungen in der Pflege verbessert werden. So wurde ein Pflegemindestlohn eingeführt, ein einheitlicher Tarifvertrag bzw. Pflegemindestentgelte werden weiterhin angestrebt. Aufgrund der sehr heterogenen Entgeltstruktur allein schon innerhalb der diakonischen Pflegeeinrichtungen in Hessen (aktuell werden mind. sechs unterschiedliche Entgelttabellen angewendet), die in den anderen Bundesländern ähnlich gestaltet ist, sind

auch die Interessenlagen gegenüber einem einheitlichen Tarifvertrag sehr weit gefächert und einfache Lösungen weit entfernt.

Der Versuch, einen bundeseinheitlichen Pflorgetarif in der Altenpflege einzurichten, ist im März 2021 erneut gescheitert. Eine spürbare Verbesserung der Arbeitsbedingungen und der Bezahlung aller Arbeitnehmer*innen in der Pflege müssen jedoch weiterhin auf der politischen Tagesordnung bleiben. Denn nur so lässt sich die Attraktivität der Pflegeberufe in Zeiten des Fachkräftemangels erhöhen. Dafür braucht es aber eine übergreifende Lösung, die u.a. sicherstellt, dass die Kostenträger künftige Lohnerhöhungen auch refinanzieren und steigende Kosten nicht durch steigende Eigenanteile den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen aufgebürdet werden.

Aktuell ist es nicht möglich, dass Pflegeheime und ambulante Dienste so viel Personal beschäftigen können, wie sie benötigen, um die auch durch Unterfinanzierung verursachte Arbeitsverdichtung für Pflegekräfte reduzieren zu können. Weil der Zuschuss der Pflegeversicherung gedeckelt ist, müssen z.B. Heimbewohner*innen jegliche Kostensteigerung – nicht nur der Pflege – selbst tragen. Allein der Eigenanteil für Pflegeleistungen lag in Hessen im Jahr 2021 bei 816 €. Derzeit beträgt der Eigenanteil für alle Leistungen in der stationären Pflege im Bundesdurchschnitt mehr als 2.000 €, Tendenz weiter steigend.

Hier muss weiter an einer Lösung auf Bundesebene gearbeitet werden. Die gemachten Schritte für eine Verbesserung der Löhne sind wichtig, aber bei weitem nicht ausreichend. Wir benötigen eine tatsächliche Pflegereform, die auch die Refinanzierung berücksichtigt.

Im aktuellen Pflegereformentwurf des Bundesgesundheitsministeriums wird erstmals von einer Deckelung des Eigenanteils für Pflegeleistungen gesprochen, dessen maximaler Betrag soll 700 Euro im Monat betragen und auf 36 Monate begrenzt werden. Dies ist ein richtiger Schritt, für viele hessische Pflegeheimbewohner*innen und ihre Angehörigen hätte diese Regelung aber zunächst kaum Auswirkungen. Denn wir oben beschrieben liegt der hessische Durchschnitt für die umgelegten Kosten der Pflegeleistungen zwar knapp darüber, dazu kommen aber weiterhin die Investitionskosten und die Verpflegungskosten die den Gesamtpreis auf über 2000 Euro monatlich ansteigen lassen. Die Frage bleibt, wie höhere Löhne künftig refinanziert werden können.

In der ambulanten Pflege reagieren kostenbewusste Pflegebedürftige meist damit, dass sie nur so viele Pflegeeinsätze in Anspruch nehmen, wie der Zuschuss der Pflegekasse zulässt, d.h., sie wählen eher die Unterversorgung, als Eigenmittel einzusetzen. Die Folge ist ein

erhöhtes Risiko für einen Krankenhausaufenthalt oder der gesundheitsbedingt frühere Wechsel in eine Pflegeeinrichtung.

Wie reagieren die Pflegekräfte auf die Rahmenbedingungen in der Pflege? Neben dem beschriebenen erhöhten Krankenstand mit Burn-out-Phänomenen, z.B. innerem „Erkalten“. Um sich vor seelischen Belastungen zu schützen, reagieren sie mit Veränderungen des Umgangs als Ausdruck von Stress. Sie reagieren aber auch durch Reduzieren der Arbeitszeit, um mehr Gelegenheit für Erholung zu haben, oder sie wählen den kompletten Berufsausstieg. Pflegekräfte nutzen auch den Wechsel in die wenigen neuen Arbeitsfelder der Pflege, die (noch) die Rahmenbedingungen erfüllen, die sich die Pflegekräfte wünschen. Das sind Tagespflegeeinrichtungen, Hospize sowie besondere Wohnformen für pflegebedürftige Menschen. Dort gibt es entweder akzeptable Personalschlüssel, d.h., die Relation zwischen der Zahl an Pflegekräften und pflegebedürftigen Menschen stimmt, oder die Arbeitszeiten sind so, wie das für Beschäftigte anderer Berufe Normalität ist.

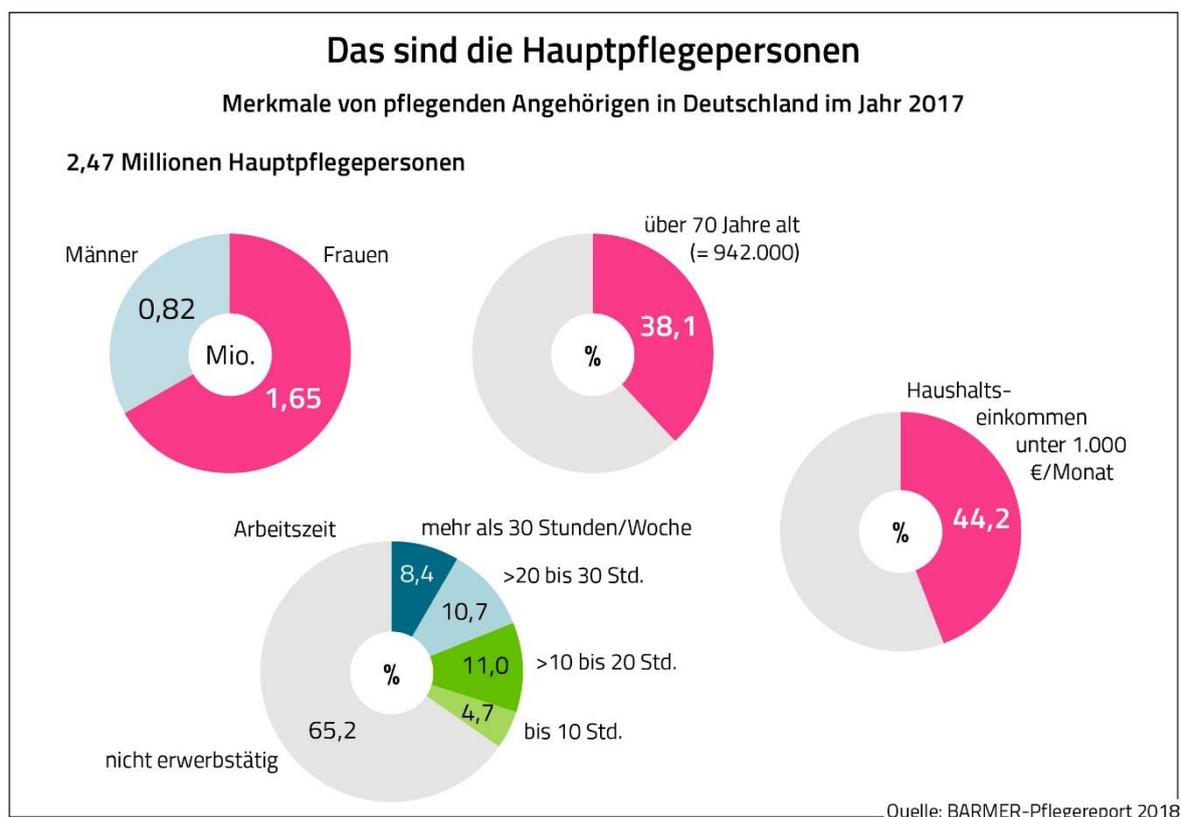
Eine eher neue Entwicklung ist der Wechsel in die Leiharbeit. Dies ist eine Teil-Exit-Strategie, die drei wesentliche Forderungen der Pflegekräfte erfüllt. Der Verdienst ist aufgrund des Marktdrucks (Nachfrage!) höher, die Arbeitszeit kann individuell festgelegt werden, und die Dienstplangestaltung ist verbindlich. Dort, wo diese Strategie schon weit verbreitet ist (Berlin), sind teilweise bis zu 30 Prozent einer Schicht mit Leihkräften besetzt. Die Kehrseite der Medaille ist, dass sich die Bedingungen für das Stammpersonal weiter verschlechtern und die Pflegebedürftigen, aber auch die Pflegequalität unter dem ständigen personellen Wechsel massiv leiden.

Die Pflegeversicherung, wie sie gegenwärtig existiert, regelt lediglich den Zugang zu Pflegeleistungen, sie erfüllt nicht die Erwartung, den individuellen Bedarf an Pflegeleistungen quantitativ zu erfassen und personell abzubilden. In den je nach Bundesland unterschiedlich angelegten Rahmenverträgen zur Umsetzung der landesrechtlichen Regelungen unterscheidet sich die den Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen zugebilligte Anzahl von Pflegekräften beträchtlich. Würde man z. B. ein Pflegeheim mit 80 Bewohnern (alle Pflegegrade) von Schleswig-Holstein nach Bayern transferieren, hätte der Heimbetreiber dort die Möglichkeit, neun Pflegekräfte mehr zu beschäftigen, in Rheinland-Pfalz 7 und in Hessen 8. Die Personalschlüssel, die das Verhältnis von Pflegekräften zu Bewohnern in der stationären Pflege regeln, sind in allen Bundesländern unterschiedlich. Das ist nicht gerecht, weder den Pflegebedürftigen noch den Pflegekräften gegenüber.

Pflege durch Angehörige

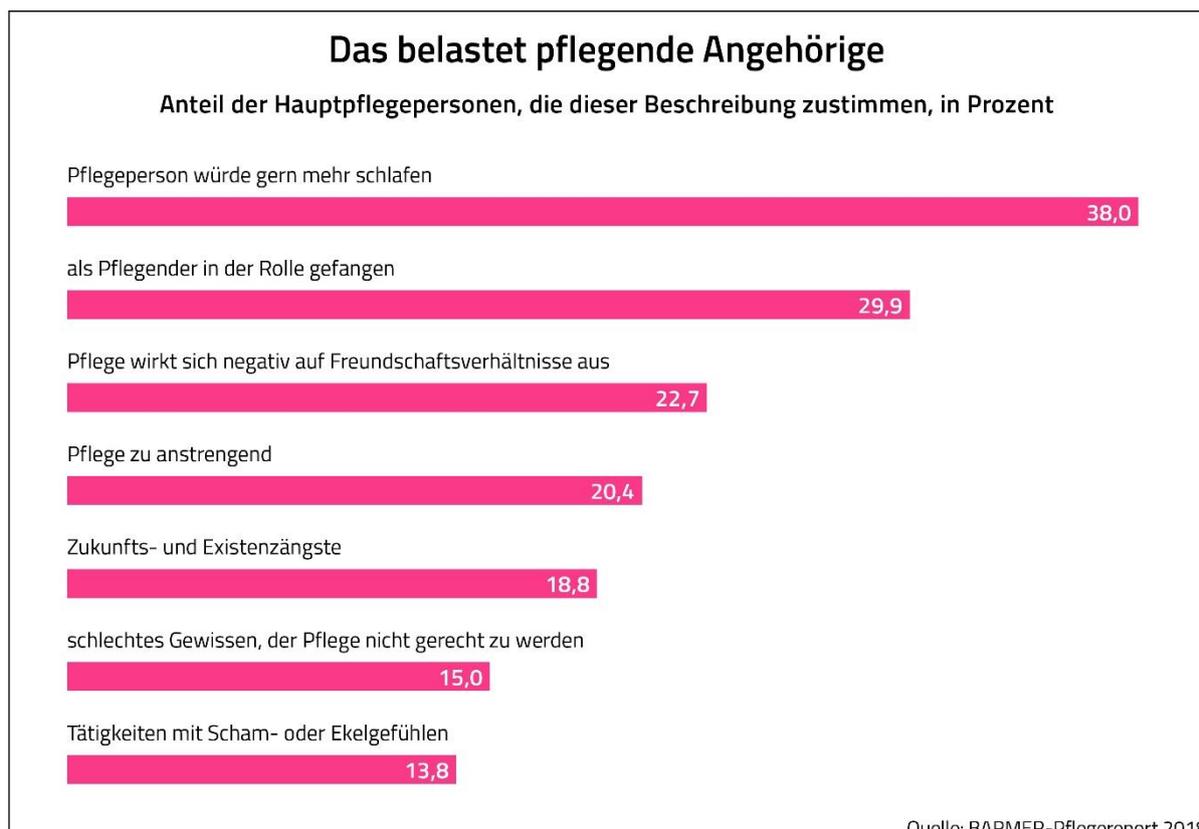
Als 1995 die Pflegeversicherung eingeführt wurde, galt es gesellschaftlich noch weitgehend als selbstverständlich, dass die Versorgung von pflegebedürftigen Menschen von ihren Familien übernommen wurde. Darum ist für die Pflegeversicherung auch die Familie die

zentrale Instanz, die Pflegeleistungen weitgehend selbst erbringt oder organisiert. Professionelle Pflege ergänzt die familiäre Pflege lediglich dort, wo sie nötig ist. Es gilt das Prinzip „ambulant (also Pflege in der häuslichen Umgebung) vor stationär“. Pflege im Pflegeheim erfolgt dann, wenn der Pflegebedarf das ambulant-familiäre System überfordert oder eine Versorgung rund um die Uhr erforderlich ist.



Damit Angehörige die Pflege übernehmen können, müssen sie für einen nicht absehbaren Zeitraum teilweise oder ganz auf eine eigene Erwerbstätigkeit verzichten. Mehrheitlich sind es Frauen, die diese Sorgerolle übernehmen. Ihr Verzicht hat Folgen für ihre spätere Rente, denn Pflegejahre werden ab einem Pflegegrad 2 unter bestimmten Bedingungen minimal auf die Beitragsjahre der Rentenversicherung angerechnet (vgl. https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Rente/Familie-und-Kinder/Angehoerige-pflegen/angehoerige-pflegen_node.html).

Um die Pflegebereitschaft der Angehörigen zu fördern und finanziell zu honorieren, steht den Pflegebedürftigen Pflegegeld zur Verfügung, das sie an Angehörige weitergeben können. Doch decken diese Beträge bei Weitem nicht den finanziellen Verlust ab, der pflegenden Angehörigen entsteht, wenn sie nicht erwerbstätig sind. Die Pflegeversicherung fördert und privatisiert zugleich die familiäre Pflege, die Folgen trägt der/die Angehörige alleine. Neben den finanziellen Folgen beinhaltet familiäre Pflege häufig den Rückgang von – entlastenden – Sozialkontakten, aber auch erhebliche gesundheitliche Risiken für pflegende Angehörige.



Noch werden etwa 52 Prozent der pflegebedürftigen Menschen allein durch ihre Angehörigen versorgt und etwa 24 Prozent durch Angehörige, die von Pflegediensten unterstützt werden. Nur etwa 24 Prozent der pflegebedürftigen Menschen leben in einer stationären Pflegeeinrichtung.

Viele Pflegebedürftige entscheiden sich notgedrungen für die häusliche Pflege, und Angehörige empfinden einen Zwang zur häuslichen Versorgung, weil die Heimkosten das vorhandene Vermögen aufzufressen drohen. Es zeichnet sich aber ab, dass dieses Versorgungsmodell schon bald nicht mehr ausreichen wird, um den bestehenden Bedarf an Pflege zu decken.

Die Gründe hierfür sind vielschichtig. Zum einen liegen sie in der rückläufigen Bereitschaft der Angehörigen, Pflegeaufgaben zu übernehmen. Wir sind insbesondere wegen der Bevölkerungsentwicklung darauf angewiesen, dass Menschen im erwerbsfähigen Alter möglichst dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen, um unser Sozialsystem aufrechtzuerhalten. Denn der Anteil der hochaltrigen pflegebedürftigen Bevölkerung nimmt zu, die Zahl Kinderloser steigt ebenfalls, und immer mehr Menschen leben als Singles. Dies wirkt sich unmittelbar auf die familiäre Pflege aus.

Betreuung durch ausländische Kräfte

Eine ebenfalls kritische Auswirkung der bestehenden Pflegeversicherung für die familiäre Pflege besteht in der Entwicklung eines rechtlichen Graubereiches, in dem sich vielfach

illegale Beschäftigungsverhältnisse von ausländischen Betreuungskräften etablieren konnten. Damit reagieren Familien auf die hohen Kosten für professionelle Pflege und entlasten sich von eigener Inanspruchnahme. Meist kommen die Betreuungskräfte zurzeit aus Polen, Rumänien, Bulgarien und Ungarn. Ihre beruflichen Qualifikationen sind sehr verschieden. Nur wenige haben eine Ausbildung im pflegerischen Bereich. Fast alle sind Frauen, oft sind sie berufliche Quereinsteigerinnen nach einer Kindererziehungszeit. Auch ihre Deutschkenntnisse sind unterschiedlich, sie reichen von sehr guten bis kaum oder gar nicht vorhandenen Kenntnissen. Problematisch sind fehlende Sprachkenntnisse vor allem dort, wo es um die Pflege demenziell erkrankter Menschen geht.

Wie viele ausländische Betreuungskräfte aktuell in Deutschland arbeiten, lässt sich nur schätzen. Die Zahlen schwanken zwischen 100.000 und 400.000 Arbeitnehmer*innen. Zum Vergleich: In der ambulanten Pflege arbeiten rund 230.000 Pflegekräfte (vgl. Barmer Pflegereport 2018). Die Familien sind auf die ausländischen Betreuungskräfte angewiesen. Ohne sie würden sie die kräftezehrende Aufgabe kaum schaffen. Doch nicht wenige Betreuungskräfte arbeiten unter unzumutbaren Arbeitsbedingungen.

Angeworben werden sie von Agenturen, die in ihren Herkunftsländern und in Deutschland ansässig sind. Häufig werben diese Agenturen bei den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen mit einer 24-Stunden-Pflege, die im deutschen Arbeitsrecht nicht zulässig ist. In der Regel wohnen die Betreuungskräfte im Haushalt der pflegebedürftigen Person. Allein dadurch lässt sich schon Arbeitszeit und Freizeit nur schwer voneinander trennen.

Genauso wie alle anderen Erwerbstätigen in unserem Land haben ausländische Betreuungskräfte das Recht auf einen Mindestlohn, der aktuell bei 9,60 € liegt. Und wer eine Betreuungskraft beschäftigt, muss auch Sozialversicherungsbeiträge und Beiträge für die Berufsgenossenschaft für sie entrichten. Laut Verbraucherzentrale müssen Haushalte bei einer legalen Beschäftigung einer Betreuungskraft mindestens mit Kosten in Höhe von 2.000 € pro Monat rechnen. Doch vielen fehlt das Geld hierfür. Je nach Pflegegrad beträgt die Höhe des Pflegegeldes zwischen 316 und 901 €, und die durchschnittliche Rentenhöhe beträgt zwischen 1.230 € (Ost) und 1.284 € (West). Davon lassen sich keine legal beschäftigten Betreuungskräfte finanzieren.

Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen

Als problematisch nehmen wir im Zusammenhang mit dem Thema „Pflege“ auch die gesundheitliche Versorgung in einigen ländlichen Regionen wahr. Kleine Krankenhäuser müssen schließen, weil sie aus ökonomischer Perspektive nicht wirtschaftlich sind oder weil sie den hohen gesundheitlichen Anforderungen nicht standhalten können. Hinzu kommt der

oft beklagte Mangel an Haus- und Fachärzten, der in den kommenden Jahren noch sehr viel größer werden wird, weil die „Babyboomer“ in den Ruhestand gehen.

Der jährliche Investitionsbedarf der Krankenhäuser, der durch die Bundesländer mitfinanziert wird ist seit langem schon unterfinanziert. Nur knapp 50 Prozent der Kosten können über Steuermittel derzeit abgedeckt werden. Die Krankenhäuser brauchen deutlich mehr Investitionsmittel, um das knappe Personal zu entlasten, um die Digitalisierung konsequent voranzutreiben und erforderliche Strukturanpassungen zu finanzieren.

Grundsätzlich sind die Länder für die Investitionsfinanzierung über deren Steuereinnahmen zuständig, dennoch hat der Bundesgesetzgeber bereits in den letzten Jahren begonnen, über Investitionsprogramme an der Finanzierung der Investitionen der Krankenhäuser mitzuwirken. Auch ist ein digitales Investitionsprogramm mit mehreren Mrd. Euro für die nächsten Jahre dringend erforderlich.

Ein großes Problem besteht auch in der gesundheitlichen Versorgung durch Haus- und Fachärzte. Wir brauchen in den ländlichen und strukturschwachen Regionen neue gesundheitliche Versorgungsformen, die sicherstellen, dass Menschen medizinisch und pflegerisch wohnortnah und bedarfsgerecht versorgt werden.

Durch Engagement und Kooperation von unterschiedlichen Beteiligten sind inzwischen einige innovative lokale und regionale Lösungen erarbeitet worden. Der Verein Hessenmed e.V. ist z. B. ein Verbund von Zusammenschlüssen (Netzen) im Gesundheitswesen. Auf seiner Webseite finden sich verschiedene Beispiele (www.hessenmed.de/-rztenetze).

Im Landkreis Darmstadt-Dieburg sind in den vergangenen Jahren fünf Medizinische Versorgungszentren (MVZ) eingerichtet worden. Dort werden in enger Zusammenarbeit mit den Haus- und Fachärzten der Region und den Kreiskliniken Darmstadt-Dieburg Sprechstunden und Leistungen angeboten, um die medizinische Versorgung bei speziellen Krankheiten im Landkreis zu gewährleisten (mvz-dadi.de).

Außerdem gibt es einige Initiativen zur Förderung des ärztlichen Nachwuchses auf dem Land. Der Vogelsbergkreis zahlt z. B. Medizinstudent*innen bis zu 51 Monate lang ein Stipendium von 400 Euro, wenn sie sich verpflichten, nach dem Studium insgesamt acht Jahre lang im Landkreis zu bleiben und zu praktizieren.

Das sind zukunftsweisende Ansätze, die es weiter zu entwickeln gilt. Hier sind vor allem die verschiedenen politischen Akteure, die Ärztekammern und Krankenkassen gefragt, nach regionalen Lösungen zu suchen und diese zu fördern, damit die Bevölkerung in den ländlichen Regionen medizinisch und pflegerisch gut versorgt ist.

Empfehlungen

Vor diesem Hintergrund empfiehlt der Ausschuss für Diakonie und Gesellschaftliche Verantwortung (ADGV) der Synode drei Handlungsoptionen, um das Thema Pflege in der EKHN zu bearbeiten. Die erste Empfehlung bezieht sich auf pflegende Angehörige, die zweite auf ausländische Betreuungskräfte und die dritte bildet den Entwurf einer Resolution, u.a. zum Thema „Reform der Pflegeversicherung“:

1. Zeichen der Solidarität mit pflegenden Angehörigen im kirchlichen Leben setzen

• Schaut hin! Wahrnehmen der Situation von pflegenden Angehörigen in der Region

Häufig geschieht die Pflege im familiären Bereich im Verborgenen, zum Teil auch über viele Jahre und Jahrzehnte. Angehörige leben dadurch nicht selten isoliert. Neben dem Ausbau von aufsuchenden und unterstützenden Angeboten in Kirchengemeinden ist im Gespräch mit diakonischen Partnern der Region auch das öffentliche Bewusstmachen der Problematik wichtig. Dabei sollten Bedarfe und Bedürfnisse pflegender Angehöriger besonders in den Blick genommen werden.

• Vernetzung zwischen Diakonie und Kirche in der Region anregen

Weiterhin gilt es, bestehende oder noch zu entwickelnde Kooperationen zwischen kirchlichen Sozialstationen und regionaler Diakonie im Hinblick auf eine Weiterentwicklung der Beratungsangebote über Entlastungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige und ausländische Helferinnen zu fördern. Anknüpfungspunkte können hierbei auch der Diakonieausschuss oder der bzw. die Diakoniebeauftragte sein, die nach DiakG § 4 Abs.1 in der Kirchengemeinde zu wählen sind.

• Zeitlich befristete Unterstützung pflegender Angehöriger durch Kirchengemeinden fördern

Unterstützungsmöglichkeiten könnten sein:

- Unterstützung im Alltag (z. B. kurzfristige und kurzzeitige Notfalleinsätze durch Präsenz freiwillig Engagierter)
- Räume unentgeltlich für Treffen von Selbsthilfegruppen pflegender Angehöriger zur Verfügung stellen
- Gastfreundschaft gegenüber ausländischen Helfer*innen (gemeinsam mit den Pflegebedürftigen) im Gemeindeleben pflegen
- Pflegebegleiter*innen in den Kirchengemeinden ernennen als persönliche Gesprächspartner*innen für pflegende Angehörige

- Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ermöglichen (z. B. Fahrdienst organisieren)

2. Aufbau von FairCare auf dem Kirchengebiet der EKHN – für eine legale und faire Beschäftigung von ausländischen Betreuungskräften

FairCare ist ein politisches Modellprojekt und eine Möglichkeit zur legalen Systemgestaltung mit osteuropäischen Betreuungskräften. Es wurde von der Diakonie in Württemberg in Kooperation mit dem Verein für internationale Jugendarbeit und den Evangelischen Frauen in Württemberg entwickelt. Wünschenswert wäre, wenn es FairCare auch auf dem Kirchengebiet der EKHN gäbe.

Ziel dieses Projektes ist es, osteuropäische Betreuer*innen als systemrelevanten Teil der Pflege wahrzunehmen und sie legal und fair zu beschäftigen. Mittlerweile gibt es zwar in Deutschland einige Vermittlungsfirmen, die Betreuungskräfte unter legalen Bedingungen beschäftigen. Anders als diese setzt FairCare sich aber für faire Arbeitsbedingungen ein (z.B. Achtstundentag). (<https://www.diakonie-wuerttemberg.de/themen/faircare/>)

3. Verabschiedung einer Resolution

Die Synode der EKHN setzt sich dafür ein, dass die Pflegeversicherung eine grundlegende Reform erfährt. Ziel ist die Einführung einer solidarisch finanzierten Vollversicherung mit festem, kalkulierbarem Eigenanteil, um pflegebedürftige Menschen nicht arm zu machen.

Die professionelle Pflege muss Rahmenbedingungen erhalten, die wirtschaftliches Handeln und Dienst am Nächsten als gleichwertige Prinzipien begreifen, um den Beruf zukunftsfest und attraktiv zu machen.

Die Leistungsbereitschaft und das Engagement von professionell Pflegenden und pflegenden Angehörigen muss gestützt werden.

Die Kommunen müssen in die Lage versetzt werden, die örtliche Versorgungsstruktur gezielt und bedarfsgerecht und gemeinwesenorientiert zu entwickeln und zu steuern.

Die Synode der EKHN verabschiedet folgende Resolution:

Entwurf einer Resolution der Synode der EKHN

„Den Kollaps der Pflege verhindern, die Pflege der Zukunft durch eine grundlegende Reform der Pflegeversicherung sichern und die Unterfinanzierung der Krankenhäuser beenden“

Die Synode der EKHN stellt mit Blick auf die aktuelle Situation in der Pflege fest:

- Die Versorgungssituation pflegebedürftiger Menschen entwickelt sich zur Mangelwirtschaft.
- Die wesentliche Säule der Pflegeversorgung, die Familie, wird brüchig, weil die Übernahme von Sorgetätigkeiten Frauen zunehmend in die Armut führt, die Zahl der Kinder zurückgegangen und die der Kinderlosen gestiegen ist.
- Die Arbeitsbedingungen für Pflegekräfte führen zu Berufsflucht, machen den Beruf unattraktiv und belastend.
- Pflegebedürftige Menschen in ländlichen Gebieten sind benachteiligt durch unzureichende Versorgungsangebote, weil ökonomische Kriterien den Pflegemarkt bestimmen.
- Die steigenden Eigenanteile der Pflegekosten machen pflegebedürftige Menschen arm, schon jetzt müssen Heimbewohner*innen durchschnittlich 1.800 € Eigenbeitrag für Heimkosten aufbringen. Prognosen gehen von einer Steigerung bis zu 300 Prozent bis zum Jahr 2040 aus.
- Die zunehmend schlechte Versorgungssituation auf dem Land betrifft auch die medizinische Versorgung durch Ärzt*innen und Krankenhäuser.
- Die Pandemie hat die Krise in der Pflege und die aufgeführten Problemlagen noch verschärft und macht die Notwendigkeit für eine tiefgreifende Veränderung und Anpassung des Systems umso deutlicher.

Die Umgestaltung der Pflegeversicherung ist daher unabdingbar. Pflege ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Wir brauchen eine Finanz- und Strukturreform, die gewährleistet, dass Pflegeleistungen an allen Orten in gleicher Weise finanziell gefördert und qualitativ hochstehend erbracht werden, also unabhängig davon, wo die Pflege geleistet wird. Und sie muss Räume eröffnen für neue, innovative Lösungen. Das aus politischen Gründen formulierte Teilkasko-Prinzip der Pflegeversicherung (d.h., die Versicherung übernimmt nur einen Teil der entstehenden Pflegekosten) ist überholt und muss durch ein solidarisches Finanzierungssystem abgelöst werden.

Überdies fordert die Synode die Regierungen von Hessen und Rheinland-Pfalz auf, ihren Investitionsverpflichtungen gegenüber den Krankenhäusern, insbesondere auf dem Land, nachzukommen.

Die Vorlage wurde von der „AG Pflege“ des Ausschusses für Diakonie und Gesellschaftliche Verantwortung erstellt, namentlich: Detlef Baßin, Dieter Eller, Klaus Faller, Ingrid Schmidt-Viertel (bis Ende 2019), Dr. Gunter Volz, OKR Christian Schwindt, Dagmar Jung (DH), Dr. Carmen Berger-Zell (DH), Sonja Driebold (DH), Martin Franke.

Positionen zur Pflegereform

Positionspapier vom Deutschen Evangelischen Verband für Altenhilfe und Pflege e.V. (DEVAP) - <https://www.devap.de/unsere-positionen/positionspapier/>

Position Diakonie Deutschland: Pflegevollversicherung mit Eigenbeteiligung - <https://www.diakonie.de/pressemeldungen/vorschlag-diakonie-pflegevollversicherung-mit-eigenbeteiligung>

Initiative zur Reform der Pflegeversicherung mit Erklärvideo - <https://www.pro-pflegereform.de/reformkonzept/>

Positionspapier der SPD-Bundestagsfraktion „Pflege solidarisch gestalten“ - https://www.spdfraktion.de/system/files/documents/positionspapier_pflege_solidarisch_gestalten.pdf

Reformkonzept der DAK - <https://www.dak.de/dak/bundesthemen/dak-pflegereport-2019-2159018.html>

Literaturhinweise

Alexander Jorde, Kranke Pflege. Gemeinsam aus dem Notstand, Stuttgart 2019.

Dokumentation des Studientages zur Zukunft der Pflege 2019 veranstaltet von Diakonie Hessen, EKHN, EKKW - www.diakonie-gap.de/materialien/publikationen