

Was möchte und was kann Pflege leisten? Reflexion zum Berufsethos und zum Pflegebedarf

Prof. Dr. Olivia Dibelius

Pflegewissenschaft/Pflegemanagement, Evangelische Hochschule Berlin

Vortrag bei der Tagung

„Zwischen Reform und Notstand“

21. September 2017

Ev. Bildungsstätte auf Schwanenwerder

Am Sonntag wird gewählt und das Thema Pflegenotstand schien im bisherigen Wahlkampf keine Rolle zu spielen, bis sich ein junger Auszubildender (Alexander Jorde) der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung in der ARD-Wahlarena letzte Woche zu Wort meldete: Die Würde des Menschen in Krankenhäusern und Altenheimen werde tagtäglich „tausendfach verletzt“ „es gibt Menschen, die liegen stundenlang in ihren Ausscheidungen“. Die Pflegerinnen und Pfleger seien überlastet und für zu viele Patienten/Bewohner zuständig. Merkel sei immerhin seit zwölf Jahren Kanzlerin, was werde sie gegen diese Missstände tun? (Berliner Zeitung, 2017). Das ist hier die große Frage, die u.a. Gegenstand meines Vortrages sein wird. Der junge Mann erhielt in den sozialen Medien viel Beifall und das Thema „Pflegenotstand“ hat auf einmal das „Zeug zum Wahlkampf“ (ebd.) Seitdem sahen sich auch andere PolitikerInnen dazu aufgefordert, sich zu diesem Thema zu äußern.

Den Begriff **Pflegenotstand** und die damit einhergehenden Versorgungslücken gibt es schon seit den 60er und 70er Jahren, als durch die Ausweitung der Krankenhäuser der massiv auftretende Personalmangel durch ausländisches Pflegepersonal abgewendet werden sollte. Der Begriff *Pflegenotstand* kritisiert also auch die als unzureichend angesehenen gesundheitspolitischen Reaktionen auf diese Situationen, die hierzulande eine lange Geschichte haben.

In den letzten Jahren haben sich vermehrt Forschungsarbeiten mit dem ansteigenden **Pflegebedarf und den Versorgungslücken** in der Zukunft beschäftigt. Darunter ist vor allem die Studie „Pflege 2030“ der Bertelsmann Stiftung (2012) zu nennen.

Demnach werden bis zum Jahr 2030 rund eine **halbe Million Stellen** für Vollzeitkräfte in der Pflege unbesetzt sein.

Woher kommt dieser steigende Bedarf? Die Zahl der Pflegebedürftigen wird, durch die zunehmende Alterung bedingt, bis zum Jahre 2030 stetig wachsen. Es wird einen Zuwachs bis zu 3,5 Millionen pflegebedürftige Menschen geben. Das entspricht einem Anstieg von 47 Prozent des Ausgangswertes also knapp einem Plus von 50%. Die Nachfrage an professionell Pflegenden verstärkt sich auch dadurch, dass die Anzahl der pflegenden Angehörigen abnimmt (ebd., S.20). Jüngere Menschen (überwiegend Frauen) scheuen das Risiko, die Rolle einer pflegenden Angehörigen zu übernehmen, zumal sie bessere berufliche Chancen auf dem Arbeitsmarkt haben, als ihre Mütter und Großmütter. Sie haben auch ein stärkeres Problembewusstsein, was die Belastungen betrifft.

Der Pflegenotstand gehört bei den meisten hier Anwesenden zur täglichen Herausforderung. Häufig dauert es bis zu einem Jahr bis eine Fachkraft für eine ausgeschriebene Stelle gefunden werden kann. Der Dienstplan wird bei vermehrten Krankheits- und Urlaubszeiten zum Notplan, die sog. Fachkraftquote ist häufig nicht zu halten – es wird im Moment über „Untergrenzen“ für die Zahl der beschäftigten Pfleger z.B. im Intensivbereich diskutiert - und Schließungen aufgrund von Personalmangel sind ein häufiger werdendes Phänomen. Studien belegen die hohen Arbeitsbelastungen für Pflegenden im Tag- und insbesondere im Nachtdienst und die damit einhergehenden Erkrankungsrisiken (Next Studie; vgl. dazu Simon et. al. 2005). Verschärft hat sich die

Situation seit Einführung der DRG's (2003) und der damit einhergehenden Ökonomisierung des Gesundheitssystems (Braun et al. 2010).

Die Ursachen für das Ausbleiben von ausreichend jungen Auszubildenden (obwohl es insgesamt einen positiven Trend gibt) sind hinlänglich bekannt, nämlich die fehlende Attraktivität des Berufes. Diese basiert vor allem auf einer hohen seelischen und körperlichen Belastung (hoher Zeitdruck) und einer mangelnden gesellschaftlichen Wertschätzung, die sich vor allem in schlechter Bezahlung (insbesondere in der Altenpflege), familienfeindlichen Arbeitszeiten und fehlender politischer Mitgestaltung (Frauenberuf) spiegelt.

Nun drängen sich hier **mehrere Fragen** auf:

1. Wie können in der Zukunft die strukturellen Anreize für Pflegende erhöht werden?
2. Wie steht es mit der alt hergebrachten Vorgehensweise, Menschen mit Migrationshintergrund als „Lösung des Problems“ zu betrachten?
3. Worin liegt die ethische Verantwortung und Herausforderung für Pflegende in dieser Situation und wie gehen sie mit moralischen Konfliktsituationen um? Welche gesellschaftlichen Folgen gehen damit einher?

Zu der **ersten Frage**: Wie können in der Zukunft die strukturellen Anreize für Pflegende erhöht werden?

Die Einrichtungen brauchen an erster Stelle verbindliche Personalvorgaben (wie auch der jetzige Streik der Charité Mitarbeitenden zeigt: sie streiken nicht, um mehr Lohn zu erhalten, sondern um mehr Personal und damit um mehr Zeit zu erhalten); d.h. die strukturellen Anreize für Pflegende müssen erhöht werden. Darunter ist ein besseres Personal- und Qualitätsmanagement zu verstehen, um die Motivation von Mitarbeitenden zu steigern und sie langfristig zu binden. Anreize wie gesundheitsförderliche und familienfreundliche Arbeitsplätze, Mitarbeitergespräche, leistungsgerechte Bezahlung, flexible Arbeitszeiten und Karriereförderung sind nur einige Beispiele, die zu einer guten Unternehmenskultur und damit zur höheren Attraktivität der Arbeitsplätze in der Pflege beitragen. Die Erhöhung des Personalschlüssels war eine große Hoffnung, die mit den Pflegestärkungsgesetzen einherging. Diese Erwartung wurde leider nicht erfüllt. Dazu wird noch Herr Isforth im Anschluss referieren.

Darüber hinaus bedarf es der Umsetzung der Erkenntnisse aus der Versorgungsforschung dahin gehend, dass eine stärkere Implementierung von Instrumenten wie z.B. des Care- und Case-managements vorgenommen werden muss. Solche Instrumente tragen dazu bei, vorhandene professionelle und zivilgesellschaftliche Ressourcen zu bündeln und auf den individuellen Versorgungsbedarf hin abzustimmen. Wir haben neben der Unterversorgung mitunter auch eine Überversorgung aufgrund von fehlender Abstimmung. Es wird ein stärkerer Ausbau von Präventions-, Beratungs- und Rehabilitationsmaßnahmen empfohlen, um mehr Unterstützung und Entlastung für Pflegende anzubieten (Bertelsmann Stiftung, Pflege 2030, S.70). Auf der Bundesebene soll die Einführung von regionalen Budgets dazu führen, dass die Kooperation von Akteuren mit Anreizen einhergeht, aber auch verpflichtend eingefordert werden kann (ebd. S.4).

Auch werden in der Zukunft die Kommunen noch viel stärker gefordert werden als bisher.

Zu der **zweiten Frage**: Wie steht es mit der alt hergebrachten Vorgehensweise, Menschen mit Migrationshintergrund als „Lösung des Problems“ zu betrachten?

Hier gibt es eine Vielzahl von Aktivitäten. Die Bundesagentur für Arbeit (BA) rekrutiert Pflegekräfte über das Netzwerk der europäischen Arbeitsagentur EURES oder über Job-Messen aus den EU-Ländern im Osten (Tschechische Republik, Polen und Rumänien) und Südeuropa. Darüber hinaus bestehen Vermittlungsabsprachen mit Staaten (wie Tunesien, Philippinen, Serbien und Bosnien-Herzegowina) und der Arbeitgeberverband Pflege wirbt Pflegekräfte aus China an (Güllemann 2017, Iz3w September/Oktober, 24).

Diese Aktivitäten sind nicht kritiklos hinzunehmen, da sie einen klaren Verstoß des WHO Verhaltens-Kodex zum Brain-Drain (Abwanderung von qualifizierten Kräften) darstellen. Dieser fordert die Staaten auf, ausreichend einheimisches Gesundheitspersonal auszubilden und zu beschäftigen, da alle Länder vom demografischen Wandel betroffen sind. Insofern ist es ethisch sehr fragwürdig, wenn der reiche Norden Europas auf dem Rücken des ärmeren Südens und Ostens Europas bzw. der Schwellen- und sog. Entwicklungsländer seine Pflegeprobleme lösen will. Zumal diese Länder mit dem eigenen Pflegenotstand zu kämpfen haben. Hinzu kommt das Risiko, dass die schwächere Position von MigrantInnen auf dem Arbeitsmarkt tarifpolitisch genutzt wird, um weiteres Lohndumping und Senkung von Qualitätsstandards zu betreiben. Die Erfahrungen zeigen, dass die Integration von Menschen mit Migrationshintergrund mit Zugangsbarrieren wie Anerkennung von Qualifikationen, Überwindung von Sprachbarrieren und Familienzusammenführung einhergehen und diese Prozesse in der Regel länger brauchen als bislang angenommen (Robert Bosch Stiftung 2016). Dies gilt auch für junge geflüchtete Menschen, die zwar ein großes Potential bergen, jedoch viel Unterstützung brauchen, um die Zugangsvoraussetzungen für Maßnahmen und Ausbildungen zu erfüllen.

Auch hier bedarf es einer besseren Vernetzung der Ausbildungseinrichtungen und Maßnahmenanbieter, damit Qualitätsstandards nicht unterlaufen werden.

Fest steht, dass Menschen mit Migrationshintergrund nicht unsere selbstgeschaffene Probleme von Pflegenotstand lösen können. Auf die große Anzahl von osteuropäischen Care-WorkerInnen in den deutschen Haushalten werde ich nicht näher eingehen, da sie zwar einen immensen Stellenwert für die betroffenen Familien und PflegeempfängerInnen haben, jedoch in der offiziellen Pflegepolitik tot geschwiegen werden.

Kommen wir zur **dritten Frage**: Worin liegt die ethische Verantwortung (im Sinne des Berufsethos) und die Herausforderungen für Pflegenden in dieser Situation und wie gehen sie mit moralischen Konflikten wie z.B. dem Pflegenotstand um? Welche Folgen hat das für das Management, die Qualifizierung (Aus- Fort und Weiterbildung/Studium) und den gesellschaftlichen Diskurs?

Die Definition der ethischen Verantwortung einer Berufsgruppe macht sich am Berufsethos fest. Berufsethos wird die als die Gesamtheit von Einstellungen, Überzeugungen und Normen verstanden. Er dient als verbindliche Orientierung guten und richtigen Handelns (Düwell et al. 2012, 492). In der Pflege gibt es einen verbindlichen Standeskodex des International Council of Nurses vom Weltbund der Krankenschwestern und Krankenpfleger (ICN), der 2012 zum letzten Mal aktualisiert wurde und der in der Bundesrepublik in die Berufsordnungen für Pflegeberufe Eingang gefunden hat. Darin wird vor allem die Bedeutung und die Einhaltung der Menschenrechte hervorgehoben und die gesellschaftliche Aufgabe von Pflege dahin gehend definiert, dass „...sie (die Pflegenden) ihre berufliche Tätigkeit zum Wohle des Einzelnen, der Familie und der sozialen Gemeinschaft ausüben“ (ebd. S.1).

Im Rahmen einer Studie konnte ich (Dibelius, O. 2003) Leitungspersonen in der stationären Altenpflege in Berlin zu ihrem Ethos und der Reflexion von Problemkonstellationen interviewen.

Die Untersuchungsergebnisse verdeutlichen, dass die befragten Leitungspersonen besonderen Wert auf die Beziehungsgestaltung zu den MitarbeiterInnen und BewohnerInnen legen, ihr pflegerisches Handeln also auf einem interaktiven Pflegeverständnis beruht. Die befragten StudienteilnehmerInnen orientieren sich in ihrem ethischen Handeln einerseits an den allgemeinen Menschenrechten und andererseits an den individuellen Lebenslagen der BewohnerInnen. Es verwundert deshalb nicht, dass sie an den defizitären Rahmenbedingungen und den bestehenden Widersprüchen zwischen hohen Qualitätsanforderungen, defizitärer Personalbesetzung und wirtschaftlichen Zwängen leiden und das häufig mit einem Rückzug aus dem Beruf einhergeht (ebd., 25). Wohl gemerkt, die hier befragten Personen waren Leitungspersonen, die noch mehr Gestaltungsspielräume haben als Mitarbeitende in der Pflege.

Das Thema „moralische Konflikte“ ist von der Forschung beleuchtet worden (Kersting 2017, 26-28). Eine Reihe von Reaktionsmuster sind identifiziert worden. Diese umschreibt Kersting mit dem Begriff des „Coolout“. Hierbei handelt es sich um einen Prozess des „Erkaltens“ und entspricht einer „moralischen Desensibilisierung“ (ebd., 27). In der Psychopathologie ist dieser Vorgang auch als „Dissoziation“ bekannt. Den Untersuchungen zufolge, die auf klinischen Interviews beruhen, begegnen Pflegenden den unauflösbaren Widersprüchen in der Praxis, indem sie nichts mehr empfinden und in dem sie die Probleme so umdeuten, dass sie erträglicher werden wie z.B. „mehr geht nicht“. Und zwar sind es die täglichen scheinbar „kleinen Regelverletzungen“, die zur Norm werden. Dazu gehören die Einschränkungen bei der menschlichen Zuwendung, der Körperpflege, den Lagerungen und der Sterbebegleitung. Diese Art von Regelverletzung gilt als ein Teil der beruflichen Sozialisation (ebd. 2016, 69-70) und damit als Überlebensstrategie. Das heißt, dass Pflegende sehr viel aushalten, ohne zum Protest aufzurufen und damit den Wandel zu fordern. Alles verläuft relativ „geräuschlos“ obwohl es skandalöse Zustände gibt, die vielfach belegt sind.

Auch eklatante Normverletzungen führen zu einer Gewöhnung (ebd., 28), die übrigens auch immer mit einem Weggucken und der Gewöhnung des institutionellen Umfeldes einhergehen wie die erschütternden Fälle von PatientInnenötungen der letzten Jahre belegen.

Laut der zitierten Forschungsarbeiten sind auch Lehrende und Praxisanleitende Teil dieses systemstabilisierenden Mechanismus, indem sie die Diskrepanzen „pädagogisieren“ oder „psychologisieren“. Beispielsweise wird das Problem durch einen Katalog von Kompetenzen oder durch einen Aufruf zum Zusammenhalt der Berufsgruppe versucht zu lösen. Die Kritik lautet, die Lösungen werden in den Akteuren selbst gesucht und über die strukturellen Ursachen wird hinweggeschaut (ebd. 2017, 28). Diese Kritik ist meiner Meinung nach eine zutreffende Beschreibung für den Stillstand in den letzten Jahren.

Welche Folgen hat diese Situation und was möchte und was kann Pflege unter diesen Umständen leisten?

Die „*Befähigung zum Denken in Widersprüchen*“ als Reaktion auf die moralische Desensibilisierung wird gefordert (ebd. 2016, 248), indem an einem normativen und moralischen Anspruch festgehalten wird und gleichzeitig aber die Diskrepanzen klar benannt werden und darüber reflektiert wird.

Aus meiner langjährigen Forschungs-, Ausbildungs- und Lehrerfahrung kann ich diesem Vorgehen nur zustimmen. Wille zur Veränderung entsteht häufig aufgrund von moralischer Entrüstung und Reflexion. Jedoch kann sie schnell wieder zunichte gemacht werden, wenn nicht ergänzend kognitive Strategien der Konfliktbearbeitung und -bewältigung entwickelt werden. Pflegenden müssen in ihrer Deutungs- und Handlungskompetenz bestärkt werden. Daraus ergibt sich Wille zur Veränderung, der mit konstruktiven Lösungsansätzen einhergeht.

Diese Prozesse erfordern jedoch Ressourcen wie Zeit und Raum, die häufig im Pflegealltag nicht vorhanden sind. Deswegen sind Maßnahmen wie ethische Fallbesprechung, Coaching, Supervision, Schulungen, Fort- Weiterbildungen und Studium als wichtige Instanzen der Entwicklung von moralischer Kompetenz und Befähigung zum Denken und Handeln in Widersprüchen zu werten. Der Trend ist aber eher rückläufig. Pflegende werden zunehmend weniger freigestellt für Qualifizierungsmaßnahmen.

Betrachten wir den gesellschaftlichen Trend, so gibt es zwar eine zunehmende Berichterstattung über Skandale im Pflegebereich und Betroffenenberichte, aber es fehlen Zeichen des Umdenkens. Die Pflege kommt aus ihrem „Warm-Satt-Sauber“ Image nicht raus und es gibt viele Gründe (wie z.B. die starke Medizin- und Pharmalobby und die schwache Lobby der Sozial- und Ge-

sundheitsberufe), warum sich hier wenig bewegt. Zu Fragen der Macht und der Arbeitsbeziehungen werden gleich noch Herr Schlauß und Frau Evans referieren.

Deshalb fordert der Nationale Aktionsplan des KDA und der Friedrich Ebert Stiftung (2013), ein *Gesamtkonzept von Teilhabe, Betreuung, Pflege und Gesundheitsversorgung*. Dort heißt es:

„Die Pflegearbeit insgesamt bedarf der Aufwertung, sei sie privat, ehrenamtlich oder professionell geleistet. Dazu gehören Regelungen zur Vereinbarkeit von Pflege und Erwerbstätigkeit für Männer und Frauen, Initiativen zur Förderung des ehrenamtlichen Engagements und die Aufwertung der professionellen Arbeit. Der Pflegesektor ist weniger als Last und mehr als Beschäftigungssektor mit hohem ökonomischem Potenzial zu sehen“ (9).

Ich komme zum **Fazit**:

Der bereits bestehende und weiter ansteigende Pflegenotstand in der Zukunft führt in der Regel bei Pflegenden aufgrund skandalöser Arbeitsbedingungen zur moralischen Desensibilisierung, auch „Coolout“ genannt. Dieses Phänomen ist zwar systemstabilisierend, erzeugt aber eine Negativspirale im Hinblick auf fachliche und ethische Kriterien und trägt zur Stabilisierung von gefährlicher Pflege bei. Das „Denken in Widersprüchen“ ist ein wichtiger Ansatz, um einen Wandel zu ermöglichen. Dazu bedarf es aber der Ressourcen wie Zeit und Raum. Die Reform der strukturellen Gegebenheiten, darunter sind sowohl die besseren Anreize für die Berufsgruppe als auch die strukturellen Reformen des Gesundheitswesens gemeint, bedürfen eines Gesamtkonzeptes von Teilhabe, Betreuung, Pflege und Gesundheitsversorgung, das den dringend notwendigen Wandel in der Zukunft herbeiführen kann. Deutlich ist, dass Menschen mit Migrationshintergrund zwar einen wichtigen Beitrag in diesem Gesamtkonzept leisten können, aber nicht die Lösung des Problems sind. Zu den Fragen dieses Gesamtkonzeptes kann der heutige Tag wichtige Impulse geben.

Literatur:

Berliner Zeitung(18.9.2017). Szent-Ivanyi, T. Ein Pfleger für 26 Patienten: Pflegenotstand hat das Zeug zum Wahlkampfthema. <http://www.berliner-zeitung.de/wirtschaft/ein-pfleger-fuer-26-patienten-pflegenotstand-hat-das-zeug-zum-wahlkampfthema-28432102>: 2.10.2017

Bertelsmann Stiftung (2012): Themenreport „Pflege 2030“. Was ist zu erwarten – was ist zu tun? https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/GP_Themenreport_Pflege_2030.pdf: 2.10.2017, S. 17-19: 2.10.2017

Braun, B. et al. (2010): Auswirkungen des DRG-Systems auf die Arbeitssituation im Pflegebereich von Akutkrankenhäusern. In: Pflege & Gesellschaft 15. Jg. H1, S. 5-19.

Dibelius, O. (2003): Altersrationierung: Gerechtigkeit und Fairness im Gesundheitswesen? Eine Studie zum ethischen Führungshandeln von Pflegemanager/innen in der stationären und teilstationären Altenpflege. In: Dibelius, O./Arndt, M. (Hrsg.): Pflegemanagement zwischen Ethik und Ökonomie. Eine europäische Perspektive, Hannover, S. 23-36.

Düwell, M. et al. (2002): Handbuch Ethik. Stuttgart, Weimar.

Güllemann, H. 2017: Gepflegter Norden. Wie Deutschland seinen Pflegenotstand in den Süden exportiert. In iz3w (September/Oktober), 362, S. 24-25.

ICN- Ethikkodex für Pflegende (2013): https://www.dbfk.de/media/docs/download/Poster/ICN-Ethikkodex_poster_2014.pdf: 2.10.2017

Kersting, K. (2017): Fachlicher Anspruch versus Praxisrealität. Wie Pflegende die unwürdigen Bedingungen im Arbeitsalltag aushalten. In: Dr. med. Mabuse 227, Mai/Juni, S. 26-28.

Kersting, K. (2016): Die Theorie des Coolout und ihre Bedeutung für die Pflegeausbildung. Frankfurt am Main.

Kuratorium Deutsche Altershilfe & Friedrich Ebert Stiftung (2013): Engelmann, D. et al. Gute Pflege vor Ort: Das Recht auf eigenständiges Leben im Alter. Nationaler Aktionsplan für Teilhabe, Pflege und Betreuung. Positionspapier im Auftrag der Abteilung Wirtschaft und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung. <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/10170.pdf>: 2.10.2017

Robert Bosch Stiftung. Was wir über Flüchtlinge (nicht) wissen (2016): Der wissenschaftliche Erkenntnisstand zur Lebenslage von Flüchtlingen in Deutschland. Eine Expertise im Auftrag der Robert Bosch Stiftung und des SVR-Forschungsbereichs

http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/RBS_SVR_Expertise_Lebenssituation_Fluechtlinge.pdf: 2.10.2017

Simon, M. et al. (2005): Auswertung der ersten Befragung der Next- Studie in Deutschland (Kapitel 3):

http://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwiWwbKeyNvWAhVD6xoKHb_BCOUQFqgmMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.altenpflege-online.net%2Fcontent%2Fdownload%2F146776%2F2922740%2Ffile%2Fap_09_10_pflegepraxis_n_ext.pdf&usq=AOvVaw1xMJHCLCnCi-UFGcpFRUue: 2.10.2017