

**PFLEGEFAKTISCH**  
Der Pflege-Podcast powered by MEDIFOX DAN

IM INTERVIEW MIT ...

**PROF. DR. WOLFRAM SCHOTTLER**   **ANNEMARIE FAJARDO**   **PROF. DR. MARTINA HASSELER**

**PeBeM – berechnete Kritik  
oder echte Verbesserung?**

## Podcast PflegeFaktisch

**Moderation Francesca Warnecke:**

Wie aus früheren Podcasts bekannt ist, beschäftigen wir uns ja schon etwas länger mit der neuen Personalbemessung von den theoretischen Grundlagen bis hin zur praktischen Anwendung der Tourenplanung. Bei dieser Auseinandersetzung bin ich jüngst über einen Artikel gestolpert, in dem drei bekannte Expertinnen und Experten die neue Personalbemessung sehr stark kritisieren. Deshalb habe ich die Autoren Prof. Dr. Martina Hassler, Annemarie Fajardo und Prof. Dr. Wolfram Schottler zu PflegeFaktisch eingeladen, um die Kritik und auch die Intension zu verstehen.

Und für mich hat es sich gelohnt – einmal direkt nachzufragen und in die Diskussion zu gehen. Wie man dann mit den Kritikpunkten umgeht, muss jeder anschließend für sich selbst entscheiden. In diesem Sinne – freut euch auf eine spritzige Folge im Podcast.

Hallo und herzlich Willkommen, liebe Martina, liebe Annemarie und lieber Wolfram, im Podcast PflegeFaktisch.



Martina Hasseler, du bist Professorin für Gesundheits- und Pflegewissenschaft an der Ostfalia Hochschule und Gründungsmitglied des Instituts für Pflege, Altern und Gesundheit (IPAG). Und du, lieber Wolfram Schottler, bist Geschäftsführer der BaWiG Pflegeakademie sowie Vorsitzender der Interdisziplinären Gesellschaft für Bildung in der Pflege (IGBP) und du lehrst Gesundheitswissenschaften.

Und als Dritte im Bunde, liebe Annemarie Fajardo, du bist Beraterin und Dozentin, Buchautorin, Vize-Präsidentin des Deutschen Pflgerats. Wir kennen uns, weil wir gemeinsam schon die eine oder andere Podcastfolge gemacht haben.

Vielen Dank, dass ihr da seid, denn ich denke, es gibt viel zu besprechen zum neuen Personalbemessungsinstrument: Bislang hatte ich das PeBeM eher positiv wahrgenommen, weil es eine Chance sein kann, bisherige Strukturen neu zu überdenken oder idealerweise zu optimieren und eben auch eine bedarfsgerechte und kompetenzbasierte Pflege zu etablieren. In eurem Interview äußert ihr nun harte Kritik daran. Da interessiert mich die Frage, was genau kritisiert ihr denn eigentlich am PeBeM?

### **Martina Hasseler:**

Ich fange damit an, dass unser Institut für Pflege, Altern und Gesundheit ursprünglich als ein Institut an einer Hochschule das Ziel hatte, interprofessionelle interdisziplinäre Forschung zu fördern und dann haben sich zahlreiche Menschen gefunden, mit denen wir grundsätzlich über das SGB XI und über das Gesundheitswesen kritisch diskutiert haben. Anlass war auch immer die Frage, warum die Pflegeberufe weiter immer so schlecht vertreten und professionell eigentlich gar nicht ausgebildet sind, auch nicht im Sinne der Versorgung und der Finanzierung. Ich habe ja schon immer Probleme gehabt mit der Pflegeversicherung und dem SGB XI, weil da das fundamentale Missverständnis innewohnt, dass nämlich die Pflegeversicherung auch für Pflege zahlte und dieses letztlich großen Anteil daran hat, dass die Situation der Pflegeberufe so desolat ist. Und ich glaube, dadurch, dass sich in unseren Zirkeln IPAG und IGBP Menschen gefunden haben, die out of the Box und auch auf der Strukturebene denken können, und sie systematische Herausforderungen annehmen können, wie man diese verändern kann. Insofern sind wir ein Think Tank, um uns kritisch aber auch in die Zukunft blickend mit dem Gesundheitswesen auseinandersetzen, womit wir versuchen, kreativ und ergebnisoffen auch Antworten darauf zu geben, was es braucht, um die Gesundheitsversorgung besser weiterzuentwickeln. Wir wollen im Interesse an einem guten Pflegeberuf eben nicht stehen bleiben an der IST-Situation, so schlecht wie sie eben nun mal ist, sondern wollen auch Antworten geben können, die tatsächlich neu, bedenkenswert und auch beachtenswert sind.

Natürlich gibt tatsächlich auch schon andere Kritiker und Kritikerinnen, die sich damit auseinandergesetzt haben, das war in der Zeitschrift der DGP und auch im Beirat in der Steuerungsgruppe. Das habe ich auch schon fleißig versendet und leider ist so, dass bei all den Studienaufträgen, die vom Qualitätsausschuss vergeben werden, selbstreferenziell immer dieselben Leute mit der Prüfung bedacht werden.

Die Entwicklung des PeBeM war bereits ein Closed-Shop-Verfahren. Fünf Jahre lang wurde geforscht, aber es gab keine wissenschaftlichen Diskussionen und dann wurde es plötzlich veröffentlicht, und der Gesetzgeber begann es kritiklos umzusetzen. Ich habe die Erfahrung auch schon oft gemacht, dass Kritik an politischen Projekten ungern gehört wird und tatsächlich gibt es dann auch keine wissenschaftlichen Diskussionen dazu. Diejenigen, die wohlwollend darüber gesprochen haben, waren diejenigen, die auch im Qualitätsausschuss sind und es auch entsprechend mitentscheiden dürfen. Die Entscheider prüfen sich also selbst. Da sind dann noch die Kostenträger und die Arbeitgeberverbände und die Wohlfahrtsverbände. Eine wissenschaftliche Diskussion darf es im Konzert der Einstimmigkeit nicht geben und wenn man sich wissenschaftlich dazu äußert, und kritisiert, wird man auch gleich bestraft, denn dann kriegt keine Aufträge mehr, keine Anfragen und so



weiter. Also kritisieren nicht mehr oder äußern sich auch nicht dazu, weil um die drohenden persönlichen Konsequenzen. Man muss also mutig oder unabhängig sein.

Und dann gibt es ja auch noch die Definitionsmacht, die für das SGB XI bei den Pflegekassen, Arbeitgeberverbänden und den Wohlfahrtsverbänden liegt. Sie liegt eindeutig nicht bei den Pflegefachberufen. Somit geht es um Politik und Geld, aber Pflegefachlichkeit spielt im gesamten SGB XI überhaupt keine Rolle und wird nirgendwo adressiert. Wir müssen zur Kenntnis nehmen, dass konstruktive Kritik und kritische Diskussion im SGB XI im gesamten Geschehen, Pflegefachberufe und Pflegewissenschaft nie gehört wurden, solange sie nicht getreu die Arbeitsaufträge erfüllt haben, wie sie denn auch vergeben wurden.

Deshalb muss hinterfragen, warum solche Aufträge vom Qualitätsausschuss vergeben werden, wo Entscheidungen aufgrund differenzierter Abwägung verschiedener Sichtweisen getroffen werden – und und warum gibt es dazu keine ergebnisoffenen wissenschaftlichen Studien gibt?

Und wir werden ja auch gleich nochmal auf die konkreten Punkte kommen, wie dieses selbstreferenzielle und undifferenzierte Verfahren sich so ungünstig auf das Ergebnis des PeBeM ausgewirkt hat, denn es gibt inzwischen viele Kritikerinnen und Kritiker des PeBeM, die wissen, dass sich die Situation verschlechtert. Viele bleiben aber stumm und so ist es einfach nur bedauerlich, dass es keine offenen, konstruktiven wissenschaftlichen Diskussionen dazu geben darf.

#### **Annemarie Fajardo:**

Das kann ich auch noch ergänzen, weil es auch viele Einrichtungsleitungen, Pflegedienstleitungen gibt, mit denen ich zum Beispiel ganz gut vernetzt bin, und da kommt in der PeBeM-Planung die berechnete Frage auf, inwieweit denn zum Beispiel Vorbehaltsaufgaben der Pflegefachpersonen berücksichtigt werden können, wenn wir zum Beispiel auch Pflegefachpersonen anleiten, schulen und beraten.

Wir kommen hier aus dem Bildungsbereich, aber für die Pflegepraxis sind wir natürlich gefordert das Pflegemanagement mit den praktischen Pflegeprozessen mitzukoordinieren und vor allen Dingen auch auf die Qualifizierungsniveaus zu achten - insbesondere, wenn es um Personaleinstellungen geht. Und das heißt natürlich auch, dass wir nicht nur auf quantitativer Ebene Personalbemessung zählen dürfen, sondern vor allem auf qualitativer Ebenen genau hinschauen müssen: Also wen stelle ich ein, mit welchen beruflichen Erfahrungen, mit welchen beruflichen Qualifikationen und passen diese Qualifikationen auch im Sinne des Anforderungsprofils? Und ist natürlich sachlich zu prüfen, ob und wie das jetzt in das neue Pflegepersonalbemessungsverfahren passt, wenn wir über Vorbehaltsaufgaben, über primär qualifizierende Bachelorabsolventen sprechen und was das eigentlich im Kontext einer bedarfsgerechten Versorgung bedeutet.

Auf diese Fragen müssen wir eine Antwort geben. Das bedeutet auch, dass wir gucken müssen, aus welcher Perspektive wir solche Fragestellungen angehen: z.B. sind es dann nur die Vertragsparteien, die Pflegesätze und entsprechende Bemessungsgrundsätze nach § 85 SGB XI, oder gehören dann auch die tatsächlichen Pflegefachpersonen, die eine gewisse operationale Handlungsautonomie erhalten, dazu? Wohlgermerkt – wir diskutieren im Bereich des SGB XI, also ohne den Einfluss und die Bedeutung des medizinischen Sektors. Hier geht es ausschließlich um pflegefachliche Fragen und die Pflegefachpersonen werden dazu nicht gehört.

#### **Francesca Warnecke:**

Deshalb fangen wir einmal übergeordnet an: Martina, du hast unter anderem gesagt, dass das PeBeM praktisch ohne Fachlichkeit auskommt - wie ist das genau zu verstehen? Und dann gleich anschließend die Frage, dass im internationalen Kontext, das Pflegeverständnis anders ist als in Deutschland.

**Martina Hasseler:**

Ja, das stimmt, ich werde damit auch oft konfrontiert, weil man in Deutschland, stringent Pflegebedürftigkeit nach SGB XI mit Pflegebedarf verwechselt. Das gesamte SGB XI kommt ohne Pflegefachlichkeit, weil es nie dafür entwickelt wurde, Pflege zu finanzieren oder die berufliche Pflege zu finanzieren, sondern es ging immer nur um eine basale Grundversorgung als Ersatz zur Angehörigen-Pflege. Deswegen sagen wir auch, die Pflegeversicherung in der derzeitigen Form muss abgeschafft werden bzw. auf die Angehörigen-Pflege, auf die basale Alltagsunterstützung zurechtgestutzt werden. Das PeBeM basiert auf dem Pflegebedürftigkeitsbegriff. Der Pflegebedürftigkeitsbegriff hat mit Pflegefachlichkeit nichts zu tun.

Nur wenn wir Glück haben, misst das Pflegebedürftigkeitsinstrument vielleicht ein Selbstständigkeitsdefizit, mehr jedoch nicht. Aber selbst das wissen wir nicht, weil es nämlich gar kein wissenschaftlich methodisches Konstrukt zur Messung von Pflegebedürftigkeit gibt. Das ist nicht entwickelt worden, und ehrlicherweise haben wir auch keine wirklich validierenden Instrumente. Ich würde mal sagen, es gibt dabei eine hohe schwierige Interrater-Reliabilität und dann wissen wir gar nicht, ob es überhaupt Pflegebedürftigkeit misst. Eigentlich nicht! In der Realität gibt es auch noch eine Verzerrung Richtung Demenz. Jetzt ist mit dem PeBeM ein Instrument, das ganz lapidar nur dafür da ist, die limitierten Leistungen des SGB XI sozialrechtlich in Anspruch nehmen zu dürfen, um Pflegepersonal zu bemessen. Dazu müssten wir ein ganz anderes Instrument haben, nämlich eines, das die Pflegebedarfe zumindest in der Langzeitpflege zugrundelegen würde – tut es aber nicht.

Und diese Module des Pflegebedürftigkeitsinstrumentes auch in der kruden Art und Weise, wie sie zusammenaddiert werden und irgendwie gewichtet Punkte zu erfassen – dieses Instrument bzw. die Ergebnisse dieser Module sagen gar nichts über Pflegebedarfe aus: Ob jemand jetzt Pflegegrad 3 hat, derjenige könnte wegen der hohen Intersubjektivität in der Messung auch PG4 oder 3 sein oder 2. Diese subjektiv erheblichen Abweichungen konnten wir auch schon anhand einer Studie nachweisen. Es gibt einen hohen Interpretationsspielraum, aber trotzdem weiß ich nicht, warum die Person nun in einem Pflegegrad 3 eingruppiert ist. Was braucht dieser Mensch überhaupt? Welche Pflegebedarfe hat dieser Mensch überhaupt? Welchen Unterstützungsbedarf hat dieser Mensch überhaupt und und und... Ich weiß erstmal nichts über diesen Menschen außer, dass irgendwie, aus irgendeinem Grund die Selbstständigkeit stärker eingeschränkt ist. Aber ob das jetzt wegen Demenz ist oder irgendetwas anderem wissen wir nicht. Genau diese Pflegefachlichkeit aber im gesamten Projekt nie definiert. Schließlich kommt auch noch das Pflegebedürftigkeitsinstrument, das in der Entwicklung auf einem ganz alten Verständnis der Verrichtung basiert – Waschen, Schneiden, Föhnen – mehr macht das Pflegebedürftigkeitsinstrument ja nicht – und das hat nichts mit Pflegebedarfen zu tun, das hat nichts mit einem modernen Pflegeverständnis zu tun. Das hat nichts mit einer pflegefachlichen Versorgung nach dem allgemein anerkannten Stand der Pflegewissenschaft oder evidenzbasierter Pflege zu tun, sondern reduziert auf eine Kalkulation, was kann an Verrichtung angeboten werden, damit die Selbstständigkeit des Menschen oder die eingeschränkte Selbstständigkeit des Menschen ausgeglichen werden. Es gibt nicht einen einzigen Aspekt eines modernen pflegefachlichen Verständnisses in diesem Instrument, sondern es führt ein altes Instrument von 1995 eigentlich auch weiter.

Auch dürfte es aus wissenschaftlich methodischer Sicht schon nicht sein, dass ein Pflegepersonalbemessungsinstrument auf einem Pflegebedürftigkeitsinstrument beruht, das für ein Sozialgesetzbuch nur dazu dient, dass man die limitierten Leistungen in Anspruch nehmen kann. Nicht mehr und nicht weniger ist dieses Instrument, und damit sind wir in einer fatalen Entwicklung der langzeitpflegerischen Versorgung im SGB XI, das damit den Mangel der limitierten grundverrichtungsorientierten Leistungen fortschreibt. Und da liegt unser Kernproblem, mit dem es nicht besser werden wird in der Langzeitpflege. Und was mich noch sehr erschrocken hat, ich habe da irgendwann mal einen Artikel gelesen, da wurden aus einem wissenschaftlich nicht nachvollziehbaren Grund ein Kompetenzverständnis den Modulen zugeordnet. Was soll das denn? Wie eklektisch ist das



denn? Ich kann doch jetzt nicht Kompetenzen den Modulen zuordnen, die nur dazu dienen, irgendwie Selbständigkeit einzuschätzen. Das hat mir überhaupt gar nicht eingeleuchtet und ist tatsächlich auch wissenschaftlich methodisch außerordentlich fragwürdig und nicht zu begründen.

#### **Wolfram Schottler:**

Ja ich möchte noch einen Aspekt ergänzen. Dem PeBeM liegt auch aus Sicht des Human Resource Management ein veraltetes technokratisches Denken zugrunde. Man muss sich das Szenario vorstellen: wir haben den Pflegekräftemangel auf allen Ebenen, vor allem bei den Fachkräften, aber auch im Bereich der Altenpflege. Und alle Unternehmen sind angehalten, sich mehr oder weniger bei ihren künftigen Mitarbeitern zu bewerben, sich darzustellen und bessere Arbeitsbedingungen zu schaffen. Hier aber passiert genau das Gegenteil, dass technikverliebt Menschen, Persönlichkeiten und persönliche Fachkompetenzen der Mitarbeiter, praktisch wie Schachfiguren in einem Computerspiel hin und her geschoben werden. Wir haben das ein bisschen zugespitzt „Tetris mit Pflegepersonal“ genannt. Wie Martina das ausführlich dargestellt hat, werden irgendwelche abstrakten und ein Stück weit auch aus der Luft gegriffenen und nicht wirklich validierten Pflegebedürftigkeitskennziffern erhoben, denen dann wieder fiktive Kennziffern von Leuten mit spezifischen auch nicht dazu passenden Kompetenzen zugeordnet werden. Das ist eigentlich eine fatale, weil höchsttheoretische und technokratische Vorstellung vom Schreibtisch weg, die auch mit der Praxis einer Pflegedienstleitung nichts zu tun hat: da muss sie sich mit Dienstplanproblemen befassen, die irgendwelche Tageszeitwünsche ihrer Pflegekräfte mit Kindern im Kindergarten oder mit Urlaubsausfällen und Krankheiten abdecken müssen, nichts zu tun hat.

Und in jedem Fall steckt in dieser Betrachtung nicht nur latent, sondern offensichtlich eine Missachtung und mangelnde Wertschätzung der notwendigen und wichtigen Bezugspflege, die nämlich all diese Personen eigentlich an den Patienten ausüben müssten. Und das ist wiederum die Abkehr von jedweder Fachlichkeit. Man könnte sagen, das PeBeM verhindert sogar Pflegefachlichkeit und die Qualität einer ganzheitlich-humanistischen Bezugspflege, die in jedem Prospekt und von der Politik immer reklamiert wird. Deswegen sind wir der Meinung, dass dieses Instrument ein vollkommen ungeeignetes, wenn nicht gar kontraproduktives Planungsinstrument ist und die Pflegeentwicklung nicht weiterführt.

Es ist auch zu vermuten, dass man politisch wahrscheinlich einem Druck weichen wollte: Die Pflegekräfte sind jetzt über die Tarife teurer geworden, sie werden also im Markt weniger; also versucht man jetzt mit technokratischer Reduktion der Arbeit von Pflegefachkräften auf Supervisionsaufgaben und der Definition von mehr Aufgaben für Helfer und Assistenzkräfte einen Billiglohnsektor darunter zu setzen, denen man jetzt mehr Aufgaben zuschreiben möchte. Das geht nur am Desktop und wird in der Praxis nicht funktionieren. Wir sind für unsere Kritik letztendlich darüber gestolpert, dass die Pflegedienste, die ja viel anderes zu tun haben, sich eigentlich gar nicht mit den theoretischen Anforderungen, die jetzt neu auf sie zukommen, gar nicht damit befassen haben, aber plötzlich ganz viele Softwarefirmen aus dem Boden gekommen sind, die jetzt versprechen, „wir machen jetzt die Planungssoftware und du brauchst nur alle deine Mitarbeiter in den digitalen Topf werfen und am Ende kommt eine gute Pflege raus.“ Das ist absurd und verschlingt letztlich wieder Unsummen ohne den geringsten Mehrwert für die zu Pflegenden oder die Pflegekräfte.

Und diese Form betrachten wir weder für die praktisch-gesellschaftlichen Anforderungen als genügend, noch für eine Weiterentwicklung der Pflegeberufe oder im Sinne des Gesundheitswesens und seiner Beitragszahler, für die die Pflegekassenbeiträge gerade erst wieder erhöht wurden.

#### **Francesca Warnecke:**

Ich hatte immer die Perspektive, unabhängig davon, ob das jetzt im internationalen Vergleich ist oder nicht, dass ich meine Fachlichkeit und meine Pflegedokumentation als mein ureigenes fachliches Instrument sah. Das heißt, ich kann ja über den Maßnahmenplan sehr wohl regeln und die



Bedürfnisse meines zu Pflegenden bearbeiten und daraus würde idealerweise in meiner Welt ein gutes Pflegegradmanagement rauskommen - sprich die Eingraduierung der Pflegegrade. Martina schüttelt schon den Kopf ...

### **Martina Hasseler:**

Ein Pflegegradmanagement dient nur dazu, zu wissen, ob jemand nach SGB XI einen Pflegegrad in welcher Höhe bekommt oder auch nicht. Pflegebedarfe haben damit nichts zu tun, weil diese mit Instrumenten gemessen werden, die validiert sind und nach Gütekriterien entwickelt wurden. Die haben auch mit Bedürfnissen erst einmal nichts zu tun: Systematisch müssen wir immer unterscheiden zwischen Bedürfnissen, Bedürftigkeit und Bedarfe. Bedürfnis heißt, jemand möchte einen Kecks haben oder die Kissen aufgeschüttelt haben. Bedürftigkeit heißt, er kann sich nicht selbst helfen. Bedarfe sind dann konkret das, was man aus pflegfachlicher Sicht als relevant betrachtet, die notwendig sind, damit man an der gesundheitlichen Versorgung teilhaben kann.

Die Pflegebedürftigkeit bedeutet, jemand hat nach dem Sozialgesetzbuch ein Recht, weil er bestimmte Punktzahlen erreicht hat, um eben ein Pflegegrad zu bekommen. Wenn man in Deutschland in der Lage wäre, Pflegebedarfe richtig einzuschätzen und die auch zu finanzieren würde es erstens die Finanzierung dafür geben, die derzeit gar nicht vorgesehen ist. Es gibt kein einziges Sozialgesetzbuch, das tatsächlich Pflegebedarfe finanziert und zweitens würden wir Pflegediagnosen mit validierten Instrumenten stellen, die anerkannt sind und wissenschaftlich validiert sind, um festzustellen, was der Mensch konkret hat und was er tatsächlich braucht.

Da sind wir beim Bedarf und das macht die Pflegebedürftigkeit eben nicht. Ziemlich genau das ist unser Verderben für die Pflegeberufe in Deutschland, dass wir uns nicht mit einem Sozialgesetzbuch identifizieren sollten, das nie zum Ziel hatte, die konkreten Pflegebedarfe zu finanzieren. Wir können auch gar nicht eine bedarfsangemessene Pflege finanzieren, weil das SGB XI so ausgerichtet ist, dass häufig erstmal Fake-Dokumentationen geschrieben werden, die nicht mit dem Patienten und seinem konkreten Bedarf zu tun haben, sondern nur den Blick auf das, was das SGB XI zahlt, richten. Und das sind nur körperverrichtungsbezogenen Maßnahmen. Es steht in keinem einzelnen Paragraphen des SGB XI, dass auch Pflegebedarfe erhoben werden. Die berufliche Pflege wurde vom SGB XI vereinnahmt und überformt, so dass sie fachlich reduziert und deprofessionalisiert wurde.

Und die Pflegedokumentationen sehen eben auch häufig so aus. Wir sind nicht so weit, dass in allen Aspekten der pflegfachlichen Versorgung die Pflegebedarfe erhoben werden. Somit werden sie auch nicht dokumentiert oder finanziert. Somit muss man logischerweise den Unterschied zwischen diesen drei Begriffen treffen, um eben auch klar zu sagen, dass alles, was im Pflegeberufegesetz steht, vor allem § 4, § 5 und § 37 sind die Vorbehaltsaufgaben, also Kompetenzen, die in einer Berufsausbildung oder auch für § 37 in der Hochschulausbildung erworben werden und nirgendwo im SGB XI ihren Niederschlag finden, weil es da eben gar nicht um die kompetente fachliche Pflege geht. Selbst die Qualitätsprüfungen sind nur auf die reduzierten Verrichtungen des Pflegebedürftigkeitsbegriff orientiert. Wesentliche Bedarfe werden erst gar nicht erhoben: z.B. präventive Bedarfe, gesundheitsfördernde Bedarfe, gerontologische Bedarfe, gerontopsychiatrische Bedarfe, rehabilitative Bedarfe, teilhabe-orientierte Bedarfe – all diese Dinge werden mit dem SGBXI nicht erhoben. Das muss man wissen und sich wirklich emanzipieren von diesem SGB XI, weil es eine Vereinnahmung der Pflegefachberufe ist, obwohl im Gesetz die eigentlichen Kompetenzen von Pflegefachberufen gar nicht gemeint sind.

Noch letzte Woche in Berlin sagte mir einer derjenigen, der am SGB XI mitbeteiligt war, dass es eigentlich nur als Übergang 10 Jahre gültig sein sollte. Und wenn das SGB XI nicht Pflegeversicherung genannt worden wäre, sondern Hilfebedürftigkeitengesetz oder Alltagsunterstützungsgesetz, wären wir nicht in diese desolate Situation der Pflegefachberufe gekommen und es hätte uns nicht 25 Jahre der Deprofessionalisierung gekostet. Deshalb sind wir auch erkennbar im internationalen Vergleich



deprofessionalisiert, weil man die Pflegefachberufe auf die körperbezogenen Verrichtungen reduziert hat. Und daraus folgt, dass die Cleveren in den Pflegefachberufen eben rausgehen aus dem Bereich des SGB XI und sich andere Aufgabenfelder suchen, weil sie all das, was ich gerade gesagt habe, nicht durchführen dürfen und es nicht einmal in der Behandlungspflege nicht finanziert wird.

#### **Wolfram Schottler:**

Aber Maßnahmen des PeBeM suggerieren Verbesserungen und perpetuieren genau diese unzureichenden Zustände. Anstatt in den Gremien, die am System arbeiten, den Finger auf die Probleme zu legen, und den von Martina geschilderten grundlegenden Webfehler anzugehen, mit dem man das SGB XI eben sinnvoll umbauen müsste, wird leider eine Studie nach der anderen gemacht oder immer neue Hilfskonstrukte ergänzt, womit die Sache nicht verbessert, sondern nur verkompliziert und letztlich verschlimmert wird. Um es mit einem Beispiel zu sagen: der Motor Ihres Autos funktioniert nicht, aber die Werkstatt baut Ihnen zur Verbesserung des Wagens eine Klimaanlage und ein Soundsystem ein.

Man kann ja einfach praktisch in die Altenpflegeeinrichtungen gehen. Dabei ist es doch leider Glückssache, ob man seine Anverwandten dort gut untergebracht vorfindet und vor allem ihren Einschränkungen adäquat. Jeder kennt Leute, die unter keinen Umständen ins Altenheim wollen, wenn es irgendwie zu Hause möglich ist – und sei es mit osteuropäischen Helfern, mit denen man bei etwas Angehörigenunterstützung besser dran ist, als da, wo die Dinge professionelle abverwaltet werden.

Man braucht da auch keine großen Evaluationen erst machen. Das sagen sogar die Mitarbeiter, die in ihrer Motivation für gute Arbeit ernüchtert sind und das letzte noch aus sich herauspowern lassen, weil sie die alten Leute nicht ganz allein lassen wollen, aber im Grunde sind viele auf breiter Front schon innerlich gekündigt.

#### **Annemarie Fajardo:**

Hier sehen wir tatsächlich auch berufsrechtliche Lücken. Wir regulieren ja den Pflegefachberuf gerade nach dem Pflegeberufgesetz. Hier bestehen viele Regulierungen, welche Berufsabschlüsse mit welchem Ziel wie durchgeführt werden, und wie die Ausbildungsinhalte, Ausbildungsziele, Studieninhalte entsprechend gestaltet werden müssen. Aber was nach dem Berufsabschluss kommt, ist dann gar nicht mehr reguliert oder nicht einmal im Gesetz definiert. Und es heißt, wir müssen stets überprüfen, welche Vorbehaltsaufgaben wir jetzt in den einzelnen Settings haben – seit 2020 sprechen wir von Vorbehaltsaufgaben, aber den Pflegebedarf zu erheben, den Pflegeprozess zu steuern und dann eben auch die Pflegequalität zu evaluieren, haben wir natürlich schon wesentlich länger. Und diese Tätigkeiten sind natürlich essenziell, dass sie eben auch in den gesetzlichen Rahmenbedingungen ihren Niederschlag finden müssten. Jetzt gibt es die Besonderheit im SGB XI, wie Martina gerade ausgeführt hat, dass Pflegefachlichkeit in erster Linie keine Rolle spielt. Pflegefachberufe stehen in dem als „Pflegeversicherung“ benannten Gesetz erst an dritter oder wenn man den Arztvorbehalt noch hinzunimmt, sogar an vierter Stelle. Denn zunächst ist der pflegebedürftige Mensch relevant für dieses Gesetz. Und dann kommt an zweiter Stelle der pflegende Angehörige und dann werden „weitere Pflegepersonen“ genannt, wo man die Pflegeberufe nach dem Pflegeberufgesetz subsumieren kann. Ein Paragraph ist besonders bezeichnend: §11, Absatz 1 SGB XI besagt, „die Pflegeeinrichtungen pflegen, versorgen und betreuen“: Die Einrichtungen (!), und im gesamten Gesetzbuch ist nicht erkennbar, um welche Berufsgruppen es sich denn eigentlich dreht, wenn wir von den Verben ausgehen, „pflegen, versorgen und betreuen“. Das heißt also, dass das Gesetz keinerlei professionelles Fachverständnis berücksichtigt. Die Pflegeeinrichtungen können höchstens pflegerische Leistungen anbieten oder die Leistungserbringung sicherstellen z.B. in Form von Bildung, Pflegemanagement, Verwaltung von Steuerungsprozessen, aber eben nicht Menschen mit ihren psychosozialen Bedürfnissen und Versorgungsbedarfen pflegen, versorgen und betreuen.



Weiter heißt es im SGB XI, dass es um Vertragsparteien geht, die Pflegebudgets oder Pflegesatzverhandlungen führen. Auch hier wird technokratisch und bürokratisch verwaltet und die Pflegefachlichkeit fällt dabei auch nicht mehr hinein, denn das ist dann ja Aufgabe einer einzelnen Unternehmung, einer einzelnen Pflegeeinrichtung. Wenn man also jetzt von Pflegefachlichkeit in der Form spricht, dass die Pflegeberuflichkeit abgebildet werden müsste, dann müsste es eine Interkorrespondenz geben zwischen dem, was wir im Pflegeberufegesetz stehen haben und dem, was in der Sozialversicherung gefragt ist. Deswegen muss man das SGB XI vor dem Hintergrund von Beruflichkeit und Fachlichkeit hinterfragen, auf die wir ausgebildet werden, für die wir studieren: wie relevant sind denn dann solche Kompetenzen und wie relevant ist das berufliche Wissen? Zwangsläufig muss man dann auch alle Personalschlüssel in Frage stellen, wenn es keinen berufsfachlichen Bezug geben kann. Man muss Fachkraftquoten in Frage stellen, die ebenfalls nicht evidenzbasiert sind und nicht auf pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen beruhen und letztlich muss man auch alle Versicherungsleistungen in Frage stellen, weil sie nicht evidenzbasiert sind.

Im Vergleich argumentieren wir auch aus dem internationalen Kontext heraus. Andere Länder sind schon viel weiter, wo es wirklich um Pflegebedarfsmessung im Sinne der Gesundheitskompetenz geht.

Und da kann man jetzt sagen Gesundheitskompetenz trifft natürlich auch auf Pflegebedürftige Menschen zu, denn hier geht es um eine Aktivierung von eigenen Ressourcen. Also, in welcher Gesundheitskompetenz befindet sich ein pflegebedürftiger Mensch. Inwiefern kann auch das Risiko, pflegebedürftig zu werden, präventiv verhindert werden. Das ist im Übrigen auch definiert im SGB XI: „Vermeidung des Risikos bzw. des Eintritts von Pflegebedürftigkeit“ und dafür sind auch Berufsgruppen relevant, die im Bereich der Gesundheitsfürsorge, Gesundheitsdaseinsvorsorge, Gesundheitskompetenz ausgebildet sind und da auch in diesen Bereichen studiert haben und diese Fragen haben wir bis heute nicht geklärt. Sie sind bisher vom Gesetzgeber so nicht berücksichtigt worden, als dass wir durchaus auch ein Personalbemessungsverfahren gehabt hätten, was diese Beruflichkeit berücksichtigt hätte.

#### **Wolfram Schottler:**

Weil die Kompetenzen an der Stelle nicht ausreichend ausgebildet werden und auch nicht sachgerecht herangezogen werden.

#### **Franceska Warnecke:**

Ich verstehe mittlerweile sehr gut und ich mag diese Perspektiven und ich mag auch diese Spitzfindigkeit, also, die Auseinandersetzung mit Bedürfnis, Bedarf und auch, was im SGB XI steht. Jetzt wird es für mich sehr viel klarer und der Artikel aus der AH spiegelt das so für mich nicht wider. Die andere Frage, die ich mir jetzt stelle in der Auseinandersetzung mit euch ist, ist es denn eigentlich die Kritik am PeBeM oder eigentlich im übergeordneten Sinne die Grundkritik am SGB XI, dass das alles mit sich gebracht hat oder bzw. die Perspektive, die man setzt und das PeBeM jetzt nur das I Tüpfelchen war, um da nochmal anders drauf zuzugucken?

#### **Martina Hasseler:**

Von mir aus betrachtet nicht, weil ich das SGB XI seit vielen Jahren schon kritisch betrachte und dies auch schon seit vielen Jahren in dieser Form so darstelle, nur lange Zeit gemerkt habe, die Leute verstehen mich nicht und dachte, ich würde immer die Pflegeberufe oder die darin arbeiten, beleidigen, das wollte ich aber nicht. Ich wollte immer sagen, das SGB XI verhindert ein pflegefachliches Arbeiten, das SGB XI hat die Verantwortung dafür. Es ist schwierig, wenn Personen Aufträge bekommen, die aus gesundheitsökonomischer Sicht drauf schauen, ohne aus pflegewissenschaftlicher Perspektive da drauf zu gucken, wenn es dann keine pflegewissenschaftlichen Diskussionen dazu geben darf und ich bleib dabei, es dürften keine





Diskussionen dazu geben. Es war ein Closed-Shop-Verfahren. Wir haben alle erst davon erfahren, als das Ding fertig war und eigentlich schon im Gesetzgebungsverfahren war. So und das hat das Ganze eben nochmal problematischer gemacht, sich vorher zu Wort zu melden. Die Auftraggeber hätten sich schon vorher bewusst sein müssen, aber sie wollten ein geschlossenes System haben. Sie hätten sich bewusst sein müssen, wir können keinen Auftrag vergeben, in dem ein Pflegebedürftigkeitsbegriff zu Grunde liegt für ein Personalbemessungsinstrument, weil die hätten wissen müssen, wir müssen zwischen Bedarf, Bedürftigkeit und Bedürfnis unterscheiden. Das ist etwas, was ich in der Hochschule lehre, schon seit 20 Jahren. Das muss man unterscheiden können und das erwarte ich auch von Entscheidungsträgern.

Dann wurde das Entbürokratisierungsprojekt umgesetzt, dann ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff entwickelt und dann sollte als geschlossenes System ein neues Pflegepersonalbemessungssystem entwickelt werden, was auf dem Pflegebedürftigkeitsbegriff beruht. Und was ich nie verstanden und immer kritisiert habe, ist, wenn es heißt: mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff haben wir das neue Pflegeverständnis umgesetzt. Das empfand ich als Frechheit, eine Frechheit gegenüber der Pflegewissenschaft und der Pflegefachlichkeit. Weil ich gedacht habe, das kann doch nicht sein, dass ein Gesetzgeber vorschreibt, was wir unter Pflegeverständnis zu verstehen haben. Das wäre so, als wenn man im SGB V festschreiben sollte, was ein medizinisches Verständnis ist. Gibt es das? Nein, gibt es nicht. Kann es auch gar nicht geben, weil Pflegefachlichkeit sich in unterschiedlichen Settings, Faktoren und Disziplinen auch widerspiegelt. Das SGB XI ist nicht die pflegeberufliche Versicherung, es finanziert wie gesagt auch gar nicht die Pflege, sondern die Alltagsunterstützung. Das muss man einfach wissen und das muss man auch einfach zu Gehör bringen zu sagen, überlegt euch, welchen Schaden ihr mit der Pflegeversicherung da anrichtet. Mittlerweile sage ich auch, die Pflegeversicherung ist Ursache des Problems, nicht mehr Teil der Lösung. Wir können nicht mehr im Bereich der Pflegeversicherung reformieren und vor allem können wir nicht die Pflegefachlichkeit damit weiterentwickeln im Bereich des SGBXI. Das muss man einfach auch so wissen.

Das PeBeM führt diese Verrichtungsorientierung, dieses obsoletere Verständnis einer pflegerischen Versorgung, was eigentlich eine laienhafte Versorgung ist, fort. Das PeBeM führt im Grunde eine laienhafte Versorgung fort. Es wird nicht die Pflegefachlichkeit entwickelt. Wir sind jetzt schon in der Situation, wir werden weiter überfordert sein, weil es ein irres Verständnis ist, anzunehmen, dass eine Fachkraft, eine Heerschar von Assistenten beobachten und anleiten kann und dann wird auch noch formuliert, damit sie ihren pflegefachlichen Aufgaben nachkommen kann. Ja, was denn, wenn es nicht formuliert, ist im gesamten Projekt. Es wird noch nicht mal finanziert diese pflegefachliche Versorgung. Es ist auch nicht die Dokumentation, die ist doch nicht die pflegefachliche Versorgung?

#### **Francesca Warnecke:**

Aber bezieht sich das denn nicht auf § 4 im Pflegeberufegesetz, auf die vorbehaltenden Tätigkeiten, dass ich das als Fachkraft machen kann und soll im Pflegeprozess? Ich habe mir das immer nach dem Primary Nursing Konzept erklärt, ich habe dann eben meine Kräfte, die ich eben speziell, so wie ich es einschätze als Pflegefachkraft, in die Versorgung einsetzen kann, also das wäre meine Logik dahinter.

#### **Martina Hasseler:**

Ja, aber das ist ja gar nicht die Logik, die das SGB XI meint. Wir haben kein Primary Nursing Konzept, das finanziert wird im SGB XI. Wir haben nicht mal ein pflegeinternes Delegationsmodell. Das SGB XI sieht vor, jeder der zwei Beine hat und zwei Hände, darf irgendwie arbeiten.

Und als Pseudolösung wird dann folgendes Szenario gesetzt: eine arme Fachkraft, die auch überfordert ist, darf dann mit einer Heerschar von Pflegehelfern, die irgendwie angeleitet werden (wenn man Glück hat, mit einer Woche Schnellkurs), darf man dann beachten. Man vergisst dabei, wie auch alle Studien zu Qualität, mit denen ich mich viel auseinandergesetzt habe, sagen, dass es, um eine gute Qualität zu erzeugen, nicht möglich ist, fachliches Wissen delegieren kann. Es ist nicht



möglich. Die Assistenzen können vielleicht helfen, wenn man eine Vorstellung davon hätte, im SGBXI in den patientenfernen Aufgaben. Aber in den patientennahen Aufgaben muss eine pflegfachliche Versorgung unter Verständnis der gerontologischen, gerontopsychiatrischen, rehabilitativen etc. Pflege stattfinden können, und das kann es nicht, weil das PeBeM von Verrichtungen ausgeht.

Und es ist keine Pflegefachlichkeit definiert worden, es ist noch nicht mal Primary Nursing definiert worden und selbst dann müsste man einen anderen Fachkräfteschlüssel haben, als was jetzt verrichtungsorientiert entwickelt worden ist. Es ist eine Wunschvorstellung anzunehmen, dass die eine Fachkraft dafür sorgen kann, dass Pflegefachlichkeit bei den Pflegebedürftigen ankommt. Es ist jetzt schon nicht der Fall und wird in Zukunft auch nicht der Fall sein können mit dem PeBeM. Weil Fachlichkeit nicht dahintersteht. Primary Nursing als Idee auch schon nicht und selbst Primary Nursing braucht Rahmenbedingungen und Voraussetzungen, die nicht im SGBXI definiert sind.

Um eine gute Qualität zu erzeugen, das sagen alle Studien: Man kann fachliches Wissen nicht delegieren. Es ist nicht möglich. Die Assistenzen können vielleicht helfen, wenn man eine Vorstellung davon im SGB XI in den patientenfernen Aufgaben hätte. Aber in den patientennahen Aufgaben muss eine pflegfachliche Versorgung unter Verständnis der gerontologischen, gerontopsychiatrischen, rehabilitativen etc. Pflege stattfinden können, und das kann nicht, weil das PeBeM von Verrichtungen ausgeht.

#### **Wolfram Schottler:**

Man kann sich das auch ganz praktisch vorstellen: Versetzen wir uns doch einfach in die Rolle des Patienten. Irgendwann kommen wir alle in das Alter, wo wir vielleicht Hilfe brauchen. (Hoffentlich später als früher, wie dem auch sei.) Wir liegen dann im Bett, sind hilflos und keiner ist mehr wirklich ein kompetenter Ansprechpartner. Da sollen dann Leute helfen, die vielleicht von Schlecker oder aus irgendeinem Lager kommen, die einen Wochenendkurs machen, um anschließend irgendwelche banalen Verrichtungen durchführen zu können. Das sind doch weder Ansprechpartner in psychosozialer Hinsicht, noch haben sie einen kompetenten Blick auf Krankenbeobachtung und so weiter. Wenn ein System eine solche Missachtung dieser wichtigen Aufgabe quasi per Gesetz festschreibt, dann ist das der Ausverkauf jeder Form von seriöser Pflegeausbildung und Pflegefachlichkeit – also all dem, was jungen Menschen in einer dreijährigen Berufsausbildung versucht wird, als Berufsethos zu vermitteln. So bedeutet das gewissermaßen die Öffnung des Gesundheitssystems für nicht nur Nicht-Qualifizierte, sondern auch einfach inkompetente Leute. Was für ein Verständnis steckt denn dahinter – es käme doch auch niemand auf die Idee, Kassierer vom Supermarkt in die Industriefertigung zu stellen. Das mag ein plattes Beispiel sein, aber wir reden von Fachkräften, die uns fehlen, wogegen das System mit Leuten geflutet wird, die noch nicht mal die geringsten Basisqualifikationen haben.

#### **Francesca Warnecke:**

Dann einmal die Frage an dich, Annemarie, du hattest diese Hypothese auch in dem Artikel aufgestellt und auch nochmal zu dem, was Martina eben gesagt hat, dass Delegation oder fachliches Wissen nicht delegierbar ist. Du positionierst dich, durch das PeBeM, die Verlagerung der ureigenen Fachlichkeit, der pflegfachlichen Aufgaben auf die Pflegehilfskräfte delegiert werden können, dass dadurch mehr Führungsaufgabe entsteht und dadurch erwächst eine höhere Arbeitsbelastung bei den Fachkräften und damit quasi wieder schlechtere Arbeitsbedingungen und Auswirkungen auf die Pflegequalität.

Jetzt haben wir aber diese Situation, dass Fachkräfte anleiten, weil Pflegehilfskräfte oder ungelernete Kräfte dahin kommen. Ist es jetzt aber nicht unter anderem eine Managementaufgabe, die von übergeordneter Stelle besser koordiniert werden sollte, darf, kann, müsste?

#### **Annemarie Fajardo:**



Ja, denn tatsächlich leistet die Pflegedienstleitung ja heute als sogenannte verantwortliche Pflegefachkraft nach dem SGB XI entsprechende Steuerungsmaßnahmen. Und Pflegeprozesse sollen aber eben, wenn man sich die Vorbehaltsaufgaben nach § 4 Pflegeberufegesetz anschaut, tatsächlich von Pflegefachkräften übernommen werden. Diese Aufgaben können nach dem Gesetz nicht delegiert werden, gleichzeitig, das hatte Martina gerade schon eingeführt, kann Fachlichkeit oder auch fachliches Wissen, und das, was Wolfram auch gerade gemeint hat, kann Berufsethos nicht delegiert werden. Und wenn man sich jetzt z.B. die quantitative Betrachtung von Pflegeassistenz anschaut, bedeutet das eigentlich, dass eine Mengenabwicklung erfolgen soll, die dann von den wenigen qualifizierten Pflegefachpersonen noch zu steuern sein wird. Diese Pflegefachpersonen werden dann aber nicht mehr, ob der Komplexität der Pflegesituationen, in der Lage sein, auch diese entsprechende Evaluierung durchzuführen und dann wiederum von vorne anzusetzen, nämlich Anleitung und Beratung für die Pflegeassistenzpersonen anzubieten. Das bedeutet also, insbesondere vor dem Hintergrund multimorbider und hochaltriger Menschen, die in die Pflegeeinrichtungen kommen wollen und auch müssen, weil sie sonst in gesundheitlicher und pflegebedürftiger Perspektive nicht anders versorgt werden können, bedeutet das für die Pflegefachpersonen einen höheren Aufwand zu haben, zum einen, was die Qualitätssicherung betrifft und zum anderen, was die Evaluierung dieser Prozesse anbetrifft im Sinne der Multimorbidität.

Wenn also nur noch ganz wenige Pflegefachpersonen im Dienst sind, und ich selber habe vor 15 Jahren mit einem Personalschlüssel von 1:70 gepflegt im Nachtdienst oder auch von 1:50 im Spätdienst, das hat sich seitdem auch nicht verändert, ganz im Gegenteil, das hat sich sogar seitdem noch weiter verschlechtert, bin ich als Pflegefachperson nicht in der Lage, komplexe Pflegesituationen, die ein Wissen voraussetzen, nämlich in der Anatomie, in der Neurophysiologie, in der Biopsychologie, überhaupt in biopsychosozialer Hinsicht, so umzusetzen, dass ich tatsächlich auch einen sehr guten Outcome habe, wenn ich diesen messen würden. Das heißt ich messe Gesundheitszustand, Gesundheitsstatus dieser pflegebedürftigen Menschen, und wir wissen auch, dass wir immer multimorbidere Menschen in oder aus den Krankenhäusern aufnehmen, aus stationärer Langzeitpflegeperspektive und diese Menschen müssen genauso gut behandelt werden können wie im Krankenhaus. Und wenn das nicht möglich ist, etwa durch Deprofessionalisierung und durch eine Abwärtsspirale, die wegführt von akademischer Qualifizierung – da sprechen wir tatsächlich von den Qualifizierungsniveaus 5 bis 8 – da sind wir bisher in der gesamten berufspolitischen Diskussion zu weit entfernt, als dass wir sagen könnten, wir steuern tatsächlich mit dem Qualifizierungsniveau 4 als Pflegefachpersonen, und dann im Sinne dieser komplexen Versorgungssituation mit entsprechender qualitativer Anspruchslage, diese Anzahl an Pflegeassistenten. Und das wird dann kaum noch möglich sein, das zu steuern. Es führt zu einer mittelfristigen Überforderung. Wir haben sie heute schon. Wir sehen heute schon anhand vieler Statistiken und Befragungen, dass die Belastungen und Überlastungen und Überforderungen vorhanden sind. Sie sind wissenschaftlich nachgewiesen und das wird mit dem PeBeM nicht besser. Ganz im Gegenteil, diese Verantwortungsübernahme wird steigen und die Pflegedienstleitungen werden das natürlich mit unterstützen wollen und auch müssen. Aber auch da werden Kapazitäten nicht mehr reichen. Denn auch hier werden die Anforderungen immer weiter steigen, bei gleichzeitiger Abnahme von Qualifizierungsniveaus.

#### **Wolfram Schottler:**

Annemarie, du hast das jetzt wunderbar in Worte zusammengefasst. Ich möchte das mit einem Bild etwas zuspitzen: Bei Ärzten läuft es in der Diskussion ja immer viel besser. Bei den Chirurgen käme ja niemand auf die Idee, weil wir Chirurgenmangel haben, einem Metzger oder einem Gärtner, weil die beide auch mit einem Messer oder einer Säge umgehen können, mal eine Anleitung zu geben und lässt sie dann mal machen ... nur in der Pflege passiert das am laufenden Band. Und wenn man jetzt dieses Zerrbild überträgt, dann ist das auf den Punkt gebracht, genau die Situation, die wir hier jetzt



kritisiert haben, die durch das PeBeM eigentlich nur manifestiert und noch weiter in die Länge gezogen wird.

**Francesca Warnecke:**

Ok, neben all der Kritik und wie gesagt, ich finde die Auseinandersetzung mit Euch, finde ich mega gut, mir wird einiges klarer und was ich eben schon gesagt habe, der Artikel ist sehr hart formuliert und die Hintergründe kommen so nicht raus. Das habe ich jetzt alles verstanden. Und neben aller Kritik, die ihr äußert, was würdet ihr denn empfehlen oder was wäre eurer Meinung nach eure Gegenposition oder die Gegenhypothese?

**Martina Hasseler:**

Ich habe auch Kontakt zu einer Kollegin von der Uni in Maastricht, und die sagt auch, dass PeBeM ist unwissenschaftlich. Wir sind also nicht nur national die einzigen, die es kritisieren. Ich glaube, wir müssten erst einmal fundamental reformieren. Wir haben ja schon ein Papier herausgebracht. Das CARE Share 13, beim IPAG. Wo wir uns grundsätzlich mit dem Gesundheitssystem und den Strukturen auseinandersetzen und auch Vorschläge machen, wie man dieses System reformieren könnte. Und wie man auch die Pflegefachberufe und die pflegefachliche Versorgung in das System integrieren könnte. Und damit haben wir ja auch formuliert, wir brauchen ein anderes Recht, auch mit einer Aufbaudekade der Pflegefachberufe. Das wäre das eine. Aber das muss natürlich langfristig strategisch eingefädelt werden und muss auf der Strukturebene erfolgen. Aber ohne Strukturveränderung und fundamentaler Reform werden wir keine pflegefachliche Versorgung fordern können. Wir werden das im SGB XI definitiv nicht können. Das haben wir die letzten 25 Jahre gesehen. Es hat zu einer Deprofessionalisierung der pflegefachlichen Berufe und Pflegefachversorgung geführt. Das muss man einfach konstatieren. Wenn es jetzt darum geht, müsste man das PeBeM aussetzen. Also, man müsste das Instrument aussetzen und formulieren: Wir versuchen das dann mal neu aufzusetzen auf dem Verständnis einer Pflege, Pflegefachlichkeit, Pflegebedarfen und wir wissen auch, wie wir es entsprechend finanzieren wollen. Oder man sagt, wir wollen das Konzept so erhalten, nehmen aber in Kauf, dass die pflegefachliche Versorgung immer schlechter und die Situation in der stationären Langezeitpflege sich auch weiterhin verschlechtern wird. In der Situation sind wir, weil im SGB XI gerade die Versorgung implodiert.

Die Kolleginnen und Kollegen aus der Uni Maastricht gehen tatsächlich anders vor. Das wäre nochmal eine Möglichkeit, um kurzfristiger zu agieren. Die sagen zum Beispiel, wir gehen nicht davon aus, von einem entsprechenden Pflegefachpersonalschlüssel, der mittlerweile dann lächerlich ist mit den 30%, ist im Grunde wirklich ein Witz, dass man dann sagt, die Einrichtung formuliert, welches Qualitätsniveau es erreichen will, und davon abhängig entscheidet die Einrichtung, wie es die pflegefachliche Versorgung auch erhalten will, oder auch mit welchem Fachpersonalschlüssel die Einrichtung auch arbeiten will. Und wenn diese Einrichtung dann entscheidet, unser Qualifikationsniveau soll nur so und so sein, deswegen brauchen wir nur wenig Fachpersonal und ganz viele Helfer, dann ist es die Entscheidung dieser Institution. Diese kann es nach außen hin transparent produzieren und will nicht nach außen hin den Anschein erwecken, es wäre Pflegefachlichkeit, wo gar keine Pflegefachlichkeit drin ist. Das ist das, was wir gerade in Deutschland machen.

Würde dann aber auch die Verantwortung für die Qualitätsniveaus und für die Qualität und den Outcomes geben und auch wieviel Geld es finanzieren will für einen entsprechenden Pflegepersonalschlüssel. Dann glaube ich, könnten wir auch in einen Wettbewerb treten, dann glaube ich auch an die Macht des Wettbewerbes. Und dann kann man sich auch entscheiden ganz transparent, ich gehe in eine Einrichtung mit diesem Personalschlüssel, werde vielleicht auch mehr Geld ausgeben müssen. Oder ich gehe in die Einrichtung mit weniger Fachpersonal und mehr Helfer



und habe da vielleicht eine andere Versorgung. Aber da weiß man, worauf man sich einlässt. Und die Entwicklung des Prozesses der Qualitätsindikatoren und Qualitätsniveaus ist klarer.

Das wäre die kurzfristigere Variante und ganz anders darüber nachzudenken, und nicht mit festen Pflegepersonalschlüsseln.

#### **Wolfram Schottler:**

Ich würde mir für die Zukunft der Pflege wünschen, dass es irgendwann eine richtige Berufsordnung gibt, mit einem Berufsethos und Professionalitätsverständnis, das aus Pflegefachlichkeit heraus definiert ist. Vielleicht mit einer Selbstverwaltung, wie sie die Ärzte haben. Weiterhin müsste auch im SGB V eine Ergänzung geschaffen werden, welche die multiprofessionelle Zusammenarbeit zwischen ärztlichem und pflegewissenschaftlichem Handeln definiert. Und daraus könnte ein neues Weiterbildungssystem aufgebaut werden, das in dieser Berufsordnung verankert ist und das dann mittel- und langfristig die Qualitäten entwickelt, die wir haben wollen. Hier geht es nicht nur um eine zwangsweise Akademisierung, sondern darum, die richtigen Kompetenzen zu erwerben.

#### **Annemarie Fajardo:**

Ich würde ergänzen, dass wir die politische Betrachtung nicht aus der Kassensicht beurteilen oder vornehmen sollten, sondern tatsächlich auf den Menschen gucken müssen. Wir als Gesellschaft sind gefragt, in welcher Bedarfslage wir uns bewegen. Was bedeutet für uns Lebensqualität, wenn wir gesund sind? Was bedeutet es aber auch, wenn wir beispielsweise unter einer chronischen Erkrankung leiden? Und wer begleitet uns da in fachlicher Hinsicht? Und da appelliere ich auch gerne an die Gesundheitsberufe, denn wir sind ja viele. Es geht ja nicht allein um Pflegeberufe, sondern wir haben ja eine ganz große Zahl an Heilberufen nach EU-Recht, und wenn wir uns zusammentun würden und gemeinsam auf die Politik zugehen würden, dann hätten wir auch eine ganze andere Perspektive. Das heißt, wir würden in beruflicher Hinsicht im Sinne der Gesundheitskompetenz, im Sinne der Gesundheitsfürsorge und im Sinne der Fachlichkeit, dass wir z. B. unsere Kompetenzen oder auch das, was wir beispielsweise über eine Berufsordnung definiert haben, oder über eine Fort- und Weiterbildungsordnung, das kommt ja sogar auch noch mit hinzu, dann sagen können: Wir können bestimmte Aspekte des Menschen auf dem Kontinuum zwischen Gesundheit und Krankheit besser behandeln und begleiten, wenn wir uns Prävention, Kuration, Rehabilitation und Palliation angucken, denn das können wir nur interprofessionell gestalten. Und dann würden wir nicht nach der Kassenlage gucken, denn dann würden wir tatsächlich gucken, wer kann was leisten. Da bewegen wir uns weg von den aktuellen Vertragspartnern und Vertragspartnerinnen, und wir schauen tatsächlich auf Berufskompetenzen, denn dafür haben wir ja Bildung, dafür müssen wir Bildung einsetzen. Und dafür müssen wir natürlich auch das Management einsetzen und auch die wissenschaftlichen Kompetenzen, die wir haben und die wir im Gesundheitswesen ja auch haben, aber eben vom Potential her nicht genutzt worden sind, dann zu sagen, wir gehen mal auf die Politik zu und die Politik unterstützt uns dabei als Experten und Expertinnen in diesem Bereich. Dann hätten wir auch ganz andere Diskurse. Mein Appell jetzt an alle, die das hier heute gehört haben, liebe Francesca, an dieser Stelle auch vielen Dank, für diese Möglichkeiten, mit allen einmal ins Gespräch zu gehen, unabhängig der heutigen Organisation- und Institutionsformen. Daran ist doch jeder einzelne interessiert, dass wir gesund bleiben, dass wir Krankheiten vermeiden können und dass wir auch Pflegebedürftigkeit vermeiden können. Das wäre meine Vorstellung von dem, was wir vielleicht tun können in politischer Hinsicht. Aber wir haben auch ein Papier rausgebracht, ein Care Share 13 Konzept, wo wir diese Aspekte beleuchten und vertiefend gerne mit allen interessierten Menschen diskutieren möchten.

#### **Martina Hasseler:**

Francesca, du hattest gesagt, der Artikel war zu harsch. Ich glaube einfach, der war natürlich sehr klar formuliert. Ich glaube es kommt auch zum Ausdruck, dass man in diesem Land nicht gewöhnt ist, dass



man Diskurse führt, dass hatte Annemarie ja auch gerade gesagt. Es finden doch keine Diskurse statt, auch nicht auf Augenhöhe. Und wenn man Kritik äußert, wird man sehr schnell herabgebügelt und auch diffamiert teilweise.

Und es wird sich nicht die Mühe gemacht sich mit den Argumenten auch den wissenschaftlichen Argumenten auseinanderzusetzen, und es wird häufig als eine Beleidigung aufgefasst, oder ähnliches. Diese Diskurse fehlen und verhindern meiner Meinung nach, dass wir vorankommen. Also, weil oft die Perspektive der anderen Berufsgruppen, der anderen Disziplinen gar nicht erst eingehen. Anstatt sich zu fragen, wie können wir besser werden. Gibt es vielleicht auch einen Punkt, der auch sinnvoll sein könnte, der kritisiert wird. Es wird häufig angekommen es wird so harsch kritisiert. Und dann kommt der Artikel vielleicht auch so harsch rüber, weil viele Dinge, die wir in diesem Bereich kritisiert haben, kritisieren wir auch woanders. Aber es wurde und wird in der Breite nicht zu Kenntnis genommen, und dann wirkt es erstmal so überraschend, nach dem Motto jetzt kommen die daher und so weiter, dabei ist es vorher schon oft kritisiert und entsprechend formuliert worden. Und diese Diskurfähigkeit herzustellen, das wäre auch ein großer Wunsch. Deswegen ist es auch toll, dass wir hier im Podcast unsere Einschätzungen darstellen können. Und Annemarie hat noch etwas gesagt. Im SGB XI steht ja auch das Pflegebedürftigkeit verhindert werden soll, interessanterweise, werden die Pflegefachberufe werde dafür ausgestattet, dass sie es dürfen, noch wird es finanziert. Und dann frage ich mich immer soll das von Zauberhand geschehen? Wenn es gar keine niederschweligen präventiven Zugänge gibt, über die die Pflegefachberufe selbst entscheiden dürfen. Wenn alles genehmigt werden muss von den Kassen usw.

Also man sieht glaube ich auch, es gibt einen unheimlich hohen Anspruch an die Pflegefachberufe, das in einem Gesetz, dass gar nicht Pflege finanziert, das pflegefachliches Leisten sollen und ständig unter moralischer Verantwortung genommen werden. Und sich hier zu emanzipieren und zu sagen es gibt Rahmenbedingungen, die wir brauchen, um gut zu arbeiten. Wir müssen in das System integriert werden, unsere Leistungen müssen finanziert werden. Wir müssen in der Differenziertheit betrachtet werden, auch der differenzierten Qualifikationsniveaus. All das fehlt uns, und das sieht man dem PeBeM an. Und deswegen ist es so wie es ist.

#### **Wolfram Schottler:**

Wenn wir deutlich kritisieren, dann wollen wir konstruktiv einen kreativen Dialog anregen. Und wenn etwas problematisch ist oder noch nicht so rund läuft, wie man es sich wünscht, dann ist es doch besser, man spricht es offen und klar aus, um auch multiperspektivische Betrachtungen und auch einen konstruktiven Dialog mit mehreren Köpfen zu fördern, als dass man eindimensional auf dem falschen Weg weiterläuft. Das ist unser Ansatz und freuen wir uns, wenn wir weitere Diskutanten und Ideengeber in unsere Kreise mit hineinbekommen, die auch ihre vielleicht kontroversen Ansichten mit einbringen. Aber das ist dann im Ergebnis etwas, mit dem wir dem System dann auch tatsächlich einen Nutzen entwickeln können.