

# Brennpunkt Pflege



**IMPRESSUM :**

**Herausgeber:** Bundeskonferenz der Pflegeorganisationen  
Arbeitsgemeinschaft christlicher Schwesternverbände und  
Pflegeorganisationen in Deutschland e.V. (ADS) und  
E-Mail: [info@ads-pflege.de](mailto:info@ads-pflege.de), Internet: [www.ads-pflege.de](http://www.ads-pflege.de)  
Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (DBfK)  
E-Mail: [dbfk@dbfk.de](mailto:dbfk@dbfk.de), Internet: [www.dbfk.de](http://www.dbfk.de)

**Druck:** Nachdruck und Veröffentlichung unter Angabe der Quelle  
ausdrücklich erlaubt.

# ***Inhaltsverzeichnis***

## **Seite**

Vorwort	4
Einleitung	5
1. Wer pflegt heute wen?	6
1.1. Bürgerschaftliches Engagement: Ehrenamt	7
1.2. Angehörigenpflege	8
Ein Beispiel aus der Praxis	10
1.3. Aufgaben und Kompetenzen von ehrenamtlich Pflegenden	11
1.4. Aufgaben und Kompetenzen professioneller Pflege	11
1.5. Schnittstelle zwischen Profession und Laienpflege	12
2. Sicherung der zukünftigen Versorgung durch Unterstützung der Professionellen Pflege	15
Fazit	16
Literatur	17

## Vorwort

Die professionelle Pflege ist ein Garant für die Qualität und Kontinuität der Versorgung und Betreuung der Menschen in Deutschland. Mit Sorge beobachten die Arbeitsgemeinschaft christlicher Schwesternverbände und Pflegeorganisationen in Deutschland e. V.(ADS) und der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe e. V. (DBfK) die Auswirkungen der gesellschaftlichen Veränderungen auf die Versorgungsqualität.

Der Mangel an zuverlässigen Zahlen zur Anzahl und Qualifikation des Fachpersonals im Gesundheits- und Sozialwesen verhindert exakte Aussagen über die derzeitige Situation und den Personalbedarf der nächsten Jahre. Unbemerkt von Politik und Öffentlichkeit werden jedoch, trotz ansteigendem Bedarf an professioneller Pflege, im Zuge der soziodemografischen Entwicklungen massiv Kapazitäten in der Pflege abgebaut. In der Folge werden durch den Mangel an professioneller Pflege Pflegebedürftige nicht oder unzureichend versorgt und erleiden physische, psychische und soziale Vernachlässigung im Versorgungsprozess. Daher stellt sich umso dringlicher die Frage nach der grundsätzlichen Klärung der Rolle der professionellen Pflege in Abgrenzung zur und im Zusammenwirken mit der Angehörigen- bzw. Laienpflege um eine möglichst gute und individuelle Versorgung und Betreuung zu ermöglichen. Darüber hinaus gilt es zu klären, wie eine Zusammenarbeit konzipiert werden kann und welche Koordinierungs- und Vernetzungsleistungen von professioneller Pflege erbracht werden müssen.

Die Versorgung pflegebedürftiger Menschen wird immer noch zum überwiegenden Teil von Angehörigen getragen. Wobei die Anzahl der Angehörigen, die bereit oder in der Lage ist, Pflege zu Hause zu übernehmen ständig sinkt. Lösungsansätze, die komplexe und emotional belastende Pflegesituationen und -bedarfe pflegenden Angehörigen und Laien aufbürden, sind deshalb auf Dauer keine Lösung. Es zeigt sich auch, dass dieser Ansatz den Anforderungen und den Erwartungen der Pflegebedürftigen nicht gerecht wird und häufig zur Überlastung bei pflegenden Angehörigen führt.

Die politisch Verantwortlichen sind hier gefordert, die gesamtgesellschaftliche Fragestellung zu bearbeiten, wie der grundgesetzlich garantierte Anspruch auf Würde und Sicherstellung der pflegerischen Versorgung der Bevölkerung umgesetzt wird und auf welchem Niveau diese stattzufinden hat. Richtungsweisend wird dabei die Entscheidung sein, welche pflegerischen Tätigkeiten mit welchem beruflichen Qualifikationsniveau erbracht werden dürfen und welche Eingrenzung, zum Eigen- und Patientenschutz, die Laienpflege erfährt.

Mit dieser Broschüre aus der Reihe „Brennpunkt Pflege“ wollen die beiden Berufsverbände der Pflege auf Missstände aufmerksam machen und deutlich herausstellen, was Pflege leistet sowie auf den Bedarf von Angehörigen und Laienpflege und professioneller Pflege in seiner Unterschiedlichkeit und Ergänzung hinweisen.

Gudrun Gille  
Präsidentin des DBfK

Renate Heinzmann  
Vorsitzende der ADS

Berlin, im Februar 2009

## Einleitung

„Heute ist doch Samstag, Frau Schneider und zu Abend gegessen haben Sie schon. Und das ist nicht Ihre Mutter, das ist doch Ihre Zimmernachbarin Frau Keller“, korrigiert die ehrenamtliche Helferin Frau Richter die Aussagen von Frau Schneider. Sie kommt einmal pro Woche ins Pflegeheim, um mit Frau Schneider spazieren zu gehen oder ihr vorzulesen, da sie keine Angehörigen mehr hat. Der Versuch, Frau Schneider aus ihrer Wirklichkeit in die Realität zurückzuholen gelingt nicht mehr, da sie an Alzheimer Demenz erkrankt ist. Obwohl die Hilfe von Frau Richter mit besten Absichten ausgeführt wird, ist gerade im Umgang mit demenziell erkrankten Menschen Sorgfalt geboten: die vermeintliche Hilfe und die wiederholten Korrekturen können zur weiteren Verwirrung beitragen und Grund für eine depressive Verstimmung sein, wie sie häufig an demenziellen Menschen beobachtet wird.

Zunehmend sind auch in Deutschland ehrenamtliche Helferinnen<sup>1</sup> sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich des Gesundheitswesens tätig. Vulnerable Gruppen im weitesten Sinne wie Pflegebedürftige, Familien mit behinderten Kindern, chronisch Kranke, Suchtkranke, oder – wie in dem oben dargestellten Beispiel – kognitiv eingeschränkte Menschen sind auf ehrenamtlichen Versorgungsdienste angewiesen. Sie stellen eine unverzichtbare Hilfe zur Bewältigung des Alltags neben der professionellen Pflege dar. Die Dienste in der stationären Versorgung wie der Einkaufs- und Büchereiservice der „Grünen Damen“ bietet für akut erkrankte Menschen die Möglichkeit, Normalität zu leben.

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, welche Kennzeichen Freiwilligenarbeit hat und welche Qualifikation damit verbunden sein sollte. Welche Aufgaben können Laien in der Pflege aktuell und zukünftig übernehmen und welche Konsequenzen hat der Einsatz ehrenamtlicher Helfer für die professionell Pflegenden in ihrer Berufsausübung. Darüber hinaus ist zu klären, wie der steigende Bedarf an pflegerischer Versorgung bei sinkender Zahl jüngerer Menschen, die die Pflege von Angehörigen übernehmen wollen oder können, bewältigt werden soll.

---

<sup>1</sup> Zur besseren Lesbarkeit wird für die Personen und Gruppen die weibliche Bezeichnung verwendet; selbstverständlich sind Frauen und Männer gleichermaßen angesprochen.

# 1. Wer pflegt heute wen?

Bereits 2003 hat der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem Jahresgutachten festgestellt, dass „Pflege nach allgemeiner Einschätzung in immer höherem Ausmaße zu einer der wichtigsten Leistungen des Staates an seine Bürger wird. Unumstritten ist auch, dass diese Leistungen ein hohes Qualifikationsniveau erfordern“ (SVR, 2003). Der demographische Wandel beinhaltet neben der veränderten Zusammensetzung der Bevölkerung, einer steigenden Lebenserwartung und sinkender Geburtenraten auch andere vielfältige Veränderungen in unserer Gesellschaft. Diese Veränderungen betreffen naturgemäß auch die Profession der Pflege. Es stellt sich die Frage: wer will und wer kann die deutlich steigende Nachfrage nach Pflegeleistungen in den kommenden Jahren leisten? So wird sich nach den Prognosen der Rürup-Kommission die Zahl der Pflegebedürftigen in der sozialen Pflegeversicherung bei konstanter altersspezifischer Pflegewahrscheinlichkeit von heute etwa 2 Millionen 2020 auf 2,64 Mio. und 2030 auf 3 Mio. erhöhen. Allerdings werden damit lediglich die Personen erfasst, die im Sinne der §§ 14 SGB XI ff Leistungsanspruch haben. Personen, die einen geringeren Pflegebedarf haben (z.B. Pflegestufe 0) und ebenfalls in bestehende informelle Helfer- und Familiensysteme einbezogen sind, werden in dieser Statistik nicht erfasst. Insgesamt wird der Anteil älterer Personen (60 Jahre und mehr) an der Gesamtbevölkerung bis 2030 auf rund 34% steigen (Nationaler Strategiebericht 2006-2008). Zugleich erwarten Experten eine Zunahme von Demenzkranken. Ihre Zahl von heute rund 1,2 Millionen werde sich bis zur Jahrhundertmitte verdoppeln. Entsprechend hat die Gesellschaft zukünftig mehr Ressourcen für die Pflege bereitzustellen. Auch wenn noch offen ist, wie diese Ressourcen finanziert werden sollen, sind die Strukturen der pflegerischen Versorgung auf diese Zukunftsherausforderungen auszurichten. Die demographische Entwicklung und ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff werden weitere Auswirkungen auf die Bedarfslage und die Leistungsansprüche haben.

Von den rund zwei Millionen anerkannt Pflegebedürftigen werden die meisten (etwa 1,44 Millionen) zu Hause und 0,64 Millionen in Heimen gepflegt. Pflegebedürftige mit einer höheren Pflegestufe werden häufiger in einem Pflegeheim gepflegt als solche mit einer niedrigeren Pflegestufe. Eine der häufigsten Ursachen der Pflegebedürftigkeit ist die Demenz. In der Altersgruppe der über 80-Jährigen gehen insgesamt mehr als 35 Prozent der Fälle auf Demenzerkrankungen unterschiedlicher Ursachen zurück (RKI, 2005). Die häuslich Gepflegten werden meist nicht professionell, sondern von Familienangehörigen betreut. In 28 Prozent der Fälle pflegen Ehepartner, in 26 Prozent Töchter, in zwölf Prozent Mütter und in zehn Prozent der Fälle Söhne. Insgesamt sind 73 Prozent der Pflegepersonen Frauen. 60 Prozent der Hauptpflegepersonen sind bereits 55 Jahre oder älter. Dies weist darauf hin, dass private Hilfeleistungen zu einem erheblichen Teil innerhalb der eigenen Generation erbracht werden. Häufig gehen die pflegenden Angehörigen zusätzlich einer Erwerbsarbeit nach. Für 64 Prozent der Hauptpflegepersonen gilt, dass sie im Prinzip jeden Tag rund um die Uhr zur Verfügung stehen müssen. Im Schnitt wenden sie für Hilfe, Pflege oder Betreuung im weiteren Sinn 36,6

Stunden pro Woche auf. Dementsprechend schätzen 41 Prozent der Hauptpflegepersonen ihre Belastung als „sehr stark“ ein, 42 Prozent als „eher stark“. Daraus lässt sich folgern, dass bei der subjektiv empfundenen starken bis sehr starken Belastung und dem objektiv nachweisbaren hohen Zeitbudget für Doppel- und Mehrfachbelastungen dringend Entlastungs- bzw. Kompensationen geschaffen werden müssen um diese Versorgungssysteme zu stützen.

Der demographische Wandel in der Bundesrepublik lässt sich auch an dem steigenden Durchschnittsalter des dort tätigen Personals ablesen: So stieg zwischen 1997 und 2005 der Anteil der über 50-jährigen Beschäftigten in der stationären und teilstationären Altenhilfe von 18,8% auf 23% deutlich an. Falls diese Tendenz sich fortsetzt wird in wenigen Jahren jede vierte Altenpflegekraft älter als 50 Jahre alt sein (RKI, 2004)<sup>2</sup>.

## **1.1. Bürgerschaftliches Engagement: Ehrenamt**

Ein Ehrenamt im ursprünglichen Sinn ist ein ehrenvolles und freiwilliges öffentliches Amt, welches nicht auf Entgelt ausgerichtet ist. Schon in der Antike war es Aufgabe, sich für das Gemeinwohl zu engagieren, eine weitere Wurzel findet sich in der christlichen Tradition der Nächstenliebe. Man leistet es für eine bestimmte Dauer regelmäßig meist außerhalb des eigenen Haushalts und im Rahmen von Vereinigungen, Initiativen oder Institutionen. In Deutschland sind 23 Millionen Menschen über 14 Jahren ehrenamtlich in Vereinen, Verbänden, Initiativen oder Kirchen tätig. Viele Bereiche des öffentlichen und sozialen Lebens würden ohne Ehrenamtliche kaum mehr existieren. Neben Betreuung von Kindern und alten Menschen zählen dazu die Telefonseelsorge, Aufgaben in Hilfsorganisationen und Wohlfahrtsverbänden, Grüne Damen und Herren in vielen Krankenhäusern, Altenheimen und Behinderteneinrichtungen<sup>3</sup>.

Die Bundesregierung hat 2007 das „Gesetz zur weiteren Stärkung des bürgerschaftlichen Engagements“ verabschiedet. Dieses begünstigt Menschen, die sich ehrenamtlich für soziale, kulturelle oder andere Belange einsetzen steuerlich. Dem liegt die Erkenntnis zugrunde, dass eine aktive Bürgergesellschaft eine wesentliche Voraussetzung für die humane Gestaltung der Gesellschaft ist. Der Staat kann ehrenamtliches Engagement nicht verordnen, aber die Rahmenbedingungen dafür verbessern. Diese Strategie verfolgt auch die soziale Pflegeversicherung, die – 1995 eingeführt – von Beginn an durch die Zahlung von Pflegegeld an selbst beschaffte Pflegepersonen (z.B. Angehörige oder Laien) auf den Ausbau familialer und ehrenamtlicher Strukturen setzt. Im PflegeWeiterentwicklungsgesetz wird dieser Trend aufgegriffen durch die

---

<sup>2</sup> siehe auch Broschüre Ältere Mitarbeiterinnen in der Pflege herausgegeben von der Bundeskonferenz der Pflegeorganisationen

<sup>3</sup> 2,5 -3 Millionen von insgesamt ca. 21 Millionen ehrenamtlich tätigen Menschen sind im Gesundheitsbereich aktiv [www.paritaet-nrw.org/content/e12020/e1064/e1111/2.19SelbsthilfeundbrgerlichesEngagement.pdf](http://www.paritaet-nrw.org/content/e12020/e1064/e1111/2.19SelbsthilfeundbrgerlichesEngagement.pdf)  
Zugriff am 24.2.2009 und Rosenblatt, 2000

Forderung nach und Förderung von bürgerschaftlichem Engagement insbesondere in der Altenhilfe bei der Betreuung demenziell erkrankter Personen (§ 45 SGB XI). Dadurch wird die Diskussion um die Frage, welchen Stellenwert das Ehrenamt, Laien- oder Angehörigenpflege spielt, neu belebt.

Ehrenamt macht zunächst keine Aussage über die Art und Form der Qualifikation der Person für die ehrenamtliche Aufgabe, sondern trifft lediglich eine Aussage dahingehend, dass das Ehrenamt nicht im Kontext einer Berufsausübung oder erwerblichen Tätigkeit steht.

Ehrenamt, Freiwilligkeit, bürgerschaftliches Engagement versteht sich generell als unentgeltliches Handeln im gemeinnützigen Bereich. Der Arbeitsaufwand stellt eine geldwerte Leistung dar. Viele Bereiche des öffentlichen und sozialen Lebens würden ohne Ehrenamt kaum existieren. Die Definition des Ehrenamtes schließt auch die unbezahlte Familienarbeit mit Angehörigen ein. Diese dürfte sich, finanziell betrachtet, im Milliarden-Euro-Bereich bewegen.

Bei ständig steigender Verschuldung der öffentlichen Haushalte und steigender Kosten im Sozial- und Gesundheitsbereich werden durch Ehrenamt einige der nicht mehr finanzierbaren Aufgaben übernommen. Es können jedoch nicht alle sozialen Aufgaben ehrenamtlich abgedeckt werden.

Kennzeichen ehrenamtlicher Arbeit sind nicht eindeutig definiert, es existiert kein einheitliche Begriff, sondern es werden in Studien verschiedene Begriffe verwandt:

- Freiwilliges soziales Engagement
- Ehrenamtliche soziale Arbeit
- Laienhelfer, Nicht- oder Paraprofessionelle Helfer
- Bürgerliches Engagement
- Aktive Mitgliedschaft oder auch Freiwilligenarbeit (Behrer et al 1998, 106- 107)

## **1.2. Angehörigenpflege**

Mit der Einführung der Pflegeversicherung wurde das ehrenamtliche Engagement pflegender Angehörigen anerkannt und gestützt. Es gibt als Option der Leistungen der Pflegeversicherung Pflegegeld, mit dem pflegende Angehörige, Freunde etc. bezahlt werden können. Diese Tätigkeit ist auch sozialversicherungspflichtig um Rentenansprüche zu gewährleisten. Allerdings handelt es sich durch die gesetzliche Definition nicht um eine Erwerbstätigkeit, weshalb das Pflegegeld auch nicht der Lohnsteuernpflicht unterliegt.

In der fachlichen Diskussion hat sich mittlerweile als Alternative oder spezielle Form der 'Laienpflege, der Begriff 'Angehörigenpflege' durchgesetzt, da 'Laienpflege' als abwertend empfunden wird.

Unter Laienpflege versteht man die Betreuung eines Pflegebedürftigen durch Personen ohne berufliche Qualifikation in der Pflege. In der Praxis ergänzen sich professionelle Pflege und Laienpflege häufig. Die gesetzliche Pflegeversicherung unterstützt die Laienpflege durch Zahlung von Pflegegeld, wenn der versicherte Pflegebedürftige Anspruch auf Leistungen hat und seine

Pflege selbst sicherstellt (Roche Lexikon Medizin, 2003).

Im alltäglichen Laiensystem oder Laiengesundheitssystem (engerer Familien-, Nachbarschafts- oder Bekanntenkreis) richten sich die Selbsthilfeaktivitäten vor allem auf die folgenden Bereiche:

- Präventive Bemühungen zur Aufrechterhaltung von Gesundheitsverhalten
- Versuche der Selbstbehandlung bei alltäglichen Beschwerden und Erkrankungen
- Soziale Unterstützung von kranken Angehörigen, Nachbarn oder Freunden bei der Bewältigung ihrer Krankheit oder der Folgen einer medizinischen Behandlung
- Dauerhafte Betreuung und Pflege von chronisch erkrankten und pflegebedürftigen Angehörigen, Nachbarn oder Freunden
- Selbstorganisierte und gegenseitige Hilfe von durch Gesundheitsproblemen ähnlich Betroffenen in Gesundheitsbezogenen Selbsthilfeinitiative oder -gruppen (Christeiner 1999, 218).

Untersuchungen belegen zum einen die außerordentliche Bedeutung von Laienhelfersystemen bezüglich einer Entlastung des professionellen Systems, zum anderen wird auch darauf hingewiesen, dass dieses System insgesamt eine andere Hilfe bereitstellt, die deshalb auch nicht nur durch professionelle Versorgungsstrukturen übernommen werden kann (Elsbernd, 2002). Der Gesetzgeber hat in seiner Begründung zum Pflegeweiterentwicklungsgesetz deutlich die Bedeutung der Unterstützung durch Laien herausgestellt (§ 45 ff SGB XI, 2008).

Die Anforderungen in der Pflegesituation führen allerdings für pflegende Angehörige, die über einen langen Zeitraum pflegen, zu außerordentlichen Belastungen mit weit reichenden Auswirkungen auf das Wohlbefinden und die Gesundheit (Schnepp 2002).

Bei aller Bedeutung, die Möglichkeiten der familiären, nachbarschaftlichen und ehrenamtlichen Hilfe heraus zu stellen, dürfen jedoch die Grenzen der Laienpflege nicht übersehen werden. Bevor Pflegebedürftigkeit wegen zu hoher körperlicher und psychischer Belastung zur Dekompensation der Laienpflegenden führt und die pflegerische Versorgung in der Häuslichkeit gefährdet ist, sollte professionelle Pflege die Laienpflege ergänzen oder sogar an deren Stelle treten (RKI, 2004). Daher ist zur Entlastung über neue Ansätze des ehrenamtlichen und bürgerschaftlichen Engagements in der Pflege nachzudenken.

Die folgende Tabelle verdeutlicht die Belastungen für pflegende Angehörige:

- Zeitliche Belastung , z.B. ständige Anwesenheit
- Körperliche Belastung, z.B. schweres Heben
- Finanzielle Belastung, z.B. für zusätzliche Unterstützung
- Familiäre Belastung, z.B. Partner/Kinder fühlen sich vernachlässigt
- Isolation, z.B. wenig Kontakt zu Freunden und Bekannten
- Fehlende Anerkennung, z.B. Arbeit gilt nichts
- Veränderung der eigenen Lebensplanung, z.B. ‚eigene Lebenszeit verrinnt‘

- Ausschließliche Zuständigkeit, z.B. Pflegende tragen alleine alle Verantwortung
- Beziehung zum/zur Gepflegten, z.B. Dank bleibt aus, Pflegebedürftige beklagen eher ihr Schicksal
- Schuldgefühle, z.B. gegenüber Pflegebedürftigen wegen Aggressionen oder Partner wegen Vernachlässigung (Caritasverband Frankfurt, o.J., [www.caritasfrankfurt.de/15806.html](http://www.caritasfrankfurt.de/15806.html) Zugriff am 11.02.2009)

## **Ein Beispiel aus der Praxis**

### **Hat Pflege einen gemeinsamen Nenner?**

*Frau M., eine geistig und körperlich noch rüstige 85-jährige Frau, erleidet einen Herzinfarkt. Nach einem vierzehntägigen Krankenhausaufenthalt und einer anschließenden dreiwöchigen Anschlussheilbehandlung, wird sie aus der stationären Behandlung nach Hause entlassen.*

*Ihr Lebenspartner, 5 Jahre jünger, ist fest entschlossen, anschließend die Versorgung und Pflege zu übernehmen.*

*Es stellt sich jedoch heraus, dass Frau M. körperlich sehr geschwächt ist und schon bei sehr geringer körperlicher Belastung einen beschleunigten Puls hat und kurzatmig wird. Außerdem wurde ein latenter Diabetes mellitus diagnostiziert. Die körperliche Schwäche wirkt sich auf die seelische Verfassung von Frau M. sehr belastend aus.*

*Das bedeutet, dass die Versorgung und Pflege vom Lebenspartner und den berufstätigen Kindern nicht alleine zu bewältigen ist.*

*Eine **Altenpflegerin des ambulanten Pflegedienstes** übernimmt jeden Morgen die Überwachung der Vitalfunktionen, die Blutzuckerkontrolle und die notwendige Unterstützung während der Körperpflege.*

*Die hauswirtschaftlichen Tätigkeiten, wie Einkaufen, Essenzubereitung, Medikamentengabe und die Versorgung der Wäsche übernimmt der **Lebenspartner, partiell unterstützt durch die Tochter.***

*Um eine langsam aufbauende Mobilisierung der körperlichen und geistigen Kräfte gezielt zu unterstützen, damit sich längerfristig wieder eine stabilere Gesamtsituation und Lebensqualität einstellen kann, müssen weitere Maßnahmen erfolgen.*

*Dazu reichen aber die physischen und psychischen Kräfte des Lebenspartners nicht mehr und die zeitlichen Ressourcen der Tochter auch nicht. Um alle individuellen notwendigen Maßnahmen durchzuführen, wie kleine tägliche Spaziergänge mit dem ungeliebten Rollator, die Unterhaltung zu aktuellen Themen oder ein geliebtes Gesellschaftsspiel spielen, bedarf es des zusätzlichen geplanten Einsatzes von Menschen aus dem **Freundes- oder Nachbarschaftskreis.***

*Die beschriebene Krankheits- und Lebenssituation von Frau M. zeigt die Komplexität der Situation und wie viele Akteure beteiligt sind. Daher ist eine geplante Zusammenarbeit von professioneller Pflege, Angehörigenpflege, Laienpflege und Ehrenamt notwendig, um die gewohnte häusliche Lebenssituation zu erhalten.*

### **1.3. Aufgaben und Kompetenzen von ehrenamtlich Pflegenden**

Das Maß des Engagements in der Versorgung pflegebedürftiger Menschen variiert naturgemäß sehr: Während pflegende Angehörige u.U. sehr stark in die Betreuung und Pflege eingebunden sind, können engagierte ehrenamtliche Mitbürger zur Unterstützung von Betreuungsangeboten in Pflegeheimen z.B. zum Spaziergehen, Vorlesen, Basteln oder „nur für jemanden da sein“ die Anzahl der Einsätze und die Inhalte des ehrenamtlichen Engagements weitgehend selbstbestimmt steuern.

Deshalb gilt: Die Leistungen der Ehrenamtlichen liegen schwerpunktmäßig im betreuenden Bereich, weniger in körperbezogener Hilfe und Pflege. Allerdings verfügen pflegende Angehörige für den einen spezifischen Menschen, den sie betreuen, sehr wohl über eine ausgesprochene Expertise. Sie übernehmen auch routinemäßige Aufgaben, die im beruflichen Kontext nur Pflegefachkräften vorbehalten sind. Dazu gehört z.B. das Absaugen von Sekret aus den Atemwegen, eine anspruchsvolle und risikoreiche Tätigkeit.

### **1.4. Aufgaben und Kompetenzen professioneller Pflege**

Eine professionelle Pflegefachkraft ist eine nach bundeseinheitlich geregelten Alten- bzw. Krankenpflegegesetz dreijährig ausgebildete Person, die die Berufsbezeichnung Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in oder Altenpfleger/in führen darf.

Neben der Verantwortung für die Planung, Durchführung und Evaluation des Pflegeprozesses übernimmt die Pflegefachkraft heute zusätzliche Aufgaben in der Steuerung, Koordination und Organisation der Versorgungsprozesse. Da eine Vielzahl von Akteuren in den Prozess der Leistungserbringung eingebunden ist, hat in diesem Bereich eine deutliche Ausweitung des Aufgabenspektrums der professionellen Pflege stattgefunden. Erwähnt sei an dieser Stelle die eigenständige pflegerische Expertise im Bereich Wundmanagement chronischer Wunden, Nahrungsverabreichung bei Personen mit Schluckstörungen oder Schmerzeinschätzung bei Menschen mit demenzieller Erkrankung. Darüber hinaus wird der Einführung neuer Organisationsformen wie Case Management und Primary Nursing in Zukunft eine wachsende Bedeutung zukommen. Die Leistungsgesetzgebung (SGB V und XI) z.B. in der Fortschreibung im Pflegeweiterentwicklungsgesetz (PWG) hat durch die Bindung von bestimmten Aufgaben an den Status der Pflegefachkraft ein erstes Profil von vorrangigen bzw. vorbehaltenen Tätigkeiten vorgenommen.

Darüber hinaus hat Professionalität als Kennzeichen beruflichen Handelns viele Facetten:

- Kennzeichen von Professionalität ist in erster Linie, dass in der Berufsausübung Standards und Beurteilungsmaßstäbe sichtbar werden, auf die man sich innerhalb der Berufsgruppe verständigt hat (Loos, 1991).

- Professionelle zeigen, wie sie arbeiten und legen ihren beruflichen Stolz darauf, die Standards der eigenen Profession zu erfüllen und weiterzuentwickeln.
- Professionelle Pflegende haben zumindest die Deutungshoheit über die Wirksamkeit ihres beruflichen Handelns, wobei sich die Deutungsmuster an theoriegeleiteten Konzepten und der Fähigkeit zur situativen Varianz der Standards orientieren müssen
- Grundlage professionellen Selbstverständnisses ist neben der Orientierung an pflegewissenschaftlichen Expertisen in der Berufsfachlichkeit, die Weiterentwicklung eines Berufsethoses, der sich in der kritischen Reflexion beruflichen Handelns zwischen ethischem Anspruch und gesellschaftlicher Wirklichkeiten konkretisiert

Um diese professionellen Anforderungen und komplexen Herausforderungen zu bewältigen, bedarf es nicht nur des Wissens zu einem Sachverhalt sondern in der Transferleistung sind situative Bedarfslagen zu erkennen und professionelle Standards zu variieren. Zusätzlich bedarf es eines Könnens, das theoretische Kenntnisse und praktische Erfahrung zu einem Ganzen in der Handlungssituation zusammenführt.

Bereits einfache Pflegesituationen zeigen, dass ein noch so umfassendes Wissen völlig unzureichend ist, um kompetent zu pflegen, denn Handlungskompetenz umfasst neben dem Wissen auch die Fähigkeit, dieses "Wissen" in die „Tat" umsetzen zu können.

Auf der Grundlage eines fachlichen Wissens handeln zu können bedeutet, dass man fähig und bereit sein muss, mit anderen zusammenzuarbeiten und zu kommunizieren (soziale und emotionale Kompetenz).

Selbst dieses Wissen (Fachliche Kompetenz), das Umsetzen können (Methodenkompetenz) und dieses Umgehen können mit anderen (soziale und emotionale Kompetenz) reicht noch nicht aus, um eine Tätigkeit handlungskompetent ausüben zu können. Dazu bedarf es eines Selbstkonzeptes, in dem die persönlich prägende und orientierende Identifikation mit grundlegenden Werten und Überzeugungen reflektiert wird (persönliche Kompetenz). Diese ist geradezu das Fundament aller übrigen Kompetenzen (Hülshoff, 1996).

Handlungskompetent ist ein Mensch, der in konkreten Situationen Tätigkeiten in der Weise ausführen kann, dass er selbst und entsprechende Experten mit den gezeigten Leistungen zumindest zufrieden gestellt sind (Hülshoff, 1996).

## **1.5. Schnittstelle zwischen Profession und Laienpflege**

In aller Regel wird die Laienpflege von den Angehörigen oder anderen nicht beruflich Pflegenden für den Pflegebedürftigen erbracht. Dies bedeutet, dass die Pflegesituation ein multifaktorielles Geschehen und Interagieren ist, das in Koproduktion von professioneller Pflege, Pflegeassistenz und Laienpflege erbracht wird. Damit einher geht die Nutzung der beidseitigen Kompetenzen

und Ansprüchen. Auf der Grundlage des Erbringens professioneller Pflegeleistung und dem Anspruch lebensweltlicher Begleitung entsteht eine gegenseitige Einbindung und Beteiligung und die Übernahme von Verantwortung.

Das bedeutet, dass zwischen professioneller Pflege und Laienpflege in einer gleichberechtigten Partnerschaft aus der jeweiligen spezifischen Expertise heraus die erforderlichen Bedarfe erkannt und erfüllt werden.

**Grafik:**



Für die professionell Pflegenden heißt das, dass sie in der Lage sein muss, ihr Expertentum, ihre berufsethische Positionierung und das Rollenverständnis zu reflektieren. Sie sieht ihre Expertise im komplexen Geschehen einer Pflegesituation als eine Expertise im Kontext mit der Anderer, mit dem Ziel für den Patienten ein Optimum an Lebensqualität zu erreichen. Sie ist besonders in der Beratungs- und Anleitungskompetenz gefordert.

Die Kompetenz der Laienpflegenden, wie z.B. die Orientierung an der Lebenswelt des Pflegebedürftigen, Kenntnisse über die Bedürfnisse und Ressourcen des Patienten zu erkennen und zu nutzen, ist anzuerkennen und sollte zur Steigerung der Qualität der Versorgung genutzt werden. Pflege kann nur gelingen, wenn die Leistung pflegender Angehöriger /Laien als besondere Qualität wahrgenommen wird und sie mit ihrer Motivation produktiv eingebunden werden.

Darüber hinaus sind professionell Pflegenden aufgefordert, bestehende Hilfestrukturen und Geflogenheiten zu erfassen und ihr professionelles Angebot in diese einzupassen bzw. die Grenzen der Unterstützungsmöglichkeiten durch Angehörige/Laien aufzuzeigen.

Versorgungssysteme in ihrer Spezialisierung sind nur funktionsfähig, wenn die Aufsplitterung der Aufgaben wieder in eine ganzheitliche Patientenversorgung mündet.

Die zunehmende Komplexität der Pflegebedürftigkeit erfordert die Verteilung des Pflegebedarfs auf verschiedene Qualifikationsniveaus, der in einer Berufsgruppen – und Institutionsübergreifenden guter Zusammenarbeit zu einem qualifizierten Pflegeangebot wird. (Schmidt 2002)

Für professionell Pflegende ergibt sich ein Mehr an Führungs- und Leitungsaufgaben durch den zunehmenden Skill-Mix<sup>4</sup> in den Teams. Dieser verstärkt die Notwendigkeit von Steuerungskompetenz und erfordert ein hohes Maß an Verantwortung. Der wachsende Bedarf an professioneller Pflegeleistung einerseits und die steigenden Anforderungen an einen modernen Gesundheitsberuf andererseits erfordern neue Wege in der Aus- und Weiterbildung von Pflegefachkräfte.

**Tabelle: Kompetenzen und Aufgaben im Vergleich**

Laienpflege	Angehörigenpflege	Professionelle Pflege
Lebenserfahrung Hilfe bei der Alltagsbewältigung Bewegt sich im Kontext der gesellschaftlichen Konventionen im Umgang mit fremden Personen	Kenntnis der gesamten Lebensumstände der betroffenen Person Spezifische Kenntnisse und Kompetenzen zum Betreuungs- und Interventionsbedarf des betroffenen Angehörigen	Einschätzung und Kenntnis der Lebensumstände und der Gesundheitssituation auf der Grundlage eines umfassenden Assessments Auf der Grundlage der Ausbildung qualifiziert für das gesamte Spektrum pflegerischer und medizinischer Interventionen wie vom Gesetzgeber definiert
Zeitung, Bücher vorlesen Kleinere Besorgungen erledigen Spaziergehen, zuhören	Alle für diesen Betroffenen anfallenden Aufgaben soweit von diesem gewünscht und zugelassen Komplexere Aufgaben nach Einweisung/ Schulung durch Experten	Alle Aufgaben soweit in der Ausbildung dafür qualifiziert und durch Leistungs- oder Arbeitsvertrag definiert Gesamtüberblick über Versorgungssituation mit Verantwortung für Qualitätssicherung, Anleitung und Beratung

<sup>4</sup> Skill mix beschreibt die Kombination von Mitarbeitern mit unterschiedlichen Qualifikationslevel in einer Gruppe.

## **2. Sicherung der zukünftigen Versorgung durch Unterstützung der Professionellen Pflege**

Professionelle Pflege kann (und darf nur) von Pflegefachkräften ausgeführt werden. Um dieses Ziel zu erreichen, ist in Erwartung des steigenden Pflegebedarfes eine Erhebung notwendig, wie viele Schul- bzw. Hochschulabsolventen für die Pflege- und Gesundheitsberufe gewonnen werden müssen, um die nachhaltige und bedarfsgerechte Versorgung der alten, pflegebedürftigen und behinderten Menschen zu gewährleisten. Diese Versorgung muss durch unterschiedlich qualifizierte Berufsgruppen in der Pflege erbracht werden.

Die Berufsverbände fordern deshalb eine Veränderung der leistungsrechtlichen Bestimmungen:

- Pflege ist als eigenständiger Leistungserbringer anzuerkennen.
- Die bedarfsgerechte Fachkraftquote muss sichergestellt werden.
- Die Personalausstattung von Pflegefachkräften ist am Bedarf der Klienten ausgerichtet.
- Alle in der Pflege Tätigen verpflichten sich zu einer kontinuierlichen Fort- und Weiterbildung.
- Die Zusammenarbeit aller an der Pflege und Betreuung Beteiligten, darunter ganz besonders zwischen professioneller Pflege und Laienpflege wird verbessert.

Die politische Forderungen lauten wie folgt:

- Registrierung und Erfassung aller beruflichen Pflegenden mit ihren Qualifikationen in einem nationalen Berufsregister
- Bindung bestimmter pflegerischer Tätigkeiten an bestimmte Qualifikationen im Sinne von Vorrangaufgaben bzw. Vorbehaltstätigkeiten
- Etablierung von Pflegekammern auf Länderebene zur Steuerung der Qualifikation- und Qualitätsanforderungen
- Bindung von pflegerischer Leistungsverordnung und Bewertung von Wirksamkeit an eine pflegerische Fachexpertise

## **Fazit**

Angesicht der demographischen Entwicklung nimmt die Laienpflege an Bedeutung zu: gerade deshalb macht die Bundeskonferenz der Pflegeorganisationen darauf aufmerksam, dass Laienpflege ein eigenes Aufgabenprofil hat und Tätigkeiten ausführt, die von professioneller Pflege nicht zu erbringen ist.

Absicht der Bundeskonferenz der Pflegeorganisationen ist es, innovative Modelle der Pflege weiter zu entwickeln und sowohl die professionelle Pflege als auch das Engagement der Ehrenamtlichen in seiner Entwicklung zu fördern.

Ausgehend von der Annahme, dass jeder Mensch ein uneingeschränktes Anrecht auf eine qualitative hochwertige und engagierte Pflege hat, richtet die Bundeskonferenz der Pflegeorganisationen alle ihre Bemühungen darauf, dieses Grundrecht nachhaltig umzusetzen.

Insbesondere gilt es auf die Nebenfolgen der derzeitigen Rationalisierungsbemühungen im Gesundheitswesen hinzuweisen. Es existiert de facto eine Rationierung von pflegerischen Leistungen, die zu sozialer Vernachlässigung im Versorgungsprozess führt. Die Betrachtung des Menschen ist hier auf eine rein somatische Perspektive beschränkt.

Das Berufsfeld der Pflege muss an Attraktivität gewinnen und Pflege ist als eigenständiger Gesundheitsberuf zu betrachten, der in enger Kooperation zur ärztlichen und nichtärztlichen Versorgung beiträgt. Dies kann nur durch eine breit angelegte Grundqualifizierung der Pflegefachkräfte mit darauf aufbauender Spezialisierung erreicht werden.

***Denn: Pflege geht uns alle an!***

## ***Literaturhinweise und Internetseiten***

Behrer, K. et al. (1998): Das Ehrenamt in empirischen Studien ein sekundäranalytischer Vergleich, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Band 16, Kohlhammer Verlag, Stuttgart, Berlin, Köln

Bundeskonferenz der Pflegeorganisationen (Hrsg.) (2006)  
Ältere MitarbeiterInnen in der Pflege, Berlin/Göttingen.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.) (2006):  
Nationaler Strategiebericht 2006-2008, Sozialschutz und soziale Eingliederung 2006-2008.

Caritasverband Frankfurt e.V. (o.J.): Belastungen pflegender Angehöriger;  
[www.caritas-frankfurt.de/15806.html](http://www.caritas-frankfurt.de/15806.html), Zugriff am 11.02.2009

Christeiner S. (1999): Frauen im Spannungsfeld zwischen Gesundheit und Krankheit: subjektive Befindlichkeitseinschätzungen und Ursachenattributionen von Laien, Kleine Verlag, Bielefeld

Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe (Hrsg.) (2006):  
Pflegebildung offensiv: Das Bildungskonzept des Deutschen Bildungsrates für Pflegeberufe 2006, Elsevier, Urban&Fischer Verlag.

Elsbernd A (2002): Laienhelfer können viel Schaden anrichten, IN:  
Pflege aktuell, 10/2002.

Hülshoff T (1996) Das Handlungskompetenzmodell IN:  
WSB intern Heft 2/1996, Landau.

Loos W (1991) Coaching für Manager, Verlag moderne Industrie,  
Landsberg/Lech

Robert Koch-Institut (Hrsg) (2004): Gesundheitsberichterstattung  
Schwerpunktbericht: Pflege, Berlin.

Robert Koch-Institut (Hrsg) (2005): Gesundheitsberichterstattung, Themenheft 28 Altersdemenz, Berlin.

Roche Lexikon Medizin, (2003) Urban und Fischer Verlag,  
[www.gesundheit.de/roche/index.html?c=http://www.gesundheit.de/roche/ro27500/r29712.000.html](http://www.gesundheit.de/roche/index.html?c=http://www.gesundheit.de/roche/ro27500/r29712.000.html)

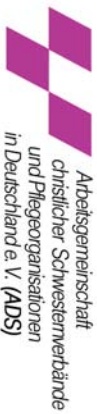
Von Rosenblatt B (2000) Ergebnisse der Repräsentativerhebung zu Ehrenamt, Freiwilligenarbeit und bürgerschaftlichem Engagement, Freiwilligensurvey 1999, Bd.1 Freiwilliges Engagement in Deutschland, Gesamtbericht, BMFSFJ, Berlin.

Schnepf W (Hrsg.) (2002) Angehörige pflegen, Verlag Hans Huber, Bern.

Schmidt R (2002) Unterstützung der Laienpflege: Die Schnittstelle zwischen Laienpflege und professionelle Pflege IN Gerste, Bettina; Klose Roland, Schiemann Doris; Igl Gerhard (Hrsg.): Qualität in der Pflege. Stuttgart New York: Schattauer



# BUNDESKONFERENZ DER PFLEGEORGANISATIONEN



Glockenstr. 8  
14163 Berlin  
Telefon 030 /36752779  
Telefax 030 /36752783  
E-Mail info@ads-pflege.de  
http://www.ADS-Pflege.de

Caritas-Gemeinschaft für Pflege- und Sozialberufe e. V.

Katholischer Berufsverband für Pflegeberufe e. V.

Bund Deutscher Gemeinschafts-Diakonissenmutterhäuser

Deutscher Gemeinschafts-Diakonenverband GmbH

Evangelischer Fach- und Berufsverband für Pflege e. V.

Kaiserswerther Verband deutscher Diakonissenmutterhäuser

Verband freikirchlicher Diakoniewerke

Zehlendorfer Verband für Evangelische Diakonie

**Vertretung aller Pflegeberufe auf Länder- und Bundesebene und international**

**Mitarbeit in nationalen und internationalen Gremien**

**Stellungsnahmen zu**

- Bildung
- Arbeits- und Rahmenbedingungen
- Gesetzesinitiativen

**Beratung und rechtliche Vertretung**

**Fortbildung und Weiterbildung**

**Publikationen**



Satzufer 6  
10587 Berlin  
Telefon 030 / 219157-0  
Telefax 030 / 219157-77  
E-Mail dbfk@dbfk.de  
http://www.dbfk.de

Regionalverbände in:

**Nordost** (Berlin-Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern)

**Nordwest** (Nordrhein-Westfalen, Niedersachsen, Bremen, Hamburg und Schleswig-Holstein)

**Südost** (Bayern, Thüringen, Sachsen, Sachsen-Anhalt)

**Südwest** (Baden-Württemberg, Saarland, Rheinland-Pfalz, Hessen)

Korporative Mitglieder:

D.V.E.T. (Fachverband für Stoma und Inkontinenz) e. V.

DVG Friedensauer Schwesternschaft

Freie Schwesternschaft Baden-Württemberg e. V.  
Landesverband Nordrhein-Westfalen

ADS und DBfK sind Initiatoren und Trägerverbände des Deutschen Bildungsrates für Pflegeberufe

ADS und DBfK sind Gründungsmitglieder des Deutschen Pflegerates e. V. (DPR)