

„Die Vorstellung der Gesundheitspolitik zur zukünftigen Rolle der Pflege in der Versorgung“

Redebeitrag von Dr. Martina Bunge, MdB, anlässlich der

Internationale Fachtagung „Advanced Nursing Practice – Konzepte und Perspektiven für erweiterte Handlungsfelder der Pflege in Deutschland“

Lübeck 14.11.2008

Sehr geehrte Damen und Herren,

sehr geehrte Frau Stöcker,

ich bedanke mich recht herzlich für die Einladung zu Ihrer heutigen Tagung. Obwohl ich keine Pflegewissenschaftlerin bin, sondern Sozialwissenschaftlerin, habe ich mich diesem Thema gerne angenommen. Ich weiß, wie wichtig die Pflegeberufe im Konzert der gesundheitlichen Versorgung sind. Wenn es an dieser Stelle klemmt, dann geht eigentlich gar nichts mehr. Insofern müssen wir gerade diesem Berufszweig große Aufmerksamkeit widmen.

Allerdings bzw. gerade weil Sie mir die Aufgabe gestellt haben, hier die Vorstellungen der Gesundheitspolitik zur zukünftigen Rolle der Pflege in der Versorgung zu benennen, stelle ich folgende These auf:

Die Vorstellungen sind angesichts der Herausforderungen, vor denen wir stehen, völlig unzureichend, zumindest was den Deutschen Bundestag, den Gesetzgeber, betrifft.

Ich weiß, wir haben viele verschiedene Runden, welche zusammensitzen und sich im weitesten Sinne auch als im gesundheitspolitischem Bereich Tätige verstehen. Aber ich will mich darauf beschränken, was diesbezüglich im Deutschen Bundestag passiert, und was ich persönlich überblicken kann.

1. Rahmenbedingungen

Ich möchte es ein wenig begründen, und das geht nicht ohne die Rahmenbedingungen zu benennen. Ich mag zwar das Wort Rahmenbedingung nicht, denn damit kann man alles erschlagen, aber im Grunde nichts sagen.

Allerdings findet die Arbeit, über deren Weiterentwicklung wir uns hier austauschen, nun mal in einem gesetzgeberischen Rahmen statt und Sie alle wissen, dass gerade der Gesundheitsbereich, und damit auch der Pflegebereich, sehr häufig gesetzgeberischen Veränderungen unterliegen. Ob diese dann immer stimmig sind, sei einmal dahingestellt. Ich möchte diese Rahmenbedingungen aber mit dem Blick auf die Pflegeberufe im Folgenden beleuchten.

Im Jahr 2003 wurde die Krankenpflegeausbildung novelliert und das Altenpflegegesetz neu gefasst. Seither ist direkt auf diesem Gebiet im Grunde nichts weiter passiert. Wir haben, das möchte ich nicht gering schätzen, Modellklauseln, Projekte und Ausnahmeregelungen für die Länder, wie gerade erst kürzlich mit dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz, immer wieder neu definiert.

Ich sage aber, **gerade auf diesem Gebiet feiert der Föderalismus seine Urstände, wo wir doch eigentlich im Reigen der Europäischen Union eine einheitliche moderne Strategie benötigten.**

Im Dezember 2008 wird das „Grünbuch Gesundheitsberufe“ in Brüssel der Öffentlichkeit vorgestellt. Es wird dort von zunehmender Mobilität und Migration von Pflegenden und Pflegeexperten bzw. Gesundheitspersonal in, innerhalb und aus der EU gesprochen. Ich denke, darauf muss sich auch die Bundesrepublik Deutschland, gemeinsam mit den anderen EU-Mitgliedstaaten mittels einer einheitlichen Strategie einrichten.

Aber eventuell stößt ja gerade dieses europäische Dokument die Diskussion über die Zukunft der Aufgaben und Tätigkeiten im Gesundheitsbereich, auch in der nötigen gesellschaftlichen Breite an. Damit meine ich auch die Politik, und nicht nur „exklusive“ wissenschaftliche Kreise wie wir sie hier vorfinden. Allerdings will ich diese damit als Meinungs austausch natürlich nicht gering schätzen, sonst wäre ich nicht hierher gekommen.

Indirekt hat die Politik kräftig die Bedingungen für die Pflegeberufe in allen Zweigen des Gesundheitswesens beeinflusst. Leider nicht immer zum Positiven. Vieles hat sich zum Negativen entwickelt. Ich denke, in der Summe stimmen Sie mir dahingehend zu, dass die Arbeit der Pflegekräfte von einer hohen Arbeitsintensität geprägt ist, und zwar ausnahmslos in allen Bereichen. Nehmen wir beispielsweise den niedergelassenen Bereich. Die dort tätigen Medizinischen Fachangestellten wissen, dass am Ende eines jeden Quartals viele der Praxen von den Ärzten

geschlossen werden, wobei die Ursache in der bisherigen Budgetierung der ärztlichen Leistungen liegt. Das hat zur Folge, dass die Patienten und Patientinnen vermehrt in den Tagen vor der Schließung die Praxen aufsuchen, was wiederum zu einer Verdichtung des Arbeitsvolumens führt. Es existieren dazu aber parallel viele Regionen in der Bundesrepublik Deutschland, nicht nur in den neuen Bundesländern, in denen wir auf einen Ärztemangel zusteuern oder bereits mitten drin sind. Dort sind die verbliebenen Praxen, also da, wo Ärzte ihre Praxen aufgeben und keinen Nachfolger für deren Weiterführung finden, täglich mehr als überlastet. Dieses ist dann indirekt eine erhebliche Herausforderung für diejenigen, die in den bestehenden und noch funktionierenden Ambulanzen arbeiten.

Von den Krankenhäusern hat Frau Meier bereits berichtet. Ich denke, man sollte den Blick darauf richten, dass ca. 100.000 Pflegekräfte in den letzten Jahren auf Grund des Kostendrucks aus den Krankenhäusern ausgeschieden sind.

Sie alle wissen, dass die DRG's den Druck auf die Verkürzung der Aufenthaltsdauer der Patientinnen und Patienten erhöht haben. Das kann sicherlich auch einige wenige nützliche Effekte haben. Zum Beispiel dafür, dass ersichtlich wird, was tatsächlich notwendig für eine Behandlung von Patientinnen und Patienten ist. Aber ich denke, es wurden damit auch unübersehbare Tendenzen geschaffen. Es kursiert derzeit die Begrifflichkeit von sogenannten „blutigen Entlassungen“. Dass so etwas derzeit tatsächlich der Realität entsprechen könnte, möchten Politikerinnen und Politiker, die dieses auf den Weg gebracht haben, jetzt allerdings ungern hören. Aber wer sich einmal in Rehabilitationseinrichtungen oder in Pflegeeinrichtungen aufgehalten hat, der sieht dort, dass nach Einführung der DRG's, durch die Verkürzung der Krankenhausverweildauer, eine Verlagerung der Pflege in diese nachgelagerten Versorgungsbereiche stattgefunden hat. Dort führt diese Entwicklung zu höherer Arbeitsintensität und massiven Veränderungen des Pflegespektrums, denen die Einrichtungen aus heutiger Sicht nicht gewachsen sind. Außerdem denke ich, dass speziell die geriatrische Weiterversorgung in Deutschland zwar sehr differenziert, aber insgesamt trotzdem völlig unterentwickelt, zwischen den Stühlen steht. Also, diejenigen Akteure, die sich für eine wirklich dem Alter entsprechende Behandlung und Betreuung einsetzen, um entsprechenden Patientinnen und Patienten ein Weiterleben in der vertrauten Umgebung zu ermöglichen.

Ich selbst habe in Mecklenburg-Vorpommern solche Einrichtungen begleitet. Wir haben dort Institutionen, die nicht in die Strukturen eines Krankenhauses integriert sind. Dieses Konzept habe ich damals als Sozialministerin von meinen Vorgängern so geerbt. Allerdings stellt es meines Erachtens keine vernünftige Lösung dar. Aber es gibt bis heute in der Bundesrepublik kein anderes Konzept, in dem mal darüber nachgedacht wird, wie die geriatrische Anschlussheilbehandlung weiter entwickelt und besser gestaltet werden könnte. Und darum werden die veränderten Anforderungen, welche ihre Ursache in der neuen Entwicklung mit den DRG's haben, auch nicht aufgefangen. Nicht zuletzt deswegen, weil die Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen von der Anzahl und Zusammensetzung des Personals nicht so besetzt sind, dass sie dieses kompensieren könnten. Folglich geschieht dann das Ganze, das formuliere ich absichtlich so platt, auf dem Buckel derjenigen, welche die Arbeit zu verrichten haben. Aber, auch das ist kein Geheimnis, eben auch zumeist zu Lasten derjenigen, die z. B. von Multimorbidität betroffen sind.

Was wurde nun in den letzten drei Jahren hieran verändert? Ich persönlich bin seit 2005 im Deutschen Bundestag als Abgeordnete und Vorsitzende des Bundestagsausschusses für Gesundheit aktiv. Ich darf Sie aber darauf hinweisen, dass ich natürlich einen politischen Hintergrund habe. Ich komme aus der Opposition, der Fraktion Die LINKE. im Deutschen Bundestag. Deshalb will ich auch aus deren Perspektive etwas zum Sachverhalt beitragen. Aber ich versuche natürlich im Gesundheitsausschuss die Arbeit neutral und fair zu leisten. Aber wenn ich mich, wie auf diesem Kongress, in der Sache äußere, kann ich beides nicht immer voneinander trennen, denn dafür sind mir die Dinge einfach viel zu wichtig. Ich versuche aber, dass es immer bei der Sache bleibt, und wir dadurch auch anschließend gemeinsam ins Gespräch kommen können.

2. Von der Koalitionsvereinbarung zu einzelnen gesetzgeberischen Ausführungen

Ziel der Koalitionsvereinbarung war es, die **Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung nachhaltig zu gestalten**. Das ist **eindeutig nicht realisiert** worden. Es war auch nicht zu erwarten. Zu weit lagen die Vorstellungen zwischen der Bürgerversicherung der SPD und der Kopfpauschale der Union auseinander. Ich will mich jetzt nicht ausführlich zum Für und Wider äußern. Aber es war in der Tat die sogenannte Quadratur des Kreises,

und ich war eigentlich froh darüber, dass man sich nicht für die eine oder andere Seite in verkürzter Form entschieden hatte. Letztendlich ist aber der kleinste gemeinsame Nenner herausgekommen. Die zahlreichen Herausforderungen konnten nicht bewältigt werden.

Nehmen wir als Beispiel das **GKV-WSG**, also das sogenannte Wettbewerbsstärkungsgesetz. Der Gesundheitsfonds steht derzeit in der Öffentlichkeit in breiter Diskussion. Dazu später. Aber es war auch ein Artikelgesetz, welches über die Zeit vieles hervorgebracht hat, was diesem Gesetz alles gar nicht mehr zugeschrieben wird. Ich will mir nur eines herausgreifen, welches die Arbeit von Pflegekräften betrifft. Ich denke man sollte beispielsweise die Augen nicht vor den tief greifenden Neuerungen in der Hilfsmittelversorgung verschließen. Mit dem GKV-WSG richteten SPD und Union die Hilfsmittelversorgung stark wettbewerblich aus. Im Herbst dieses Jahres haben sie die vorrangige Verpflichtung zur Ausschreibung von Hilfsmittelversorgungen im Rahmen des GKV-OrgWG von einer „Soll-Vorschrift“ in eine „Kann-Vorschrift“ umgewandelt. Die Ausschreibung von Hilfsmitteln hat nicht nur viel Aufregung verursacht, sondern auch Mehrarbeit und Unzulänglichkeiten für die Pflegekräfte. Ich gebe hier nur das Stichwort „Inkontinenzmittel“.

Ich habe selber Beispiele erlebt, bei denen für übergewichtige Herren mit Zustand nach einem Schlaganfall, die Größe 3 der Inkontinenzeinlage, die er immer benutzte, dann plötzlich viel zu klein war. Man kann sich nachfolgend in der Tat vorstellen, was zum Schluss, im wahrsten Sinne des Wortes, dabei heraus kam. Es handelt sich dabei nicht um Übergangsprobleme. Im ambulanten Bereich der Pflege haben die Kassen das sukzessive auf die Kreise übertragen, und ich habe erst jetzt im November die Beispiele bekommen, dass Betroffene mit den schlimmen Anfangserlebnissen konfrontiert wurden. Ich behaupte: Es ist in diesem Fall nicht nur ein Ausdruck des Gesetzesparagraphen, der schwarz auf weiß niedergeschrieben wurde, sondern wie damit im Einzelnen umgegangen wird, und zwar auf Grund des vorherrschenden Wettbewerbsdruck.

Erkennen lässt sich dadurch, dass keine nachhaltige Finanzierung geschaffen wurde. Die Krankenkassen sind dadurch im Bewusstsein der Bevölkerung, und sicher auch bei verschiedenen Akteuren des Gesundheitswesens, der Buhmann. Ich stehe hier auch nicht als Verteidigerin der zahlreichen Krankenkassen und Pflegekassen. Aber diese können sich letztendlich nur in dem Rahmen bewegen, der ihnen durch die Politik vorgegeben wird. Die vielen negativen Beispiele, die immer

auch die Arbeit der Gesundheits- und Pflegekräfte erschweren, sind dann das Ergebnis eines solchen engen Rahmens, in dem die Kassen sich befinden.

Wir erlebten die Verhandlungen zur Vergütung der Kassenärzte im niedergelassenen Bereich. Wir alle haben gehört, dass, so ist es politisch von Seiten der großen Koalition auch gewollt, ein Plus von 2,7 Milliarden Euro, welche die Versicherten zu tragen haben, festgelegt wurde.

Die Frage ist aber, reicht allein eine Veränderung von einer Punktbewertung hin zu der im Januar inkrafttretenden „Euro-Gebührenordnung“, wie sie ebenfalls durch das GKV-WSG geschaffen wurde, aus, um die morbiditätsbezogenen Situationen in den Praxen der niedergelassenen Ärzte, und damit auch für die Arbeit der Arzthelferinnen bzw. Medizinischen Fachangestellten zu entspannen. Ich glaube daran noch nicht.

Weiterhin nebulös ist die Wirkung des **Gesundheitsfonds**. Wir wissen zwar, dass es einen Topf geben wird, in den die gesamten Beiträge hineingegeben werden und dieses Geld dann an die Kassen verteilt wird. Große Wellen hat die Anhebung des Beitragssatzes ausgelöst. Meine zentrale Kritik ist, dass mit dem Gesundheitsfonds in dieser Form die sozialen Ungerechtigkeiten im Gesundheitssystem weiter verstärkt werden.

So etwas muss meines Erachtens erst einmal ausprobiert werden. Fraglich ist, ob es endlich mal zu einer wirklich gerechteren Verteilung der Gelder, mit Berücksichtigung verschiedener Krankheiten und ihrer Kostenintensität, zwischen den Krankenkassen kommt. Für die Konsequenz, dass der Beitragssatz erst dann angepasst werden muss, wenn die Einnahmen nur noch 95 Prozent der Ausgaben decken, bleibt den Kassen, die nicht mit den Mitteln auskommen, quasi als einziges Ventil, Zusatzbeiträge erheben. Wegen Ihres Rufs, also wegen befürchteten Wettbewerbsnachteilen, um keine Versicherten zu verlieren, werden die Kassen einen Zusatzbeitrag aber auf Teufel komm raus vermeiden wollen. Was also, frage ich Sie, werden diese Kassen dann tun? Sie werden auf Grund des bestehenden Wettbewerbsdrucks still und leise, da wo es möglich ist, bei den Satzungsleistungen rationieren. Es steht zu befürchten, dass es so kommen wird. Dazu bin ich lange genug in der Politik, um das ein wenig voraussagen zu können. Deshalb stimme ich all denjenigen zu, die dafür plädieren, erst mal eine parallele Probephase zu fahren, um zu sehen, wie die Auswirkungen sind, um gegebenenfalls nachjustieren zu können. Ich denke dabei werden leider auch Sie, also die Angehörigen der

Gesundheits- und Pflegeberufe, letztendlich die Leidtragenden sein. Denn weniger Geld für die Leistungserbringer wirkt sich über die Nachteile bei den Leistungsempfängern auch auf die Arbeit im Gesundheits- und Pflegebereich aus.

Derzeit beschäftigt uns das **Krankenhausfinanzierungsgesetz**. Sie alle wissen um die prekäre finanzielle Situation der meisten Krankenhäuser. Eine der jüngsten Analysen spricht von einem Drittel aller Krankenhäuser, die rote Zahlen schreiben. Derzeit besteht eine unglaubliche Unterfinanzierung bei den Investitionskosten. Sicherlich sind dabei die neuen Bundesländer nach der deutschen Einheit anfänglich durch ein Sonderprogramm etwas besser weggekommen. Dieses äußert sich darin, dass die bauliche Infrastruktur besser dasteht als im Durchschnitt der Altbundesländer. Aber wenn man den Blick von der Außenfassade nach innen verlegt, dann erkennt man, dass da ein Mechanismus in Gang gekommen ist, der gekennzeichnet ist durch Gerätschaften, welche Anfang der 1990er Jahre wegen der Unterausstattung angeschafft wurden. Allerdings gesellt sich zum heutigen Zeitpunkt zum moralischen Verschleiß der Beschäftigten parallel der, ich nenne ihn „physischen Verschleiß“, der Gerätschaften. Insofern ist es dann natürlich völlig inakzeptabel, wie jetzt mit den unzureichenden Beihilfen im Krankenhausfinanzierungsgesetz, die von der Bundesregierung vorgeschlagen werden, dieses gravierende Problem gelöst werden soll.

Große Zweifel habe ich ebenfalls bei dem Sofortprogramm, welches eine Neueinstellung von 21.000 Pflegekräften vorsieht, bei denen die Krankenhäuser 30 Prozent der Kosten übernehmen sollen. Ob sich dadurch die Krankenhäuser, welche wirklich dringend zusätzliche Pflegekräfte brauchen, diese letztlich leisten können, bleibt fraglich. Ich bin gespannt, wie sich die tatsächliche Verteilung dann darstellt, und ob generell die angestrebten 21.000 zusätzlichen Pflegekräfte, unabhängig von der Finanzierung, als ausreichend zu betrachten sind. Nach meiner Einschätzung bedarf es mindestens 50.000 neuer Stellen im Pflegebereich, um den Personalabbau der letzten Jahre einigermaßen zu kompensieren.

Zum **Pflegeweiterentwicklungsgesetz**.

Ich denke, wir stimmen überein, dass es überfällig war, nach über einem Jahrzehnt, eine Anpassung der Pflegesätze vorzunehmen. Aber die verabschiedeten Beträge konnten noch nicht einmal den Wertverlust der Pflegeleistungen seit ihrer Einführung ausgleichen. Grundsätzlich begrüßt habe ich den Schritt in Richtung zusätzlicher

Finanzierung von Betreuung demenziell Erkrankter. Aber es handelte sich trotzdem nur um ein kleines Schrittchen.

Wir in der Fraktion Die LINKE. im Bundestag haben einmal ausgerechnet, wenn wirklich jedem von den ca. 1 Millionen Menschen, die in der Bundesrepublik offiziell an Demenz erkrankt sind, etwas zukommen soll, dann wären das 0,74 Euro pro Tag. Im Übrigen denke ich, dass es sich um weit mehr Menschen handelt, die an den unterschiedlichen Formen der Demenz erkrankt sind.

Außerdem kann man meines Erachtens konstatieren, dass die Situation im Pflegebereich schwierig geblieben ist. Mir berichten sehr viele Verantwortliche von Einrichtungen und bitten: „Frau Bunge, tun Sie bitte etwas, dass hier mehr Geld eingesetzt wird!“ Das sind wirklich engagierte Leute, die mit viel Idealismus in den Beruf gegangen sind. Leute die gut ausgebildet sind. Diese sind maximal 10 Jahre im Beruf und verlassen diesen dann, weil sie physisch und psychisch fertig sind.

Ich denke, dass ist dann eben auch nicht in dem Sinn, wofür Sie sich hier engagieren. Insofern habe ich mich natürlich gefragt, in Vorbereitung meiner Ausführungen, wenn wir so viele Probleme haben in der gegenwärtigen Situation, ist es dann opportun, sich über die Entwicklung der Pflegeberufe Gedanken zu machen? Ist es trotzdem möglich? Oder ist es gerade deshalb nötig?

3. Perspektiven für erweiterte Handlungsfelder der Pflege

Ich denke, ja, es ist möglich und nötig. Ein konkretes Beispiel ist das Projekt, welches Sie hier an der Universität Lübeck, in Schleswig-Holstein in Angriff genommen haben.

Ich habe mir ebenfalls die Konzepte um die Perspektiven für erweiterte Handlungsfelder der Pflege in und für Deutschland angesehen.

Es gibt auch Überlegungen von Krankenhausdirektoren, Aufgabenverteilungen bzw. die Kombination neu zu fassen.

Alle kennen sicherlich das Modellprojekt „Gemeindeschwester AGnES“. Einerseits hoch gelobt, andererseits stark kritisiert. Ich weiß, vor welchem Auditorium ich dieses hier sage.

Ich halte aber, auch wenn ich **für eine Allokation** bei der Neuordnung des Tätigkeitsfeldes bin, vordergründig diesen **Streit Delegation vs. Substitution vs. Allokation für wenig zielführend**.

Die Aufgaben im Gesundheitsbereich werden sich so weit ausdifferenzieren, dass wir vieles brauchen. Ob mit einer generalistischen Ausbildung dafür die beste Grundlage besteht, ist meines Erachtens noch nicht entschieden.

Immer neue medizinische Innovationen, immer länger lebende ältere multimorbide Menschen, die Veränderungen der Arbeitswelt- und Familienstrukturen sind nicht nur mit einem veränderten Berufsbild des Pflegenden zu beantworten.

Ich stelle mir einen guten Mix aus Pflegenden mit Schlüsselfunktionen, Pflegende, die spezifischen Aufgaben in den multiprofessionellen Teams verrichten, vor, die dann eben ganz traditionell zur Krankenschwester/-pfleger, zur Kinderkrankenschwester/-pfleger, zur Altenpflegerin ausgebildet wurden. Ich denke, solche Segmente werden auch weiterhin notwendig sein. Deshalb begrüße ich auch die Forschung auf diesem Gebiet.

Ich war sehr erstaunt, fast erschrocken, in Ihrem Material zu lesen, dass nur 0,005% des pflegerischen Wissens evidenzbasiert sein sollen. Da bitte ich diesbezüglich nochmals um eine Aufklärung. Was haben wir den bisher in der Ausbildung gemacht? Ich weiß nicht, ob das ein Argument dafür ist, den Pflegeberuf zu akademisieren. Da stehen mir viele skeptisch gegenüber. Ich bin das nicht so sehr. Es muss in diese Richtung gehen. Aber auch hier die Bitte, das Kind nicht mit dem Bad auszuschütten.

Ich habe viel Sympathie für ein erweitertes, evidenzbasiertes Handlungsspektrum, dass die Reduzierung auf **bloße ärztliche Assistenz überwindet**, also eigenständiger ist.

Ich habe aber Angst, dass dieser interessante Ansatz es wahnsinnig schwer haben wird, angesichts des Strukturkonservatismus und der Hierarchieintensität, welche wir im Gesundheitssystem der Bundesrepublik vorfinden.

Aber wenn ich eines versprechen kann, **mich haben Sie an der Seite**, um Brücken zu schlagen und Barrikaden zu überwinden. Das ist man bereits gewöhnt, dass ich immer ein wenig quer schlage.

Wir sehen, dass ein Nachdenken über die Sicherstellung der differenzierten pflegerischen Erfordernisse möglich ist. Es ist auch nötig, um die **Attraktivität der Gesundheits- bzw. Pflegeberufe generell zu erhöhen.**

Wir erleben Zukunftsforscher, die sprechen in der Untersuchung der Kondratjewischen Zyklen/ Wellen von dem Wachstumsbereich an sich, von der „weißen Revolution“, vor der wir stehen. Vergleichen sie diese Aussagen mit der Situation in Deutschland, die ich gerade dargestellt und beschrieben habe.

Ich glaube, die Situation mit einer Alterung der Gesellschaft und den medizinischen Innovationen wird zu sehr als Monstranz vor sich hergetragen. Es wird darauf weder adäquat reagiert noch vorausschauend gedacht. Um dieses wirklich in den Griff zu bekommen, muss der **Pflege- und Gesundheitsbereich für die Jugend attraktiv gemacht werden, als der Arbeitsbereich der Zukunft.**

Denken wir in diesem Zusammenhang zum Beispiel an einen Cafetisch zum Geburtstag an einem Sonntag, wenn die Tante, die im Bereich Pflege tätig ist, nichts berichtet, was den Jugendlichen, der mit am Tisch sitzt, motiviert, in den Pflegebereich zu gehen.

Ich treffe ganz viele junge Menschen, die nicht den ganzen Tag am Computer arbeiten möchten, die nicht am Band stehen wollen, sondern mit Menschen arbeiten wollen.

Deshalb muss hier das geflügelte Wort „Zeit ist Geld“ umgekehrt werden.

Mein Slogan ist: „**Geld ist Zeit!**“ Geld in diesen Bereich zu investieren, ist nicht weggeworfen, sondern Zeit für die humane Arbeit von Mensch zu Mensch.

Lassen Sie uns alle dafür einsetzen.

- es gilt das gesprochene Wort -