



# Pflege ist weiblich

---

Dokumentation  
zur 5. Landeskonferenz für Frauengesundheit Mecklenburg-Vorpommern  
am 08. November 2006 im Augustenstift Schwerin



## Impressum

Dokumentation zur 5. Landeskongress für Frauengesundheit M-V  
am 08.11.06 im Augustenstift Schwerin

Veranstalter: Gemeinsamer Arbeitskreis „Frauengesundheit“ Mecklenburg-Vorpommern (GAF M-V)  
[http://www.frauenbildungsnetz.de/gaf/index\\_gaf.htm](http://www.frauenbildungsnetz.de/gaf/index_gaf.htm)

In Kooperation mit dem Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe Landesverband Mecklenburg-Vorpommern e.V.

Gefördert durch:

1. Sozialministerium des Landes Mecklenburg-Vorpommern
2. Frauen- und Gleichstellungsbeauftragte der Landesregierung M-V

Titelfoto: Augustenstift Schwerin

Gestaltung: Grit Sandmann

# Inhalt

|   |                 |
|---|-----------------|
| <b>Einleitung</b>   | <b>Seite 4</b>  |
| <b>Grußwort Hartmut Renken</b><br>Frauen- und Gleichstellungsbeauftragte der Landesregierung M-V  | <b>Seite 5</b>  |
| <b>Grußwort Dr. Margret Seemann</b><br>Frauen- und Gleichstellungsbeauftragte der Landesregierung M-V   | <b>Seite 7</b>  |
| <b>Die Auswirkungen des Runden Tisches Pflege<br/>von der Bundesebene auf das Land M-V</b><br>Hartmut Renken  | <b>Seite 9</b>  |
| <b>Frauenspezifische Aspekte der Pflege aus der Sicht der Betroffenen</b><br>Dr. Sigrid Arnade  | <b>Seite 17</b> |
| <b>Frauenspezifische Aspekte der Pflege aus der Sicht von<br/>pflegenden Angehörigen und professionell Pflegenden</b><br>Dipl. Päd. Bianca Röwekamp | <b>Seite 19</b> |
| <b>Thesen und Arbeitsergebnisse der Arbeitsgruppen</b>  |                 |
| Arbeitsgruppe 1<br><b>Vereinbarkeit von Pflege, Beruf und Familie</b>   | <b>Seite 23</b> |
| Arbeitsgruppe 2<br><b>Pflege und Armut</b>  | <b>Seite 25</b> |
| Arbeitsgruppe 3<br><b>Frauenbild und Menschenwürde</b>  | <b>Seite 28</b> |
| Arbeitsgruppe 4<br><b>Pflege und Gewalt</b>   | <b>Seite 31</b> |
| <b>Zusammenfassung und Ausblick</b><br>Dr. Gundula Moldenhauer & Dr. Angelika Baumann   | <b>Seite 34</b> |
| <b>Materialien</b>  |                 |
| <b>Zahlen zur Pflege in Mecklenburg-Vorpommern</b>  | <b>Seite 37</b> |
| <b>Der Runde Tisch Pflege</b>   | <b>Seite 39</b> |
| <b>Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen</b>  | <b>Seite 41</b> |
| <b>Presseecho</b>   | <b>Seite 43</b> |
| <b>TeilnehmerInnen</b>  | <b>Seite 44</b> |

## Einleitung

Der Gemeinsame Arbeitskreis Frauengesundheit Mecklenburg-Vorpommern (GAF), hat sich seit seiner Gründung vor 12 Jahren zur Aufgabe gemacht, alle zwei Jahre eine Landeskonferenz zu aktuellen Problemlagen in der Frauengesundheit vorzubereiten, um auf spezielle und bedeutsame Handlungserfordernisse aufmerksam zu machen, die im Politikalltag nicht genügend Beachtung erhalten.

Ausgangspunkt unserer Überlegungen war die Arbeit des Runden Tisches der Bundesministerien für Familie, Senioren, Frauen und Jugend bzw. Gesundheit. Angesichts des bevorstehenden demografischen Wandels, der Mecklenburg-Vorpommern in besonderer Weise betreffen wird, wurde eine Fachtagung im Rahmen der gegenwärtig viel diskutierten Thematik Pflege unter frauenspezifischen Aspekten vorbereitet und deren Dokumentation wir Ihnen jetzt vorlegen.

Gerade im Arbeitsbereich Pflege ist es sehr augenfällig, dass diese Tätigkeit vorrangig durch Frauen geleistet wird, aber auch Frauen als Gepflegte in besonders hohem Maße betrifft. Der Pflegeberuf im Krankenhaus oder in Alten- und Pflegeheimen bzw. die häusliche Pflege durch Angehörige oder durch professionell Pflegenden wird hauptsächlich durch Frauen ausgeübt. Frauen sind als Gepflegte auf Grund ihrer höheren Lebenserwartung als bei Männern selbst häufiger durch Pflegebedürftigkeit betroffen.

Uns beschäftigte die Frage, mit welchen Problemen Frauen in der Pflegearbeit konfrontiert werden und welche Veränderungen erforderlich sind, damit Pflegebedürftigkeit und Pflege für die Beteiligten mit ihren eigenen Lebensvorstellungen und Bedürfnissen vereinbar werden.

In der Vorbereitungsphase kristallisierten sich vier Themenschwerpunkte heraus, die zusätzlich zu den Grundlagenreferaten in Workshops eine Möglichkeit des Austausches und der Herausarbeitung von Handlungsfeldern aus dem Blickwinkel der Gepflegten, der pflegenden Angehörigen und der professionell Pflegenden für die Teilnehmenden aus den verschiedensten Tätigkeitsbereichen bieten sollten.

Ziel der Landeskonferenz ist es, diese sonst nur am Rande diskutierten oftmals ausgeblendeten Bereiche in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit zu rücken, um auch unbequemen Fragestellungen zu Leibe zu rücken. Veränderungen können nur zufrieden stellend erreicht werden, wenn auch diese Fragestellungen Beachtung finden.

Wir hoffen, dass uns das gelingen wird und bedanken uns für Ihre rege Beteiligung.

Eine gute Einstimmung auf das Thema bietet schon der Veranstaltungsort, das Augustenstift mit seiner offenen und gastfreundlichen Atmosphäre.



TeilnehmerInnen während der Vorträge

## Grußwort Hartmut Renken

Ministerium für Soziales und Gesundheit des Landes Mecklenburg-Vorpommern,  
Abteilungsleiter

Sehr geehrte Frau Dr. Baumann,  
Sehr geehrte Frau Dr. Moldenhauer,  
Sehr geehrte Frau Abgeordnete Tegtmeier,  
Sehr geehrter Herr Abgeordneter Grabow,  
Sehr geehrte Frau Staatssekretärin Dr. Seemann  
meine sehr verehrten Damen und Herren,

lassen Sie mich an erster Stelle einen herzlichen Gruß von Herrn Minister Selling überbringen, der gestern sein neues Amt angetreten und mich gebeten hat, diesen Termin für ihn wahrzunehmen. Sicherlich wird er als neuer Minister für Soziales und Gesundheit sehr bald auch mit Ihnen als Vertreterinnen und Vertreter der Frauengesundheit in unserem Bundesland ins Gespräch kommen.

Das Thema der heutigen Tagung „Pflege ist weiblich“, mag für den einen oder anderen Betrachter keine besondere Bedeutung haben: Pflege war schon früher ein so genannter Frauenberuf und daran hat sich auch heute nicht viel geändert. Was ist daran also so besonderes?

Allein ein Blick auf die Einladung und den Tagesablauf Ihrer Veranstaltung zeigt jedoch, wie komplex das Thema „Pflege und Frauen“ ist.

Deutschlands Bevölkerung wird älter. Bis zum Jahre 2030 wird – bei sinkender Gesamtbevölkerungszahl – jeder dritte Bundesbürger älter als 60 Jahre sein. Bereits heute sind in der Bundesrepublik ca. 2 Mio. Menschen pflegebedürftig. Experten schätzen, dass diese Anzahl im 2030 bereits die 3 Millionen-Grenze überschreiten wird. Der überwiegende Teil der Pflegebedürftigen wird zu Hause betreut und gepflegt. Gegenwärtig sind dies etwa 1,4 Mio. Menschen. Trotz der zunehmenden Bedeutung ambulanter Pflegedienste in den letzten Jahren ist nach wie vor die Familie die wichtigste Pflegeinstitution. In der Regel sind es die Frauen, die im Falle einer Pflegebedürftigkeit ihre Angehörigen versorgen. Sie übernehmen diese Aufgabe nicht nur Wochen oder Monate, sondern oft über Jahre hinweg und dies rund um die Uhr. Die Entscheidung, einen Angehörigen zu Hause zu pflegen, ist mit weitreichenden Konsequenzen verbunden. Sie hat Auswirkungen auf die Berufstätigkeit, die finanzielle Situation, die sozialen Beziehungen und die eigene Gesundheit. Belastungs- und Stresssituationen durch mangelnde Kenntnis über Zuständigkeiten, vorhandene Angebote sowie über finanzielle, rechtliche oder pflegerische Fragen sind in vielen Fällen vorprogrammiert.

Meine sehr verehrten Damen und Herren,

die Pflege ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und deshalb muss die Gesellschaft auch die Probleme der demografischen Entwicklung – der Zunahme der Gruppe von hochaltrigen und pflegebedürftigen Menschen – mittragen. Wir brauchen für die Zukunft neue Handlungskonzepte, die eine Sicherstellung der Versorgung pflegebedürftiger Menschen ermöglichen, die ihrem Wunsch, möglichst lange im eigenen Zuhause verbleiben zu können, gerecht werden und die gleichzeitig pflegende Angehörige stärker als bisher unterstützen.

Diese Fragen müssen bei der anstehenden Reform der Pflegeversicherung auf der Tagesordnung stehen. Das Sozialministerium und die Verbände der Pflegeeinrichtungen in unserem Land haben sich im Mai dieses Jahres auf dem Landespflegekongress mit einer gemeinsamen Erklärung an die Öffentlichkeit gewandt. Neben dem Erhalt und der Weiterentwicklung der Pflegeversicherung als eigenständige Säule im System der Sozialversicherung und ihrer zukunftsfesten Finanzierung, der Dynamisierung der Leistungen der Pflegeversicherung war die Forderung nach einer Verbesserung der Unterstützung von pflegenden Angehörigen ein wichtiger Punkt. Dazu gehören vor allem fachliche Begleitung und Information über finanzielle Unterstützungsmöglichkeiten, professionelle Leistungen, Hilfeangebote bürgerschaftlichen Engagements, psychosoziale und pflegerische Unterstützungsangebote. Einen wichtigen Schritt in diese Richtung hat das Land mit der Verordnung über die Förderung niedrigschwelliger Betreuungsangebote, die zum 1. Januar 2006 in Kraft getreten ist, getan. Betreuungsangebote für Demenzerkrankte und Maßnahmen zur Entlastung pflegender Angehöriger können dadurch finanziell unterstützt werden.

Meine sehr verehrten Damen und Herren,

ein wichtiger Aspekt bei der gesellschaftlichen Unterstützung und Anerkennung sind insbesondere Maßnahmen für eine bessere soziale Absicherung von pflegenden Angehörigen. Gerade für Frauen, die die Hauptlast der Pflege in unserer Gesellschaft tragen, sind künftig Konzepte erforderlich, die eine bessere Vereinbarkeit der Pflege mit der Berufstätigkeit garantieren. Überlegungen zur Einführung einer so genannten Pflegezeit, sind daher – mag man über ihre inhaltliche und rechtliche Ausgestaltung noch so unterschiedlicher Auffassung sein – grundsätzlich zu begrüßen. Deshalb hoffe ich sehr, dass die Arbeits- und Sozialminister der Länder diesbezügliche Initiativen aufgreifen und so einen positiven Impuls für eine bundesgesetzliche Regelung geben.

Meine sehr verehrten Damen und Herren,

für die heutige Veranstaltung wünsche ich uns einen guten Verlauf, viele interessante Diskussionen und Anregungen für die tägliche Arbeit.

## Grußwort

### Dr. Margret Seemann

Frauen- und Gleichstellungsbeauftragte der Landesregierung Mecklenburg-Vorpommern,  
Parlamentarische Staatssekretärin

Anrede,

Ich grüße Sie herzlich als alte und neue Frauen- und Gleichstellungsbeauftragten der Landesregierung Mecklenburg-Vorpommern! Ich freue mich, dass die politischen Entscheidungen letztendlich doch noch zügig über die Bühne gingen und ich somit heute vor Ihnen stehen kann. Denn die von dem Gemeinsamen Arbeitskreis Frauengesundheit seit Jahren organisierten Landeskonferenzen sind ein fester Termin in meinem Kalender. Ausdrücklich danke ich an dieser Stelle den vordenkenden und organisierenden Frauen aus dem GAF unter starker Leitung von zwei Frauen: Dr. Baumann sowie Dr. Moldenhauer. Dank Ihrer aller ehrenamtlichen Arbeit steht heute auf der 5. Landeskonferenz das Thema „Pflege“ im Mittelpunkt, Pflege mit dem Zusatz „weiblich“...

Aber die These greift weiter: Nicht nur Pflege ist weiblich, auch das Alter trägt weibliche Züge. Die Zahlen sprechen für sich:

- Seit 1990 ist die Lebenserwartung 65-jähriger Männer und Frauen in Mecklenburg-Vorpommern deutlich gestiegen. In allen Altersgruppen aber ist die Sterblichkeit der Männer weit höher als die der Frauen.
- Mit zunehmendem Alter steigt der Frauenanteil deutlich an. Über 75% der 80-jährigen sind Frauen.
- 2003 waren in Mecklenburg-Vorpommern ca. 32.000 Frauen pflegebedürftig, dagegen nur ca. 16.000 Männer.<sup>1</sup>

Diese Pflegebedürftigen, meine Damen und Herren, werden stationär, ambulant oder privat betreut – in der Regel von Frauen. Denn Pflege gilt als Frauensache: Es scheint immer noch eine gesellschaftlich tolerierte oder verschwiegene Zuständigkeitsverteilung der Aufgaben zu geben. Pflegedienst Nr. 1 ist dabei die Familie. Sie allein trägt die Hauptlast der Betreuung. Ca. 70% aller Bedürftigen werden von Angehörigen gepflegt - 80% von ihnen sind Frauen.<sup>2</sup>

Pflege ist in der heutigen Zeit zu einem erwartbaren Regelfall des Familienzyklus geworden. Medienwirksam spricht man von der „Generation Pflege“, Töchter und Söhne zwischen 40 und 60, die neben der Kinderpflege sich auch um ihre Eltern oder Schwiegereltern kümmern. Und dabei geht es nicht nur um das Mal-Vorbeischauen bei einer Erkältung oder das Mal-Mit-Einkaufen. Was ist, wenn aus Kurzzeitpflege ein so genannter Full-Time-Job wird? Wenn es mehr ist, als nur kranke oder alte Menschen zu pflegen? Was, wenn es eine Arbeit wird, die Jahre oder Jahrzehnte dauern kann, die an die Nerven geht und vielleicht noch das Sparguth angreift? Schließlich kostet ein Heimplatz der höchsten Pflegestufe abzüglich der Pflegeversicherung durchschnittlich 1.100 Euro: Frauen aus den neuen Bundesländern bekommen jedoch knapp 660 Euro Rente im Monat.<sup>3</sup> Und daheim zu pflegen kostet auch – vor allem Zeit! Und diese Zeit fehlt: sie fehlt im Freundeskreis, sie fehlt bei der Freizeitgestaltung, sie fehlt, um auch Partnerschaften zu pflegen. Pflege von Bedürftigen vereinnahmt voll und ganz: 80% der Pflegenden stehen rund um die Uhr zur Verfügung. Anerkennung gibt es kaum und Geld noch weniger. Ich habe diesbezüglich einmal den Vergleich mit einer Waschmaschinenreparatur gelesen, die heutzutage mehr kostet als die Pflegeversicherung monatlich auszahlt.

Die Einrichtung einer Pflegezeit als Freistellungsphase, die entsprechend der Elternzeit funktionieren soll, lockt da ein wenig. Übergangen wird aber in solchen Diskussionen, dass der Pflegenden durch solche Regelungen aus dem Erwerbsleben austreten muss. Und in Hinblick darauf, dass überwiegend Frauen pflegen, würde sich die Freistellung von der Arbeit wegen Pflege natürlich auch auf den Wert der weiblichen Arbeitskraft negativ auswirken. Dies ist nicht nur aus meiner Sicht eine problematische Entwicklung. Es geht nicht, dass Frauen erst in punkto Kinderpflege und dann hinsichtlich der Altenpflege die Lastesel der Nation sind!

---

<sup>1</sup> vgl. Landesprogramm „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“, Fortschreibung ab 2006

<sup>2</sup> Spiegel, 09.05.2005

<sup>3</sup> vgl. Landesprogramm „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“, Fortschreibung ab 2006

Und die Parallelen zu Jung und Alt lassen sich weiter verfolgen: Kindergärtnerinnen und Altenpflegerinnen in Deutschland werden geringer bezahlt als Frauen und Männer in einem technischen Beruf. Meine Damen und Herren, kann sich das eine Gesellschaft, die spürbar überaltert und zugleich Sorge um den Bildungszustand des Nachwuchses hat, wirklich leisten? Auch dies wird heute in den Arbeitsgruppen sicherlich heiß diskutiert werden. Und eines wird dabei immer wieder sichtbar: Eine Reform der Pflegeversicherung scheint unabwendbar! Pflegeversicherung der Zukunft muss sich denen berechtigten Forderungen des Pflegepersonals stellen, gleich, ob es sich hierbei um professionelle oder aber häusliche Pflege handelt. Wer pflegt, braucht finanziellen Ausgleich. Wer pflegt, braucht Zeit für sich selbst. Wer pflegt, braucht berufliche Perspektiven und gesellschaftliche Anerkennung!

Nur so kann Pflege als Wachstumsbranche der Zukunft gestärkt werden. Und nur so können wir denjenigen, denen wir unser Hier und Jetzt zu verdanken haben, die nötige und benötigte Pflege, Aufmerksamkeit und Zeit geben.

Ich bin mir sicher, dass Sie sich heute alle die Zeit nehmen werden, um darüber zu diskutieren. In diesem Sinne wünsche ich der Konferenz gutes Gelingen!



Dr. Margret Seemann

# Die Auswirkungen des Runden Tisches Pflege von der Bundesebene auf das Land Mecklenburg Vorpommern

Hartmut Renken,

Sozialministerium des Landes Mecklenburg - Vorpommern

Sehr geehrte Frau Dr. Baumann,  
sehr geehrte Frau Dr. Moldenhauer,  
sehr geehrte Frau Abgeordnete Tegtmeier,  
sehr geehrter Herr Abgeordneter Grabow,  
sehr geehrte Frau Staatssekretärin Dr. Seemann,  
meine sehr geehrten Damen und Herren,

„Wenn der Mensch nicht über das nachdenkt, was in ferner Zukunft liegt, wird er das schon in naher Zukunft bereuen“, sagte der chinesische Philosoph Konfuzius (551- 479 v. Chr.). Auch 2.500 Jahre später hat dieser Ausspruch nichts an Aktualität und Gültigkeit eingebüßt.

Unsere Gesellschaft entwickelt sich zunehmend zu einer Gesellschaft des langen Lebens. Im Vergleich zu 1990 ist die aktuelle Lebenserwartung in Mecklenburg-Vorpommern um rund 5 Jahre gestiegen. Sie liegt derzeit für Männer bei rund 73 Jahren und für Frauen bei rund 81 Jahren.

Jeder von uns muss sich heute Gedanken über das Älterwerden, über seine Erwartungen an das „dritte“ Lebensalter machen. Er muss sich darüber Gedanken machen, wie er die gewonnenen Jahre verbringen will.

Die Gesellschaft ist im Wandel und mit ihr die Pflegelandschaft.

Natürlich sind dabei private und staatliche Wohlfahrtsbemühungen von Bedeutung. Aber im Mittelpunkt der Bemühungen der Zukunft muss viel stärker als bisher das Aktivieren, die Mobilisierung, die Schaffung von Hilfen für die Pflegebedürftigen stehen.

Viele ältere Menschen wollen möglichst lange in ihrem eigenen Zuhause, in ihrer eigenen vertrauten Umgebung und ihrem sozialen Umfeld verbleiben.

Pflege und Alltag müssen für die Betroffenen in eine harmonische Übereinstimmung gebracht werden. Der selbstbestimmte ältere Mensch und sein Hilfebedarf gehören in den Mittelpunkt der Überlegungen zur Weiterentwicklung der Pflegestrukturen.

Das sollte der Ansatz für die Entwicklung auf Bundesebene sein. Das ist auch unser Ansatz hier im Land.

Um die Lebenssituation hilfe- und pflegebedürftiger Menschen in Deutschland zu verbessern, haben das Bundesministerium für Frauen, Senioren, Familie und Jugend und das frühere Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung im Herbst 2003 den "Runden Tisch Pflege" einberufen. An dieser gemeinsamen Initiative nahmen Vertreterinnen und Vertreter aus Verbänden, Ländern und Kommunen, Praxis und Wissenschaft teil.

Ziel des "Runden Tisch Pflege" war, bis zum Herbst 2005 praxisnahe Handlungsempfehlungen zu entwickeln und auf der Grundlage guter Praxisbeispiele Wege zur Umsetzung menschlicher, fachlicher und finanzierbarer Anforderungen in der Pflege und Betreuung aufzuzeigen. Dabei ging es nicht zuletzt auch darum, alle Akteure, die im Bereich Pflege tätig sind, für vorhandene Ressourcen und Potentiale zu sensibilisieren und für den Abbau gegenwärtiger Defizite zu gewinnen.

Die für diese Aufgabe eingerichteten vier Arbeitsgruppen des "Runden Tisches Pflege" befassten sich insbesondere mit folgenden übergreifenden Fragestellungen:

- Wie soll künftig ein differenziertes und besser an den Bedürfnissen der Betroffenen ausgerichtetes Versorgungsangebot in den Diensten und Einrichtungen gestaltet sein?
- Wie kann die Stellung pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen weiter gestärkt werden und ein entsprechendes Bewusstsein geweckt werden?
- Wie kann eine ausreichende Zahl von Personen dauerhaft für die Pflegeberufe gewonnen werden?
- Welche Möglichkeiten bestehen, um den Verwaltungsaufwand in der Pflege und Betreuung zu verringern?

Aufgabe einer Arbeitsgruppe war der Entwurf einer Charta, in der konkret beschrieben wird, welche Rechte Menschen in Deutschland haben, die der Hilfe und Pflege bedürfen. Zwei Arbeitsgruppen hatten den Auftrag, handlungsorientierte Empfehlungen zur Verbesserung der Situation hilfe- und pflegebedürftiger Menschen in der häuslichen und stationären Versorgung zu erarbeiten. Eine weitere Arbeitsgruppe hat die Diskussion zu Entbürokratisierungspotentialen und -notwendigkeiten aufgegriffen und Vorschläge zur Verbesserung erarbeitet, die einerseits für die in der Praxis Tätigen als Hilfestellung und umsetzbare Empfehlung genutzt werden können und andererseits gesetzgeberisches Handeln erfordern.

Im September 2005 fand in Berlin eine Fachtagung "Runder Tisch Pflege" statt, bei der die Ergebnisse der fachlichen Arbeit der Arbeitsgruppen präsentiert und mit einem großen Teilnehmerkreis diskutiert wurden. Der Schwerpunkt lag dabei auf der Diskussion, auf welche Weise gewonnene Ergebnisse konkret umgesetzt werden können.

Im Einzelnen:

**Arbeitsgruppe I** "Verbesserung der Qualität und der Versorgungsstrukturen in der häuslichen Betreuung und Pflege" hat vielfältige Handlungsempfehlungen mit folgenden Zielperspektiven erarbeitet:

1. Selbsthilfepotentiale Pflegebedürftiger und Pflegenden sind zu mobilisieren, zu unterstützen und dauerhaft abzusichern.
2. Leistungen ambulanter Pflegedienste sind am Bedarf und an den Bedürfnissen, der Lebenswelt und dem Alltag von Hilfe- und Pflegebedürftigen auszurichten und in der Planung, Organisation und Ausgestaltung weiterzuentwickeln.
3. Die selbständige Lebensführung im Alter ist durch die Entwicklung zukunftsfähiger Wohn- und Betreuungsformen abzusichern.
4. Die Koordination und Steuerung von Leistungen unterschiedlicher Versorgungsbereiche sind durch strukturelle Vernetzung auf kommunaler Ebene (Care Management) und auf der Einzelfallebene (Case Management) zu verbessern.
5. Die Arbeitsbedingungen und Qualifikationen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der häuslichen Pflege sind zu verbessern.

Die Arbeitsgruppe I ist der Auffassung, dass eine wesentliche Anforderung an zukünftige Versorgungsstrukturen darin besteht, die Potentiale für Eigeninitiative, Eigenverantwortung und gegenseitige Hilfen zu stärken. Sie hält einen Perspektivwechsel hin zu solchen Angeboten für erforderlich, die diesen Ansatz bestmöglich unterstützen. In diesem Sinne spricht sie sich dafür aus, Angebote nicht nur auf die häusliche Pflege oder auf die Pflege in stationären Einrichtungen zu beschränken, sondern Alternativen zu entwickeln und Möglichkeiten zu nutzen, die zwischen der häuslichen und stationären Versorgung liegen, und das Potenzial solidarischen Handelns im Quartier, im Stadtviertel und in der Nachbarschaft ("Dritter Sozialraum") zu nutzen.

**Die Arbeitsgruppe II** (Stationäre Pflege) hat sich auf fünf übergeordnete Ziele verständigt:

1. Die Würde und Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner sind in den Mittelpunkt jeglichen Handelns aller Akteure zu stellen, die für diesen Personenkreis Verantwortung tragen.
2. Die Stellung der Bewohnerinnen und Bewohner als zahlende Verbraucher ist durch stationäre Pflegeeinrichtungen und andere verantwortliche Akteure zu stärken.
3. Die Qualität in der stationären Versorgung ist durch umfassende Pflege- und Qualitätsmanagementkonzepte sowie durch disziplin-, professions- und organisationsübergreifende Vernetzungskonzepte zu verbessern. Die Qualifikation des Managements sowie aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter stationärer Pflegeeinrichtungen ist entsprechend den aktuellen und künftigen Anforderungen in der stationären Versorgung weiter zu entwickeln.
4. Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen sind in stationären Pflegeeinrichtungen für eine gezielte Personalgewinnung und -bindung konsequent zu verfolgen.

Zu diesen grundsätzlichen Positionen hat die Arbeitsgruppe II insgesamt 17 Empfehlungen und Forderungen formuliert. Auffassung ist, dass zur Verbesserung der Qualität in der stationären Pflege auch Politik und Gesellschaft für angemessene Rahmenbedingungen sorgen müssen. Zusätzlich sind

Anstrengungen unabhängig von finanziellen Forderungen erforderlich und möglich. Auch durch einen optimierten Einsatz bestehender Ressourcen können Verbesserungen erzielt werden.

**Die Arbeitsgruppe III** (Entbürokratisierung) hat Empfehlungen zu folgenden Handlungsfeldern erarbeitet:

1. Harmonisierung im System öffentlich-rechtlicher Qualitätsprüfungen,
2. Verfahren und Instrumente zur Entbürokratisierung,
3. Anforderungen an eine Pflegedokumentation,
4. Vorschläge zur Änderung bundesrechtlicher Vorschriften unter dem Aspekt von Deregulierung und Entbürokratisierung,
5. Vertiefung der Schnittstellenproblematik, neue Arbeitsteilung.

Die Arbeitsgruppe III hat hierzu geltende gesetzliche und untergesetzliche Regelungen analysiert und dabei insbesondere solche Vorschriften identifiziert, deren Vereinfachung, Veränderung oder sogar Auflösung zu einer Verringerung unerwünschter Effekte führen, ohne die eigentlich beabsichtigten Wirkungen zu gefährden. Bei allen Entbürokratisierungspotentialen muss die Perspektive der unmittelbar betroffenen Personen im Mittelpunkt stehen. In diesem Sinne richten sich die Handlungsempfehlungen an alle Verantwortlichen in der Pflege. Hierzu gehören die Dienste und Einrichtungen des Pflege-, Sozial- und Gesundheitswesens, die Leistungsträger (Kranken- und Pflegekassen, Sozialhilfeträger, Kommunen etc.), ferner Wohlfahrtsverbände, Fachverbände, Berufsverbände und private Trägerverbände und nicht zuletzt die politischen Akteure auf kommunaler, Landes- und Bundesebene.

Ein Kernstück der Arbeiten des Runden Tisches Pflege ist der Entwurf einer Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen. Dieser Entwurf ist in der **Arbeitsgruppe IV** des Runden Tisches mit breitem Konsens unter Beteiligung aller maßgeblichen gesellschaftlichen Akteure erarbeitet worden.

Die Charta beschreibt in ihren Artikeln grundlegende Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen, wie sie bereits in zahlreichen Rechtstexten erwähnt und dort teilweise bindend verankert sind. Rechte und Ansprüche dieses Personenkreises werden so verständlich erklärt, dass dieser sowie Angehörige und Vertrauenspersonen sich darauf berufen können. Daneben soll die Charta zugleich als Leitlinie für die Menschen und Institutionen gelten, die Verantwortung in Pflege, Betreuung und Behandlung übernehmen. Um die erwünschte Ausstrahlung der Charta in den Alltag der Altenhilfe zu erreichen, soll es in einem nächsten Schritt darum gehen, die Verantwortlichen vor Ort zu informieren und im Ergebnis zu erreichen, dass die Charta als Maßstab für qualitätsvolle Pflege verankert wird.

Die Realisierung von Qualität in Pflege und Betreuung liegt in der Gesamtverantwortung aller beteiligten Akteure. Dazu gehören das professionelle Personal, die Träger der Einrichtungen, staatliche Instanzen (wie z.B. Heimaufsicht), aber auch Bürgerinnen und Bürger als pflegende Angehörige und freiwillig Engagierte. Letztere bedürfen der besonderen Unterstützung. Nur wenn die genannten Akteure ihre Aktivitäten bündeln, sind nachhaltige Qualitätsverbesserungen zu erwarten.

Die Bundesregierung formuliert das Ziel, dass Maßnahmen der Qualitätssicherung primär am Ergebnis orientiert sein sollen. Angestrebt wird deshalb eine auf dieses Ziel ausgerichtete Vereinfachung und Harmonisierung derzeit geltender Bestimmungen sowie eine Reduzierung des Verwaltungsaufwandes. Dabei werden die Vorschläge des Runden Tisches einbezogen. Wie dargelegt wird auch geprüft, wie der Entwurf des Runden Tisches für die Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen gemeinsam mit allen in der Pflege Verantwortlichen umgesetzt werden kann.

Die Bundesregierung will überdies eine ressortübergreifende Strategie entwickeln, mit der die verschiedenen Förderansätze zusammengeführt und integriert werden.

Meine sehr verehrten Damen und Herren,

im Zusammenhang mit der von der Bundesregierung angekündigten Reform der Pflegeversicherung soll ein Gesetzentwurf vorgelegt werden, der nicht nur notwendige Entscheidungen über die inhaltliche Weiterentwicklung der 1995 eingeführten gesetzlichen Pflegeversicherung, sondern auch Vorschläge für eine nachhaltige, verlässliche und den Einzelnen nicht überfordernde Finanzierung enthält.

Vor diesem Hintergrund haben die Bundesländer, ausgehend von den im November 2005 auf der Konferenz der Arbeits- und Sozialminister beschlossenen Eckpunkte zur Reform der

Pflegeversicherung vorgeschlagen, ihre Aktivitäten mit denen der Bundesregierung in einer gemeinsamen Bund-Länder-Arbeitsgruppe zusammenzuführen.

Die Initiative der Länder hat eine positive Resonanz im zuständigen Bundesministerium gefunden. Nach Abstimmung der Eckpunkte für die Reform der Pflegeversicherung innerhalb der Koalition auf Bundesebene sollen die Gespräche und Abstimmungen mit den Ländern stattfinden.

Die viel zu lange auf die lange Bank geschobene Reform der Pflegeversicherung muss jetzt zügig kommen. Im Rahmen des Landespflegekongresses im Mai 2006 haben daher freigemeinnützige, private und kommunale Einrichtungsträger unseres Landes gemeinsam mit dem Sozialministerium ihre Positionen zum Reformbedarf der Pflegeversicherung festgehalten.

Gestatten Sie mir, dass ich diese Punkte hier kurz aufführe:

Gemeinsam haben wir uns für den **Erhalt der Pflegeversicherung als eigenständige Stufe im System der Sozialversicherung und für ihre zukunftsfeste Finanzierung** ausgesprochen.

Nur dadurch wird es möglich sein, den pflegerischen Bereich als eigenständigen Leistungsbereich im System der Sozialversicherung weiter zu entwickeln.

Die Sicherung der Finanzierung der Pflege ist eine notwendige Voraussetzung für die erforderliche Versorgung von Pflegebedürftigen mit bedarfs- und bedürfnisorientierten Leistungen. Das zukünftige Finanzierungssystem muss dauerhaft tragfähig, wirtschaftlich effizient und sozial gerecht gestaltet werden.

Es geht uns darum, die **Ambulante Pflege zu stärken**.

Die Umsetzung des gesetzlichen Auftrags „ambulant vor stationär“ begründet sich aus den Bedürfnissen der pflegebedürftigen Menschen, solange wie möglich in ihrer vertrauten Umgebung zu wohnen. Tagespflegeangebote können wesentlich dazu beitragen, dem gerecht zu werden.

Nach den derzeitigen Finanzierungsregelungen im SGB XI werden Leistungen der Pflegekassen, wenn Pflegebedürftige dieses Angebot in Anspruch nehmen, auf die Pflegesachleistungen bzw. das Pflegegeld im ambulanten Bereich angerechnet, d.h. es erfolgt eine Kürzung.

Das führt dazu, dass die Pflegebedürftigen die teilstationäre Betreuung gar nicht oder nur an einigen Tagen in der Woche in Anspruch nehmen, um z.B. noch Geld für die ambulante Pflege übrig zu haben.

Bei einer Reform sollte deshalb die Tagespflege als eigenständiges Leistungsangebot finanziert werden.

Wir wollen die **Stationäre Pflege sichern**.

Höhere Eigenbeteiligungen der Pflegebedürftigen durch die Rückführung bzw. die Stagnation der Leistungen in der Pflegeversicherung sind nicht mehr vertretbar und führen in immer mehr Fällen zur Sozialhilfebedürftigkeit. Das gilt umso mehr als gleichzeitig auf Jahre hinaus die Einkommen der Rentnerinnen und Rentner durch Kürzungen bei der Rentenversicherung beschnitten werden. Die Angleichung Ost / West bei den Renten wird nicht vollzogen und noch dazu können immer weniger Rentnerinnen und Rentner wirklich auf gradlinige Arbeitslebensläufe zurückblicken. Die Frauen wurden vielfach aus dem Arbeitsprozess herausgedrängt. Wir müssen gerade in den neuen Ländern mit einer Rentnergeneration rechnen, die über schlechtere finanzielle Ressourcen als die jetzige verfügt. Umso wichtiger ist hier das gemeinsame Eintreten zur Sicherung des sozialen Netzes.

Das Land hat sich hier sehr stark engagiert.

Das Pflegewohngeld bis zu 200 Euro monatlich ist ein sehr effektiver Beitrag zum sozialen Ausgleich bei Pflegebedürftigkeit. Bei den Trägern und den Bewohnerinnen und Bewohnern hat das zu einer zunehmenden Akzeptanz geführt. Es hat sich herum gesprochen, dass Mecklenburg-Vorpommern als einziges neues Land Verantwortung für die Heimbewohnerinnen und Heimbewohner übernommen hat. In den anderen Ländern sind die Kosten für den Wohnraum durch die Heimbewohnerinnen und Heimbewohner **allein** zu tragen.

Derzeit sind in Mecklenburg-Vorpommern rund 5.000 Bewilligungen zum Bezug von Pflegegeld erteilt. Es wird einkommensabhängig gewährt. Das Vermögen der Pflegegeldbezieher wird bei der Berechnung nicht herangezogen.

Nur in rund 1.500 Fällen musste bisher neben dem Pflegegeld Sozialhilfe gewährt werden. Unterm Strich lässt sich damit für das Landespflegegesetz eine positive Bilanz ziehen.

Es ist gelungen, den Wechsel von der Vollfinanzierung der Investitionen in der Pflege zu einer neuen an den individuellen materiellen Bedürfnissen der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner ausgerichteten Förderung sozialverträglich zu gestalten.

Das Pflegegeld ist nach dem Landespflegegesetz bis zum 31. Dezember 2007 befristet. Ich hoffe, dass es hierzu eine vernünftige Anschlussregelung bzw. eine Verlängerung im Interesse der Pflegebedürftigen im Land geben wird.

Meine sehr verehrten Damen und Herren,

bei der Reform der Pflegeversicherung muss die Einbeziehung der psychischen und kognitiven Kompetenz- und Fähigkeitsstörungen bei der Definition des (bisher verrichtungsbezogenen) Pflegebedürftigkeitsbegriffes nach dem SGB XI erfolgen: Berücksichtigt sollten insbesondere die Unterstützungsbedarfe Pflegebedürftiger im Bereich

- der Kommunikation,
- der psychosozialen Betreuung,
- der sozialen Teilhabe sowie
- des Bedarfs an Anleitung und allgemeiner Begleitung und damit stärkere Berücksichtigung der psychisch und demenziell erkrankten Menschen bei der Einstufung in eine Pflegestufe.

Die Erfassung des besonderen Hilfebedarfs erfordert eine weitere Ausdifferenzierung der Angebotsstruktur der Pflege. Damit verbunden können die bisherigen positiven Beispiele der Versorgung Pflegebedürftiger im Land ausgebaut werden:

- Wohngemeinschaften für demenziell Erkrankte
- Kompetenzzentren Demenz
- Pflegeeinrichtungen mit spezialisierten Bereichen

Wir brauchen eine deshalb eine **Neubestimmung des Begriffs der Pflegebedürftigkeit und die Erweiterung des Leistungsumfangs der Pflegeversicherung.**

Die **Dynamisierung der Leistungsbeträge in der Pflegeversicherung** ist überfällig.

Seit Einführung der Pflegeversicherung sind die Pflegeleistungen in ihrer Höhe unverändert. Dadurch hat eine Absenkung des realen Leistungsniveaus stattgefunden. Pflegebedürftige und Sozialhilfeträger werden zunehmend finanziell belastet.

Die Leistungen der Pflegeversicherung müssen künftig den Aufwendungen in der Pflege entsprechen.

Daher müssen die Leistungsobergrenzen zu gesetzlich vorgeschriebenen Zeitpunkten der aktuellen Preisentwicklung unter Berücksichtigung der besonderen Aufwendungen im pflegerischen Bereich angepasst werden.

Vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung und der zu erwartenden Veränderungen in den Lebensbedingungen und den familiären Beziehungen gewinnen die Begleitung und zeitliche Entlastung pflegender Angehöriger, Aufbau und Stabilisierung informeller Hilfenetze zur Unterstützung von Pflege und Betreuung im Pflegesektor immer größere Bedeutung. Diese Tatsache der Stärkung des Engagements setzt eine gesamtgesellschaftliche Anerkennung und eine fachliche Anleitung

sowie eine Fortbildung der ehrenamtlichen Helfer und eine Verbesserung der Rahmenbedingungen voraus. Darüber hinaus sind Maßnahmen zur Stärkung häuslicher Pflege und zum Ausbau unterstützender Hilfesysteme erforderlich.

Beispiele hierfür sind in Mecklenburg-Vorpommern der Aufbau von regionalen Netzwerken „Angehörigenarbeit“ in Waren, Malchin, Eggesin, Neubrandenburg, Neustrelitz, Torgelow, Sternberg, Kröpelin, Zarrentin.

Die Reform der Pflegeversicherung sollte dafür Anreize bieten. Sie muss **die Rahmenbedingungen zur Stärkung des bürgerschaftlichen Engagements und zur Unterstützung von pflegenden Angehörigen** verbessern.

Insofern sieht auch Ziffer 240 der Koalitionsvereinbarung zwischen SPD und CDU die Unterstützung des ehrenamtlichen Engagements für die Betreuung Demenzkranker vor.

Die Durchsetzung des in § 5 SGB XI verankerten Vorrangs von Prävention und Rehabilitation in der Praxis einschließlich einer angemessenen Regelung der Finanzierungsverantwortung ist bis heute nicht befriedigend erfüllt.

Daher muss auch im diesem Bereich bei einer Reform der Pflegeversicherung Klarheit über die zu erbringenden Leistungen und die Zuständigkeit der Leistungsträger (Pflegekassen, Krankenkassen und Deutsche Rentenversicherung) und der Leistungserbringer (Pflegeeinrichtungen, Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und niedergelassene Ärzte) geschaffen werden.

Es geht um **Prävention und Rehabilitation vor Pflege**.

Die Hilfe- und Versorgungsangebote sind derzeit zuwenig aufeinander abgestimmt. Deshalb sind weitere gesetzliche Regelungen zur Entwicklung von Strukturen zum besseren Übergang vom Krankenhaus in andere Pflege- und Betreuungsformen sowie zur besseren Zusammenarbeit von Ärzten, Therapeuten, Reha-Einrichtungen und Pflegeeinrichtungen erforderlich.

Mecklenburg-Vorpommern hat hierzu mit der Vereinbarung nach § 3 Landespflegegesetz zur Sicherstellung des unmittelbaren Übergangs von Pflegebedürftigen aus der Krankenhaus- oder ambulanten bzw. stationären Rehabilitationsbehandlung zu einer nachfolgend notwendigen Pflege einen ersten Schritt getan.

Die Leistungen der **Pflege- und Krankenversicherung** müssen gesetzlich besser miteinander verzahnt werden. Auch hier haben wir Erwartungen an die anstehende Reform, wobei der jetzt vorliegende Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV bereits den Abbau vorhandener Schnittstellen zwischen dem SGB V und dem SGB XI erfreulicherweise vorsieht.

Schließlich geht es auch in der Pflege um eine **Entbürokratisierung**.

Zielsetzung muss es sein, die unterschiedlichen Regelungen durch das Heimgesetz, des SGB V wie auch des SGB XI zu gleichen Sachverhalten zu korrigieren und einheitliche rechtliche Grundlagen zu schaffen, bspw. in Heimen für Kündigungsfristen der Bewohner, Fortgeltung des Heimvertrages über den Tod hinaus, Entgelterhöhungen, Begriff der Fachkraft. Damit verbunden sollte auch überprüft werden, ob bestehende gesetzliche Regelungen und Dokumentationspflichten entbehrlich oder zumindest zu vereinfachen sind. Dies gilt auch für den ambulanten Bereich.

Die Koalitionsvereinbarung zwischen SPD und CDU zur Bildung der Landesregierung sieht daher in Ziffer 238 vor dem Hintergrund der im Zuge der Föderalismusreform übergegangenen Gesetzgebungszuständigkeit für das Heimrecht vor, mit landesrechtlichen Regelungen einen erheblichen Bürokratieabbau für den Pflegeheimbereich und eine Öffnung für neue Wohnformen zu schaffen.

Es sind enorme Herausforderungen an das Pflegeversicherungssystem, deren Meisterung mehr denn je die Überwindung sektoraler Denk- und Handlungsweisen erforderlich machen wird und die Vernetzung zwischen Medizin, Rehabilitation und Pflege einfordert.

Auch die neue Landesregierung von SPD und CDU hat sich in Ziffer 242 ihrer Koalitionsvereinbarung für eine zeitgemäße Reform der Pflegeversicherung auf Bundesebene ausgesprochen.

Im Land sind bereits viele Vorschläge des Runden Tisches Pflege aufgegriffen worden, die Situation in der Pflege sieht konkret wie folgt aus:

Vor allem durch neue teilstationäre und stationäre Pflegeeinrichtungen konnte das sehr gute Angebot für die Pflegebedürftigen im Land erweitert und fortentwickelt werden:

Die rund 50.000 pflegebedürftigen Menschen in Mecklenburg-Vorpommern sind auf die Hilfe und Unterstützung ihrer Angehörigen oder auf professionelle Pflege angewiesen. Das Angebot an Tagespflegeeinrichtungen hat sich im Vergleich zum Vorjahr von 42 Einrichtungen mit 573 Plätzen

auf nun 46 Einrichtungen mit 633 Plätzen erhöht. Bei den stationären Pflegeeinrichtungen gab es im letzten Jahr 207 Heime mit 15.604 Plätzen. Heute verfügen wir über 216 Einrichtungen mit mehr als 16.000 Plätzen.

Nach wie vor gibt es im Land etwa 400 ambulante Pflegedienste.

Besonders erfreulich ist, dass sich neben den stationären Pflegeangeboten das Angebot vielfältiger Wohnformen für ältere und pflegebedürftige Menschen in unserem Land weiter entwickelt hat.

Zunehmend werden **betreute Wohnformen** nachgefragt, die dem Bedürfnis nach Versorgungssicherheit gerecht werden. Der Markt hat auf diese Bedürfnisse längst reagiert. So werden nach einer Zusammenstellung der Verbraucherzentrale im Land schon derzeit rund 4000 Wohnungen mit zusätzlichem Betreuungsangebot angeboten.

Damit haben sich nicht nur Pflege- und Betreuungseinrichtungen, sondern auch Wohnungspolitik und Kommunalplanungen auf die demographischen Veränderungen und die unterschiedlichen Wünsche der Menschen an ein Leben im Alter eingestellt und bieten Alternativen zur Heimunterbringung an.

Gerade diese Wohngemeinschaften für Pflegebedürftige sind gesellschaftlich gewünscht und Aktivitäten in dieser Richtung werden vom Land sehr begrüßt.

Mittlerweile haben sich landesweit ambulante betreute Wohngemeinschaften etabliert, angefangen von Schwerin über Pampow, Rostock, Sassnitz, Neubrandenburg bis hin nach Pasewalk.

Im Rahmen der im Landeshaushalt für die Verbesserung der pflegerischen Versorgungsstruktur zur Verfügung stehenden Mittel wurden einige dieser Angebote finanziell unterstützt, ebenso wie Angebote der Tagespflege und der Kurzzeitpflege.

Insgesamt wurden dafür im vergangenen Jahr Fördermittel in Höhe von rund 780.000 Euro ausgereicht.

Meine sehr verehrten Damen und Herren,

gerade für Demenzkranke ist die ambulante Betreuung in Wohnformen eine interessante Alternative zur stationären Versorgung.

Pflege-Wohngemeinschaften tragen nicht nur zur Vermeidung von Heimunterbringung bei, sie entlasten maßgeblich pflegende Angehörige, sie können auch ein Bindeglied zwischen ambulanter und stationärer Versorgung sein, wenn sie beispielsweise als sog. „heimverbundene Hausgemeinschaften“ unter dem organisatorischen Dach von stationären Einrichtungen realisiert werden.

Nur so lassen sich für die Pflegebedürftigen, Lebensaktivitäten realisieren, soziale Beziehungen und Bereiche sichern und gestalten und dabei existentielle Grundbedürfnisse im Prozess von Krankheit und Gesundung realisieren.

Im Kern geht es darum, den Willen des Pflegebedürftigen und seine Wünsche stärker als bislang zu respektieren und ihm dafür die notwendigen Freiräume zu verschaffen.

Meine sehr verehrten Damen und Herren,

in mehr als nur einer Studie wird belegt, dass Angehörige der Schlüssel zu den von ihnen betreuten und gepflegten Personen darstellen. Sie übernehmen nicht nur die hauswirtschaftliche Versorgung, sondern haben eine nicht durch professionelle Kräfte zu ersetzende Bedeutung in der emotionalen Unterstützung der zu Pflegenden. Ebenso ist belegt, welchen hohen Belastungen sowohl in körperlicher als auch emotionaler Hinsicht pflegende Angehörige ausgesetzt sind, besonders dann, wenn sie eine Person zu pflegen haben, die an Demenz erkrankt ist.

Bislang sind landesweit 11 Angebote nach der Landesverordnung nach § 45 b SGB XI anerkannt worden, die in Schwerin, Rostock, Neubrandenburg, Demmin, Barth, Dömitz, Neustrelitz, Parchim, Wismar, Grimmen und Pasewalk demenziell Erkrankte betreuen.

Mit der Landesverordnung zur Förderung niedrigschwelliger Betreuungsangebote und Modellvorhaben nach § 45 c SGB XI werden Möglichkeiten der Finanzierung derartiger Betreuungsangebote zur Unterstützung pflegender Angehöriger oder ehrenamtlich Tätiger geschaffen.

Ich hoffe sehr, dass mit dieser Verordnung für weitere Dienste ein Anreiz gegeben ist, sich diesen speziellen Aufgaben zu widmen und weitere an der ehrenamtlichen Tätigkeit interessierte Menschen zu gewinnen, zu befähigen und zu begleiten.

Es wird zu prüfen sein, inwieweit sich durch diese Angebote und durch Modellvorhaben dieses Engagement entwickeln lässt und als Chance verstanden wird, neue Wege im ambulanten Bereich zu beschreiten.

Ich verweise insofern auf meine Ausführungen zu der nach § 3 des Landespflegegesetzes getroffenen Vereinbarung zur Verbesserung des Zusammenwirkens von Pflegeeinrichtungen, Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen.

Ich erwarte, dass dadurch das angestrebte Ziel, den unmittelbaren Übergang von Krankenhaus- oder Rehabilitationsbehandlung unter Wahrung der Wahlfreiheit des Pflegebedürftigen zur notwendigen Pflege sicherzustellen, auch tatsächlich in der Praxis umgesetzt wird.

Hier gibt es gute Beispiele einzelner Träger im Land. Wenn diese Zusammenarbeit - und das ist einfach erforderlich - nicht nur innerhalb der Strukturen eines Trägers funktioniert, sondern trägerübergreifend durchgesetzt wird, sind wir in Mecklenburg-Vorpommern ein ganzes Stück vorangekommen.

Meine sehr geehrten Damen und Herren,

ich möchte hier meine Ausführungen zunächst beenden, falls Sie noch die eine oder andere Frage haben, stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung.

# Frauenspezifische Aspekte der Pflege aus der Sicht der Betroffenen

Dr. Sigrid Arnade,  
JoB-Medienbüro Berlin

## 1. Eigene Vorstellung

## 2. Leben mit Hilfebedarf

### Begrifflichkeiten

- jede/r braucht Hilfe
- kranke, behinderte, alte Menschen brauchen oft mehr Hilfe
- traditionell heißt es Pflege
- Assistenz = selbstbestimmte Lebensform

### Zahlen und Lebensformen

- Zuhause (ca. 70 %)
  - Hilfe durch Familienangehörige
  - Hilfe durch Pflegedienste
  - mit persönlicher Assistenz
- Heim (ca. 30 %)
  - davon 78 % Frauen
  - am wenigsten Selbstbestimmung
- andere
  - Servicehäuser
  - Wohngruppen



### **Leben mit persönlicher Assistenz**

- ArbeitgeberInnen-modell - Höchstmaß an Selbstbestimmung:
  - Personalkompetenz
  - Weisungskompetenz
  - Zeitkompetenz
  - Ortskompetenz
  - Finanzkompetenz



### **Leben Zuhause oder im Heim?**

- pflegebedürftige **Männer**
  - 79 % Zuhause
  - 21 % im Heim
- pflegebedürftige **Frauen**
  - 65 % Zuhause
  - 35 % im Heim

## 3. Gewalt in der Pflege

- vor allem in Heimen
- Stichworte
  - Dekubitus
  - Sondenernährung
  - Windeln statt Toilettengänge
  - Fixierungen
- MDS fand bei 17 % Pflegemängel

### **Frauenpflege**

- schützt die Würde der Betroffenen
- beugt sexueller Gewalt vor
- ist derzeit nicht immer durchsetzbar



### **Frauenpflege für alte Frauen**

- alte Frauen teils Kriegs-Vergewaltigung erlebt
- nie verarbeitet
- in Pflegesituation Retraumatisierung
- wird als Demenz oder Psychose gedeutet
- keine adäquate Therapie

### **4. Bescheidenheit und ihre Folgen**

- Frauen wollen keinem zur Last fallen
- Frauen gehen klaglos ins Heim und ertragen Missstände
- bei Legalisierung der Sterbehilfe werden sich alte Frauen vermutlich eher töten lassen

### **Bescheidenheit der Pflegenden**

- Pflegepersonen sind meist weiblich
- oft verzichten sie auf Berufstätigkeit, finanzielle Absicherung, Alterssicherung
- Professionelle arbeiten oft unterbezahlt und unter Selbstaussbeutung
- später sind die Frauen arm und krank

### **System funktioniert nur durch**

- die Bescheidenheit
- die Geduld und
- die Selbstaufgabe von Frauen

### **5. Handlungsbedarf**

- Geschlechtsdifferenzierte Daten
- Recht auf Frauenpflege
- Zivilcourage - Missstände anprangern
- Ende der Bescheidenheit

### **6. Schritte zur Veränderung**

- System vom Kopf auf die Füße stellen  
nicht Ehrenamtlichkeit stärken, sondern Frauen stärken!!
- Empowerment-Kurse für Mädchen und Frauen
- Gute Mädchen kommen in den Himmel, böse Mädchen kommen überall hin!



Dr. Sigrid Arnade

# Frauenspezifische Aspekte der Pflege aus der Sicht von pflegenden Angehörigen und professionell Pflegenden

Dipl. Päd. Bianca Röwekamp,  
Universität Bielefeld

## I Frauenspezifische Aspekte in der familialen Pflege

### 1. Diskurse im Feld der familialen Pflege

- **Modernisierungsdiskurs:**  
These des Zerbrechens familialer Pflege
- **Belastungsdiskurs:**  
Einseitige These der pflegenden Angehörigen als überlastete und überforderte Laien;  
Pflege als „Opfer“; Defizitperspektive
- **Therapeutisierungsdiskurs:**  
These der neurotisch verstrickten Angehörigen, die aufgrund eines nicht abgeschlossenen Ablösungsprozesses pflegen und daher therapeutischer Gespräche bedürfen
- **Feministischer Diskurs:**  
These der Übernahme familialer Pflege als „Falle“ für Frauen mit drohenden neuen Benachteiligungen

### Dilemmata aus den Diskursen...

Blickrichtung der Diskurse versus Lebenswelten und Lebensrealitäten pflegender Angehöriger:

Zerbrechen familialer Pflege... versus...**Hohe familiale Solidarität**

Pflege als Opfer und Überforderung... versus...**Pflege als Entwicklungsaufgabe**

Notwendigkeit therapeutischer Begleitung... versus...**Beraterische Angebote zur Integration der Pflege in den Alltag und die Lebensgeschichte**

Pflege als Falle... versus...**Förderung einer Generationen- und Geschlechtergerechtigkeit**

**Aber:** Aus den dominierenden Diskursen sind Unterstützungsangebote entwickelt worden, die oft nicht der Lebensrealität pflegender Angehörigen entsprechen.

Bsp.: Bildungsangebote, die dem Bild eines individualisierten Individuums mit Selbstverwirklichungswünschen entsprechen und stattdessen fürsorgliche Aufgaben weitestgehend ausklammern.

**Und:** Durch diese Diskurse entwickeln sich auch bestimmte Haltungen Professioneller pflegenden Angehörigen gegenüber.

Bsp.: Warnung vor der Übernahme einer Pflege statt einer verstärkten Begleitung und Beratung.

### 2. Fallbeispiel: Familie R.

- Frau R. pflegt ihre demente Mutter hauptsächlich allein
- Herr R. zieht sich aus der Pflege und letztlich auch aus der Familie und dem Alltag zurück
- Der ältere Bruder lehnt eine Unterstützung rigoros ab
- Der jüngere Bruder pflegt parallel den Vater, unterstützt von Frau R.
- Erste Tochter, 15 Jahre, Überverantwortlichkeit
- Zweite Tochter, 13 Jahre, Anorexie
- Sohn, 8 Jahre

### 3. Strukturelle Rahmenbedingungen familialer Pflege

#### **Geschlechtsspezifische Arbeitsteilung als Gestaltungsrahmen für familiale Pflege**

Das Modell der geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung hat nach wie vor eine Bedeutung, insbesondere bei der Übernahme fürsorglicher Aufgaben innerhalb der Familie und zwar insbesondere dann, wenn es um die Übernahme einer Pflege geht.

#### **Der Verdeckungs- und Entwertungszusammenhang der familialen Pflege – Pflege als Teil der gering geschätzten Reproduktionsarbeit**

Reproduktive Aufgaben (Hausarbeit, Beziehungsarbeit, Pflege etc.) sind wenig anerkannt.

#### **Das Dilemma: Ausweitung reproduktiver Verantwortungen bei gleichzeitiger Entgrenzung der Erwerbsarbeit – Vereinbarkeit von Pflege und Beruf?**

Durch den demografischen Wandel werden sich insbesondere fürsorgliche Aufgaben alten Eltern oder PartnerInnen gegenüber in den nächsten Jahrzehnten ausweiten (zu ihrer Übernahme besteht nach

wie vor eine hohe Bereitschaft). Parallel entgrenzt sich die Erwerbsarbeit, die in ihren Strukturen denen reproduktiver Aufgaben nicht entspricht, so dass die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege erschwert wird.

### **Gibt es Lösungen?**

Stärkung von Verantwortungsbiografien mit Förderung von Geschlechter- und Generationengerechtigkeit (Gröning)

- Die Sorge für andere muss allgemein-gesellschaftliche Priorität bekommen und darf nicht geschlechtsspezifisch verteilt sein (Beck-Gernsheim)
- Veränderung des Verhältnisses von Reproduktions- und Erwerbsarbeit (Meier)

Berücksichtigung unterschiedlicher Ebenen für das Finden von Lösungen:

- Gesellschaftlich-normative Ebene z.B. Gesetzgebung
- Institutionelle Ebene z.B. Vereinbarkeit Beruf - Pflege, Beratung/ Bildung
- Familiäre und individuelle Ebene z.B. Aushandlungsprozesse zur Förderung der Pflege als „familiales Projekt“

### **4. Die Frage der Motivation: Pflicht oder Neigung?**

Verschiedene Motivationsansätze tauchen hier in der Forschung auf:

- Pflege aus Gründen der Abstammungslinie und des Erbes
- Pflege aus Gründen der Ehre und des Anstandes
- Pflege aus Gründen der Loyalität und Bindung

### **5. Familiendynamische Prozesse: Was passiert in Familien?**

#### **1) Geschlechtsspezifik**

- Die überragende Mehrheit der pflegenden Angehörigen sind Frauen (ca. 80%)
- Zumeist pflegen Ehefrauen (20%), Töchter (23%) bzw. Schwiegertöchter (10%) (BMFSFJ 2002)

#### **2) Pflegedual**

eine auf zwei Personen reduzierte Pflegekonstellation vs. Triangulation (Pflegedreieck)

#### **3) Spaltung**

Während sich für die meist weibliche Pflegeperson die Pflege oft entgrenzt, bleibt sie für den Rest der Familie begrenzt. An dieser Stelle spaltet sich die Familie.

#### **4) Totalisierung der Lebenswelt der Pflegeperson**

Totalisierungen entstehen u.a. durch drei verschiedene Aspekte:

- Delegation der Pflege an nur eine Person, Erwartungen der restlichen Familienmitglieder
- Isolationstendenzen durch fehlende Kommunikation
- physischer und psychischer Verfall der pflegebedürftigen Person (Abschied)

#### **5) Regressionen**

Zurückfallen auf frühere Stufen der Abwehr von Angst und Schamgefühlen

#### **6) Double-Binds**

Widersprüchliche Botschaften, in denen Ambivalenz zwischen Nähe und Distanz deutlich wird

#### **7) Sündenbock**

Der pflegebedürftige Mensch wird zum 'Sündenbock' für innerfamiliäre Ereignisse oder individuelle Entwicklungen

### **Institutionalisierung oder Enttotalisierung?**

Lösungen für Belastungen in der Pflege werden häufig in der Institutionalisierung der Versorgung gesucht.

Aber: Pflegenden Angehörigen wollen nicht unbedingt Institutionalisierung, sondern Enttotalisierung der Pflege.

Notwendig wird hier also ein Perspektivenwechsel in der professionellen Haltung pflegenden Angehörigen gegenüber: Familiäre Altenfürsorge darf nicht von vornherein als „Opfer“ gesehen werden, an der Angehörige unweigerlich verzweifeln, sondern als Entwicklungsaufgabe im Sinne der Entwicklung von Generativität (Erikson), die von professioneller Seite aus durch Bildungs- und Beratungsangebote begleitet werden muss.

## 6. Perspektivenwechsel: Die Übernahme einer familialen Pflege als Entwicklungsaufgabe

Die Übernahme einer familialen Pflege darf nicht zwangsläufig als Stagnationsphase verstanden werden, im Gegenteil: Die Sorge für ein erkranktes Familienmitglied kann auch eine Phase der Entwicklung und der neuen Lernerfahrungen sein, die als durchaus sinnhafte Lebensphase erlebt und in die eigene Lebens- und Familiengeschichte integriert werden kann.

Fürsorge als persönlicher Entwicklungsprozess: Erik Erikson → **Generativität**

Die Entwicklung filialer Reife: Margaret Blenkner → **Filiale Reife**

Pflege als Phase im Familienzyklus: Michael Buchholz → **Triangulation/ Souveränität**

Ziel ist die Verbindung von:

**Fürsorglichkeit – Gerechtigkeit – Selbstsorge – Anerkennung.**

um familiale Altenfürsorge gelungen in den Alltag sowie in die familiale und persönliche Biografie integrieren zu können. Dafür sind Beratungs- und Bildungsangebote allerdings unerlässlich.

Daneben müssen auch gesellschaftliche und institutionelle Rahmenbedingungen reflektiert und weiterentwickelt werden.

## II Frauenspezifische Aspekte in der professionellen Pflege

- Dunkel (1994): ca. 88% aller Pflegekräfte sind Frauen: **Geschlecht als Hauptmerkmal**
- Beck-Gernsheim/ Ostner (1979):  
Pflege als **haushaltsnaher Beruf** mit scheinbar „**Jedermanns(frauen)qualifikationen**“, die Frauen in ihrer Sozialisation erwerben  
Da diese Fähigkeiten scheinbar von vornherein vorhanden sind, ist dementsprechend nicht von professionellen Kompetenzen zu sprechen: **Pflege als vorprofessioneller Beruf**
- Dunkel (1994): Gesellschaftliche Definition der Pflege durch Geschlechterstereotypen geprägt
- Entwicklungslinien in der Pflege: **Professionalisierungsbestrebungen** und stärkere Technologisierung/ Rationalisierung → Pflege wird zum Experten mit eigenem Wissen und bekommt mehr Anerkennung
- **Nachteil:**  
Pflegernde entfernen sich damit stärker von PatientInnen, so Beck-Gernsheim/ Ostner
- **Aber:**  
Gerade Pflegernde müssten die PatientInnen in ihrer Ganzheitlichkeit und mit ihren naturgebundenen Bedürfnissen im Blick behalten; diese naturgebundenen Bedürfnisse entsprechen allerdings wieder haushaltsnahen Strukturen (demgegenüber entsprechen berufliche Strukturen einer Naturbeherrschung)

### Dilemma für Pflege:

PatientInnen im Fokus (naturgebundene Bedürfnisse, haushaltsnahe Strukturen)

...versus...

Professionalisierung (Naturbeherrschung, PatientInnen weniger im Blick)

- Professionelle Pflege steht somit ständig in einem Spannungsfeld, das Dunkel zufolge auch nicht völlig auflösbar ist. Es handele sich hierbei um einen Grundkonflikt, der durch verstärkte Professionalisierung nicht zu lösen sei, da Pflege immer eine reproduktive Aufgabe bliebe.

## III Gemeinsamkeiten und Unterschiede frauenspezifischer Aspekte in der familialen und professionellen Pflege

### Gemeinsamkeiten:

- Patriarchale Gesellschaftsstruktur
- Maßgaben durch das Pflegeversicherungsgesetz
- Geschlecht als Merkmal
- Bezugsrahmen: Reproduktionsbereich
- fürsorgliche Aufgaben mit naturgebundenen Bedürfnissen
- Mangelnde Anerkennung
- Mangelnde Gerechtigkeit
- Schuldgefühle, nicht genug getan zu haben

**Unterschiede:**

- Professionelle Pflege = Berufsarbeit (gesetzlich geschützt, Lohn)
- Motivationen
- Professionelle Pflege - Distanz zum Beruf
- Familiäre Pflege - Familiendynamische Prozesse

Der vollständige Wortlaut des Vortrags kann als Redemanuskript im Internet heruntergeladen werden unter:

[http://www.frauenbildungsnetz.de/gaf/Download\\_gaf.htm](http://www.frauenbildungsnetz.de/gaf/Download_gaf.htm)



Dipl. Päd. Bianca Röwekamp

## Vereinbarkeit von Pflege, Beruf und Familie

Vorbereitet und durchgeführt von: Astrid Thater, Eva Kraschewski, Margret Zimmermann, Regina Knop

Frauen stellen den größten Anteil der pflegenden Angehörigen. Obwohl sie dabei z.T. weder beruflich, sozial noch finanziell abgesichert sind, erfüllen sie eine familiäre und gesellschaftliche Grundaufgabe, indem sie sich um pflegebedürftige Familienmitglieder kümmern. Fragen dazu sind: welche Unterstützung bräuchten sie? Und: wie ist es Männern möglich, sich mehr in der häuslichen Pflege zu engagieren?

### Thesen

Wenn von familiärer oder häusliche Pflege die Rede ist, ist fast immer davon auszugehen, dass diese Pflege von Frauen – Ehefrauen, Töchter und Schwiegertöchter – allein geleistet wird. Ist die häusliche Pflege also gar keine Angelegenheit der solidarischen Familie, sondern einzelner Frauen?

Aus: In guten wie in schlechten Tagen – Konfliktfelder in der häuslichen Pflege  
Katharina Gröning, Anne Christin Kunstmann, Elisabeth Rensing

1. Häusliche Pflege ist weiblich: 73% - 79% der Pflegenden sind Ehefrauen, Lebenspartnerinnen, Töchter, Schwiegertöchter und Enkelinnen. (Quelle: [www.landtag.nrw.de](http://www.landtag.nrw.de))
  - a) Deshalb muss, die Position der Pflegenden im Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI) verankert werden.
  - b) Pflegenden müssen eine materielle Vergütung für ihre geleistete Arbeit erfahren.
  - c) Die Wiedereingliederung in den Beruf nach der "Pflegeauszeit" ist sicher zu stellen. (ähnlich dem Modell der Elternzeit)
  - d) Ein Überleitungsmanagement unterstützt Pflegenden in der Anfangszeit ihre neue Aufgabe zu bewältigen. (ähnlich der Betreuung von Wöchnerinnen nach der Geburt)
2. Die Gesellschaft setzt voraus, dass Frauen pflegen können und Frauen glauben, dass sie pflegen können. Deshalb brauchen Frauen:
  - a) eine kostenfreie kontinuierliche Weiterbildung zum Aufbau und zur Vervollkommnung von Pflegekompetenzen.
  - b) in der Pflege kompetente und erfahrene Ansprechpartner und Unterstützer. (Schaffen von "Gemeindeschwester" Stellen) Die WHO hat angeregt Stellen für Gesundheitsschwester (Family Health Nurse) zu schaffen. Schweden: "Distrikt Schwester"; Niederlande: "Öffentliche Gesundheitsschwester"; Rügen: "Modellprojekt Gemeindeschwester Agnes"
  - c) Entlastungszeiten, um ihre psychischen und physischen Akkus wieder aufladen zu können.
3. Die Pflegebereitschaft von Männer und Frauen muss erhöht werden, durch
  - a) die gesellschaftliche Aufwertung von familiärer Pflegetätigkeit.
  - b) das Schaffen von materiellen Anreizen für die häusliche Pflege.

### Arbeitsergebnisse

Im Wesentlichen ist das Thesenpapier bestätigt worden:

Zusätzlich ist noch die psychische Belastbarkeit von Frauen besprochen worden: Frauen trauen sich einerseits zu viel zu und suchen zu spät nach Hilfe. Da ist der Wunsch nach aufsuchender Hilfe ausgesprochen worden.

Bündelung von Beratungen umfassender Art- die an einem neutralen Ort (nicht Sozialamt) stattfindet. Pflegenden brauchen Unterstützung: professionelle; materielle; emotionale.



AG Vereinbarkeit von Pflege, Beruf und Familie



Regina Knop, AG Vereinbarkeit von Pflege, Beruf und Familie

## **Pflege und Armut**

Vorbereitet und durchgeführt von: Renate Hill, Angelika Baumann, und die LAG  
"Frauen und Armut" MV

Rechtliche Möglichkeiten und die tatsächliche Gewährleistung von Pflegeleistungen klaffen in der Praxis bei sozial benachteiligten Frauen und Männern oft weit auseinander. Insbesondere treten Benachteiligungen in der Prävention und medizinischen Versorgung auf, die Frauen aufgrund ihrer geringeren finanziellen Ressourcen und spezifischen Belastungssituation besonders schwer treffen. Auf Information und Beratung in Sachen Pflege sind Menschen mit geringem Einkommen in besonderer Weise angewiesen.

### **Thesen**

abgestimmt auf Beratung 29.6.06

Die Finanzierung der Pflege in Deutschland ist mit folgendem sich verschärfenden Widerspruch konfrontiert:

Einerseits stagnieren bzw. sinken die Realeinkommen der Bürgerinnen und Bürger durch Niedrigverdienste, anhaltend hohe Langzeitarbeitslosigkeit und mittelfristig sinkenden Renten sowie zunehmenden (Steuer)-belastungen. Andererseits haben die Menschen die größte Kürzung von Sozialleistungen seit 1949 zu verkraften und müssen zunehmend immer mehr Anteile ihrer Gesundheits- und Pflegekosten selbst übernehmen.

Dies trifft insbesondere die Bewohner und –innen aus M-V, die über das geringste Pro-Kopf-Einkommen aller Bundesländer verfügen und wirkt sich in besonderem Maße auf Frauen aus, die überrepräsentativ unterdurchschnittliche Einkommen haben. Die Spielräume, sich private Dienstleistungen infolge Hilfs- und Pflegebedürftigkeit einzukaufen, werden zunehmend geringer. Die Belastung für das Gemeinwesen, medizinisch notwendige Pflege zu finanzieren wird größer. Schon heute ist die Prävention und Rehabilitation für arme Menschen nur unzureichend sicher gestellt. Dies hat Folgen insbesondere für Frauen, die zwar häufig selbst Pflegenden sind, aber keine Absicherung und Hilfe durch Familienangehörige haben, falls sie selbst Pflegefall werden. Eine Zweiklassenmedizin ist in der Pflege schon heute sichtbar. Sie wird sich bei Fortschreitung der o.g. Entwicklung verschärfen.

Folgende Thesen beschreiben die gegenwärtige Situation:

1. Vom Gesetz her können alle Menschen einen Anspruch auf Pflege geltend machen unabhängig von ihrer finanziellen Situation.  
Jedoch sind zunehmend eine unterschiedliche Bewilligungspraxis sowie Qualitätsunterschiede in der Pflege festzustellen. Das medizinisch Notwendige reicht oft nicht aus, um ein menschenwürdiges Leben zu führen.
2. Die Benachteiligung von Menschen mit geringen finanziellen Ressourcen zeigt sich insbesondere in:
  - der Stigmatisierung von sozial benachteiligten Menschen im Gesundheitswesen und bei Behörden
  - der Bürokratisierung im Zugang zu gesetzlichen Leistungen
  - der Inanspruchnahme von Leistungen, die private Zusatzkosten verursachen
3. Das Risiko, Pflegefall zu werden, ist bei Menschen mit geringem finanziellem Einkommen höher bzw. tritt früher auf aus folgenden Gründen:
  - keine Ressourcen für Prävention
  - schlechtere Wohnbedingungen
  - ungesunde, einseitige Ernährung
  - häufiger chronische Erkrankungen
  - häufiger Suchtverhalten
4. Ausgrenzungen im Gesundheitssystem ergeben sich durch nicht rechtzeitige Inanspruchnahme von ärztlicher Hilfe und notwendiger Medikation bei sozial benachteiligten Personen durch:
  - die Praxisgebühr

- die Zuzahlung zu Medikamenten, bzw. nichtverschreibungspflichtige Medikamenten und Behandlungen
  - das Fehlen von Diagnose und Nichtbehandlung insbesondere von psychischen und orthopädischen Erkrankungen
5. Als frauenspezifische Risikofaktoren können ausgemacht werden:
- Überbelastungen von Müttern infolge von Kindererziehung und Pflege
  - Fehlende Absicherung von pflegenden Frauen
  - Fallpauschale bei Krankenhausbehandlungen, die die familiäre Situation und Belastung nicht berücksichtigt.
6. In Sachen Pflege sind in M-V für Pflegende und Gepflegte sowie deren Angehörige deutliche Informations- und Beratungsdefizite zu verzeichnen. So wird das gesetzlich Zustehende - insbesondere von sozial Schwachen - oft nicht eingefordert und verschlimmert die Situation Betroffener.
- Die Finanzierung von Sozial- und Hilfsangeboten, auf die insbesondere Menschen mit geringen Einkommen und erhöhtem Hilfsbedarf angewiesen sind, ist ungesichert und unzureichend. Der Übergang von der Klinikbehandlung in die Pflege der häuslichen Umgebung bzw. in eine stationäre Pflegeeinrichtung funktioniert oft nicht. Dies erweist sich insbesondere bei Alleinstehenden, finanziell schlecht gestellten Betroffenen als ein großes Problem.

## Arbeitsergebnisse

Als Ergänzung zur Situationsbeschreibung des Zusammenhanges Pflege und Armut aus geschlechtsspezifischer Sicht, - so wie sie im Thesenpapier wiedergegeben wurde -, kamen von den Teilnehmern und Teilnehmerinnen der AG noch folgende Beobachtungen dazu:

- geringe finanzielle Reserven insbesondere der Rentnerinnen in Ostdeutschland
- niedrigere Renten für OstrentnerInnen infolge des Nichtanpassens des Rentenwertes in Ost und West auf einen längeren Zeitraum
- notwendiger Auszug aus Heimeinrichtungen bzw. Wohnungen wegen unzureichender Grundsicherung
- hohen Kosten in Pflegeeinrichtungen wegen der Investitionszulage in Alten- und Pflegeheimen

Die Teilnehmer und Teilnehmerinnen der AG diskutierten auf der Grundlage o.g. Situationsbeschreibung die Fragestellungen, wie müssen sich die Rahmenbedingungen für eine menschenwürdige Pflege auch für sozial benachteiligte Menschen verändern und was können wir in unseren Verantwortungsbereichen selbst tun, um bessere Bedingungen für die Pflege zu schaffen.

Zu folgenden Ergebnissen kam die Diskussion:

- a) Rahmenbedingungen:
- Mehr Geld in das Pflegesystem investieren
  - Umschichtung der Gelder im System zu Gunsten sozial Benachteiligter
  - Reformierung des Kassensystems
  - Finanzielle Grundlagen dafür erhalten, dass gute Projekte zur Beratung und Unterstützung für Pflegende und Gepflegte dauerhaft erhalten bleiben und Absicherung der Professionalität der Beratung
  - Ehrenamt kann nur ergänzend Pflege unterstützen – kein Sparmodell, um professionelle Pflege zu ersetzen
  - Ethische Werte stärker in Schulbildung vermitteln
  - Mehr und bessere Angebote für Tagespflege schaffen
  - Prävention zur Vorbeugung von Pflegebedürftigkeit stärken – Präventionsberater ausbilden
  - Kein Recht auf Verwahrlosung
- b) eigenes Engagement:
- Trägereigene Angebote überprüfen – gesundheitsfördernde Angebote anbieten und stärker individuelle und ganzheitliche sowie nachhaltig wirkende Angebote entwickeln
  - Stärker in Netzwerken arbeiten – alle Systeme (Auch Arbeitsagenturen, VAS etc) einbeziehen

- MDK für die wirklichen Probleme der Betroffenen sensibilisieren
- Betroffene stärken, sich nicht alles gefallen zu lassen, und berechnete Forderungen stellen, Widerspruchsgeist wecken
- Stärker moderne Medien zur Informationsübertragung und Vernetzung nutzen



AG Pflege und Armut

## **Frauenbild und Menschenwürde**

### **Pflege und Selbstbestimmung / Selbstbestimmung in der Pflege**

Vorbereitet und durchgeführt von: Ingrid Weiß, Gundula Moldenhauer, Jana Bürger, Sigrid Bruhn

Selbst bestimmt zu leben, ist ein wichtiger Faktor zum Wohlbefinden. Wie kann dies, Pflegebedürftigen ermöglicht werden? Welche Entscheidungen stehen schon vor dem Eintreten der eigenen Pflegebedürftigkeit an? Und wie gehen wir mit Erwartungen und tradierten Rollenbildern um, wenn Angehörige pflegebedürftig werden? Unser Anliegen ist es, das Thema „Selbstbestimmung und Pflege“ in den drei Teilbereichen pflegende Angehörige, professionell Pflegende und Gepflegte unter dem Genderaspekt zu betrachten.

## **Thesen**

### **1. Pflegende Angehörige**

Die Pflege von Angehörigen und die Pflege als Beruf werden im gesellschaftlich tradierten Rollenverständnis mehrheitlich der Frau zugeordnet und dementsprechend gesellschaftlich gering anerkannt. Traditionelle Rollenbilder schaffen Erwartungen und starre Grenzen, ohne die Bedürfnisse der Einzelnen zu berücksichtigen.

Die Pflege von pflegebedürftigen Angehörigen wird größtenteils von Frauen übernommen. Dafür gibt es verschiedene Gründe. Vielfach fühlen sich Frauen aber auch in diese Rolle gedrängt, es wird von ihnen althergebracht erwartet, die Pflegearbeit zu übernehmen. Arbeitslosigkeit oder die höhere Bezahlung des Partners sind u.U. ebenfalls Gründe dafür, dass Frau gegen ihren Willen die Aufgabe übernimmt. (s.a. AG Vereinbarkeit Beruf und Familie).

Selbstbestimmung bedeutet, dass Frauen die traditionell konditionierten Rollenbilder hinterfragen können und sich selbst für ihre Rolle, die sie einnehmen wollen, entscheiden. Das heißt auch, dass die Gesellschaft akzeptiert, dass verschiedene Frauenbilder/Lebensentwürfe gleichberechtigt und unbewertet nebeneinander gelebt werden können und dieses die Gesellschaft nachhaltig verändert. Dann kann Pflegearbeit als Angehörige oder im professionellen Bereich nicht automatisch Frauen zugeordnet werden.

#### **Wünsche:**

- alte Rollenbilder hinterfragen, Alternativen zeigen
- Akzeptanz verschiedener Lebensentwürfe stärken
- Voraussetzungen schaffen: Gleichberechtigung der Frauen stärken (Finanzen, Beruf)
- Männer zur Pflege Angehöriger einbeziehen
- Unterstützungsstrukturen stärken und fördern

### **2. Frauen in der professionellen Pflege**

Auch als professionelles Pflegepersonal sind Frauen in der Mehrzahl. Daher gilt der Beruf der professionell Pflegenden sowie der Altenpflege als Frauenberuf. Er besitzt keine hohe gesellschaftliche Anerkennung und wird dementsprechend nach wie vor schlechter bezahlt als technische Berufe. Auf Grund der hohen psychosomatischen und körperlichen Belastung geht der Pflegeberuf vielfach mit Gesundheitsverlust einher. Hier muss eine Aufwertung des Berufsstandes und ein Ausbau der betrieblichen Gesundheitsförderung als Grundbestandteil der Institutionen erfolgen, um auf die zu erwartenden demografischen Veränderungen entsprechend reagieren zu können.

#### **Wünsche:**

- Aufwertung von Pflegeberufen
- Stärkung der Gesundheit professionell Pflegenden

### **3. Frauen als Pflegebedürftige**

Die Pflegecharta ist für die Perspektive der Gepflegten unsere Grundlage des Thesenpapiers. Der Genderaspekt ist in diesem nicht ausdrücklich benannt.

Im hohen und Hochalter sind Frauen auf Grund ihrer langen Lebenserwartung am längsten und häufigsten auf die Pflege in einer stationären Pflegeeinrichtung oder auf professionelle Hilfe angewiesen. Gleichzeitig verfügen sie im Gegensatz zu den Männern über viel kleinere Budgets, zu

großem Teil infolge der geleisteten und von der Gesellschaft nicht ausreichend honorierten Familienarbeit. Auf Grund der geringeren Mittel können viele Frauen nicht die Einrichtung selbst wählen, (sondern sind auf Pflegeheime mit geringeren Sätzen angewiesen, die in Verträgen mit Sozialämtern stehen).

Es sind deshalb alle Anstrengungen darauf zu richten, dass sie trotzdem in Würde leben und sterben können. Das Pflegepersonal (im stationären oder häuslichen Umfeld) sollte Möglichkeiten der Selbstbestimmung bieten, wahrnehmen und respektieren. Auch die Wahrung der Privatsphäre gehört zu den Rechten, die die Würde der Gepflegten sichern. Dafür wird auch mehr Pflege-Zeit gebraucht. Sensibilisierung des Pflegepersonals ist notwendig.

Darüber hinaus halten wir es für notwendig, dass sich alle schon in Zeiten guter Gesundheit informieren und entscheiden, wie sie sich den Fall der Pflegebedürftigkeit vorstellen. Dazu gehört auch, mit Angehörigen abzuklären, ob eine Pflege durch sie in Betracht kommt, bzw. welche anderen Modelle bevorzugt werden. Mit offenem Gespräch und einer rechtzeitigen Entscheidung wird auch die Situation für Angehörige (s.o., Erwartungen und Rollenbilder bei Pflegebedürftigkeit) entlastet.

#### **Wünsche:**

Gleichberechtigung von Frauen stärken (Finanzen, Anerkennung von Familienarbeit)

Pflegepersonal für Selbstbestimmung Pflegebedürftiger sensibilisieren

Frühzeitige Auseinandersetzung mit dem Thema der eigenen Pflegebedürftigkeit fördern

#### **Ergebnis**

Im Ergebnis der Betrachtung der Genderaspekte im Bereich Pflege in den genannten drei Teilbereichen sind weit reichende gesellschaftliche Veränderungen hinsichtlich der Rahmenbedingungen, in denen Frauen leben, und ein Veränderungsprozess im Rollenverständnis der Männer, sowie weit reichende gesellschaftliche Umbauprozesse nicht nur im Pflegebereich erforderlich.

#### **Arbeitsergebnisse**

Teilnehmerinnen aus praktischer Pflege, Wohlfahrtsverbänden, Politik, aber fast alle auch mit persönlichem Hintergrund, Pflegesituationen zu organisieren oder Pflege zu übernehmen.

#### **Themenfelder, die in der Arbeitsgruppe angesprochen wurden:**

##### **Pflege Angehöriger/ Pflege durch Angehörige**

- eigene Bedürfnisse kennen
- eigene Bedürfnisse artikulieren
- sagen, was wir nicht wollen
  
- rechtzeitig nachdenken
- selbst gestalten
- Absprachen in der Familie
- Entscheidung auf Grund einer gesunden Basis treffen
- Entscheidungsfindung unterstützen können
- Perspektiven neben der Pflege haben
  
- Schuldgefühle
- bei Entscheidung gegen das gesellschaftlich geprägte Rollenbild nicht bewerten
- Akzeptanz individueller Lebensentwürfe

##### **Frauenrollen, Menschenwürde**

- Praxisrelevanz dieser Begriffe nach dem Aufschreiben in der Charta?
- Umsetzung von solchen Ansprüchen in der Praxis?
- Geld
- Gespräch über Biografien
- über Rollenbilder nachdenken
- geschlechtsspezifischer Unterricht
- nachdenken über das Frauenbild
- Achtung vor Fähigkeiten von Frauen

## Bedürfnisse Gepflegter

Für Pflegende gilt: Teilhabe, Intimität und Selbstbestimmung gewährleisten  
Zärtlichkeitsbedarf zugestehen

Für Gepflegte gilt: Teilhabe, Intimität und Selbstbestimmung einfordern  
Zärtlichkeitsbedürfnis haben dürfen  
In Würde gepflegt werden unabhängig vom Geldbeutel  
Grunddinge für eine würdevolle Pflege sich leisten können.

### 3 Wünsche:

- Zugang zu den Informationen rund um das Thema Pflege erleichtern
- Unterstützungsstrukturen für Angehörige und Gepflegte verbessern, um die Häuslichkeit so lange wie möglich erhalten zu können.
- nachdenken, über das Frauenbild verbunden mit Reflexion und Infragestellen des gegenwärtigen gesellschaftlichen Rollenbildes für Frauen und Männer"



AG Frauenbild und Menschenwürde



AG Frauenbild und Menschenwürde

## Pflege und Gewalt

Vorbereitet und durchgeführt von: Isabell Kamberg, Andrea Zielske, Almuth Richter, Mona Morgentau

Gewalt als Grenzüberschreitung ist eine Reaktion auf persönliche Erfahrungen, Überforderung, mangelnde Unterstützung, Schuldzuweisungen usw. In der AG sollen Ansatzpunkte zu Prävention und Intervention erarbeitet werden, die es Frauen in der Pflege ermöglichen, sich mit Grenzüberschreitungen auseinanderzusetzen. Wo sind meine Grenzen und wie gehe ich mit den Grenzen der anderen um?

### Thesen

#### Die Gewalt

Die Gewalt fängt nicht an, wenn einer einen erwürgt.

Sie fängt an, wenn einer sagt: "Ich liebe dich: Du gehörst zu mir."

Die Gewalt fängt nicht an, wenn Kranke getötet werden.

Sie fängt an, wenn einer sagt: "Du bist krank. Du musst tun, was ich sage."

Erich Fried (1985)

#### **Definition:**

Gewalt ist eine Handlung, ein Nicht – Handeln oder eine Drohung, die grundlegende menschliche Bedürfnisse wie Wohlbefinden, Überleben, persönliche Identität und Freiheit beeinträchtigt, einschränkt oder deren Befriedigung verhindert.

#### **Diskussionsthese:**

- „Im menschlichen Zusammenleben kommt es zu Konflikten. Eine Pflegesituation ist durch ein starkes Gefälle von Macht und Ohnmacht bzw. Hilflosigkeit geprägt. Dies begünstigt im Konfliktfall den Einsatz von Gewalt.
- Hinter jeder Form von Gewalt steht eine Art zu denken, die die Ursache eines Konfliktes dem Fehlverhalten des Gegenübers zuschreibt.
- Jede Frau erlebt in unserer Gesellschaft Gewalt.
- Kenntnisse über biographische Hintergründe der alten Frauen und Fachwissen darüber das hinter bestimmten Verhaltensweisen auch ein Posttraumatisches Belastungssyndrom oder Demenz stehen können, beeinflussen die Gefühle und damit die Handlungsstrategien der Pflegenden.
- Jeder Mensch ist verantwortlich für seine Gedanken, Gefühle und Handlungen.

## Arbeitsergebnisse

#### Ablauf:

1. Diskussion der Definition von Gewalt, unterschiedlichen Ansätze und Blickwinkel, je nachdem aus welcher Perspektive geschaut wird
2. Diskussion des hohen Einflusses der strukturellen Ebene auf Entstehung von Gewalt
3. angeregte Diskussion der Situation in der Pflege
4. Zusammenfassung und Lösungsfindung

#### Ursachen/ Probleme, die zur Entstehung von Gewalt führen:

##### **strukturelle Rahmenbedingungen**

- Zeitfaktor: eng bemessene Zeitpläne zur Verrichtung der Pflege
- Qualifikation des Personals:

- Ausbildung mit unterschiedlicher Schwerpunktsetzungen nach Spezialisierung der Fachschule
- unzureichende Qualifizierung, den sich verändernden hohen Anforderungen nicht angemessen
- Fachkräftemangel
  - Einstellungspolitik des Einrichtung, oder gesetzliche Vorgaben
  - ungleiches Verhältnis zwischen Bedarf und zur Verfügung stehenden Fachkräften
- Reglementierung/ Dokumentation
  - einerseits zu viel Bürokratie, nimmt zu viele Platz und Zeit ein, die auf die Pflege verwendet werden sollte
  - andererseits wird im Alltag der Heterogenität der zu Pflegenden und der sich daraus ergebenden Bedürfnislagen, z.B. Frauen und Männer oder Hochaltrige, älteren Menschen, Pflegebedürftigen aus Krankheitsgründen (nach Herzinfarkt), zu wenig Beachtung geschenkt
- Öffentlichmachung von Missständen
  - aus Angst vor Konsequenzen, sowohl für die Person, als auch für die einzelne Einrichtung z.B. es werden auch Leistungen dokumentiert die aus Zeitgründen nicht leistbar sind, da ansonsten die Zahlungen ausbleiben
- Pflege als wirtschaftliches System, alles wird nach dem Gesichtspunkt der Wirtschaftlichkeit bemessen, die Pflege und ihre Personen sind dabei zweitrangig
- Gesellschaftsbild von Alter, alten Menschen und Pflege

#### **persönliche Ebene**

- Mangel an Unterstützungsmöglichkeiten für Angehörige und Pflegepersonal (Supervision, Konfliktmanagement), sowohl in der Ausbildung als auch während der Tätigkeit

#### **Lösungsansätze:**

##### **strukturelle Ebene**

- Veröffentlichung von Missständen
  - mit Hilfe von Zahlen, Daten, Fakten
  - durch Betroffene aus der Pflege (Personal, Angehörige, zu Pflegende)
- Anpassung der Ausbildung
  - Berücksichtigung der Ausbildung sozialer Kompetenzen, Konfliktlösetechniken, Reflexion des eigenen Handelns, der eigenen Sprache
- Veränderung des gesellschaftlichen Bildes von Alter, alten Menschen -> Enttabuisierung von Krankheit, Alter und Tod
- Entbürokratisierung
- Schaffen einer Arbeitsatmosphäre, die Raum für Diskussionen, Hilfestellungen, ansprechen von Missständen lässt
- Unterstützung des Pflegepersonals
  - Qualifizierung / Weiterbildung
  - Schulungen der sozialen Kompetenzen
  - Supervision, Mediation

#### **Quellen:**

„Gewaltfreie Kommunikation – Eine Sprache des Lebens“, Marshall, B.; Rosenberg  
 „Abgezockt und totgepflegt - Alltag in Deutschen Pflegeheimen.“ Markus Breitscheidel, Econ Verlag  
 „Schöne Aussichten fürs Alter Dorette Deutsch“, Piper Verlag 2006  
 „Die Beanspruchungssituation in der Pflege.“ Pflege aktuell 5/2000, S. 272-275  
<http://www.hsm-bonn.de/>



AG Pflege und Gewalt



Isabell Kamberg, AG Pflege und Gewalt

## Zusammenfassung und Ausblick

Dr. Angelika Baumann , Landesvereinigung Gesundheitsförderung MV  
Dr. Gundula Moldenhauer, Landesfrauenrat MV

Der Gemeinsame Arbeitskreis Frauengesundheit (GAF) hatte sich zwei Jahre lang im Vorfeld der Konferenz intensiv mit der Frauenspezifik in der Pflege befasst und konnte sich in dieser Zeit insbesondere in den Problemfeldern Pflege und Armut, Gewalt in der Pflege, Vereinbarkeit von Pflege und Beruf sowie dem Frauenbild in der Pflege profilieren.

So ist ein Konferenzprogramm entstanden, in dem durch die ganz unterschiedlichen frauenspezifischen Sichtweisen der Vortragenden das Thema Pflege beleuchtet werden sollte und möglich geworden, dass Mitglieder des GAF gerade zu ihren Themen die vier Arbeitsgruppen der Konferenz inhaltlich vorbereitet und moderiert haben.

Auch die Organisation der 5. Landeskonferenz für Frauengesundheit ist mit viel Engagement in die Hand genommen worden.

Die 5. Landeskonferenz für Frauengesundheit „Pflege ist weiblich“ hat zugleich medienwirksam sowie durch die brisanten Inhalte der Beiträge und Arbeitsgruppenergebnisse deutlich gezeigt, dass eine geschlechtsspezifische Betrachtung des Themas künftig unerlässlich sein wird.

Allen Aussagen ist gemeinsam, dass im Ergebnis der Betrachtung der Genderaspekt im Bereich Pflege weit reichende gesellschaftliche Umbauprozesse hinsichtlich der Rahmenbedingungen, in denen alle Beteiligten wirken, aber auch Veränderungsprozesse im gesellschaftlichen Rollenverständnis der Frauen und besonders der Männer erforderlich sind, und das nicht nur im Pflegebereich.

Die Diskussion der Teilnehmer/innen der Konferenz hat gezeigt, dass die Thematisierung des Genderaspektes in der Pflege unabdingbar ist, um den Pflegenden und Gepflegten nicht nur die gesundheitliche, sondern auch eine gesellschaftliche Chancengleichheit zu gewährleisten. Der Anfang wurde mit dieser Tagung gemacht. Wir leben in einer Gesellschaft des langen Lebens und alle werden sich in kleinen Schritten auf den Weg der Veränderung begeben und den Ball, sportlich ausgedrückt, an die nachfolgende Generation weitergeben müssen.

Langfristige Ziele sind dabei

- die gesellschaftliche Anerkennung und Aufwertung der Pflege- und Familienarbeit.
- Förderung eines selbstbestimmten Lebens
- Verhinderung von Armut im Alter

So wird sich der Gemeinsame Arbeitskreis Frauengesundheit auch künftig mit spezifischen Problemfeldern beschäftigen, um weiter zu sensibilisieren und Veränderungen zu initiieren.

Grundlage sind Handlungsoptionen als Ergebnis der Arbeitsgruppen, die in Mecklenburg-Vorpommern zeitnah umsetzbar sind:

Stärkung der Prävention zur Vorbeugung der Pflegebedürftigkeit im Rahmen des Programms „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“

- Ausbildung von Pflegeberater/innen
- Überprüfung der vorhandenen Angebote hinsichtlich der Berücksichtigung der Geschlechtsspezifik
- Entwicklung von Fortbildungsangeboten zur Sensibilisierung für Mitarbeiter/innen im Pflegesetting einschließlich des MDK
- Stärkung von Betroffenen in ihren Kompetenzen zur Selbstbehauptung in Kooperation mit Selbsthilfegruppen und –initiativen
- Fortsetzung der Kooperation mit dem Sozialministerium M-V bei der Entwicklung von Landesprogrammen für künftige Pflegestrategien

Abschließend sei an dieser Stelle dem Sozialministerium sowie der Landesgleichstellungsbeauftragten M-V sehr herzlich für die finanzielle und ideelle Unterstützung der 5. Landeskonferenz für Frauengesundheit gedankt und nicht zuletzt dem Berufsverband der Pflegeberufe M-V für die intensive Kooperation bei der inhaltlichen Vorbereitung der Konferenz sowie allen Frauen des GAF für ihre Kontinuität und ihr Engagement für das Thema „Pflege ist weiblich“.

Besonderer Dank gilt dem Augustenstift, das der Konferenz den entsprechenden Rahmen gegeben und uns in hervorragender Weise unterstützt hat.




Abschlusspodium, Ergebnisse



Dr. Gundula Moldenhauer

# Materialien

## Zahlen zur Pflege in Mecklenburg-Vorpommern




### Zahl der Leistungsbezieher im ambulanten Bereich

a) Gesamtzahl der **ambulant** Pflegebedürftigen: rd. 1,29 Mio

b) Zuordnung zu den Pflegestufen

| Stand:          | 31.12.2002       | 31.12.2003       | 30.06.2004       |
|-----------------|------------------|------------------|------------------|
| davon:          |                  |                  |                  |
| Pflegestufe I   | 725.993 = 56,3 % | 732.495 = 57,2 % | 742.067 = 57,3 % |
| Pflegestufe II  | 435.924 = 33,8 % | 424.202 = 33,1 % | 427.478 = 33,0 % |
| Pflegestufe III | 127.235 = 9,9 %  | 123.210 = 9,6 %  | 124.402 = 9,7 %  |
|                 | <b>1.289.152</b> | <b>1.279.907</b> | <b>1.293.947</b> |



### Private Pflege-Pflichtversicherung (Geschäftsstatistik der privaten Pflegeversicherung)

Gesamtzahl (Stand: 31.12.2003) rd. 80.000

|                 |        |
|-----------------|--------|
| Pflegestufe I   | 50,6 % |
| Pflegestufe II  | 36,3 % |
| Pflegestufe III | 12,9 % |

Zusammen mit der privaten Pflege-Pflichtversicherung erhalten derzeit insgesamt rd. **1,37 Mio Pflegebedürftige** ambulante Leistungen aus der Pflegeversicherung



## Zahl der Leistungsbezieher im stationären Bereich

### Soziale Pflegeversicherung (Geschäftsstatistik der Pflegekassen)

a) Gesamtzahl der Pflegebedürftigen in vollstationären Einrichtungen rd. 625.000

davon rd.. 60.000 in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe

b) Zuordnung zu den Pflegestufen

| Stand:          | 31.12.2002       | 31.12.2003       | 30.06.2004       |
|-----------------|------------------|------------------|------------------|
| Pflegestufe I   | 230.383 = 38,4 % | 237.768 = 38,8 % | 244.184 = 39,1 % |
| Pflegestufe II  | 249.600 = 41,6 % | 254.065 = 41,4 % | 258.073 = 41,3 % |
| Pflegestufe III | 119.834 = 20,0 % | 121.441 = 19,8 % | 122.701 = 19,6 % |
|                 | <b>599.817</b>   | <b>613.274</b>   | <b>624.958</b>   |



### Private Pflege-Pflichtversicherung (Geschäftsstatistik der privaten Pflegeversicherung) Gesamtzahl (Stand: 31.12.2003) rd. 37.000

davon:

Pflegestufe I 27,0 %

Pflegestufe II 45,3 %

Pflegestufe III 27,7 %

Zusammen mit der privaten Pflegepflichtversicherung  
erhalten insgesamt rd. 662.000

**Pflegebedürftige stationäre Leistungen aus der  
Pflegeversicherung**

## Der Runde Tisch Pflege

Um die Lebenssituation hilfe- und pflegebedürftiger Menschen in Deutschland zu verbessern, haben das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung im Herbst 2003 für einen Zeitraum von zwei Jahren den "Runden Tisch Pflege" einberufen. An dieser gemeinsamen Initiative nahmen Vertreterinnen und Vertreter aus Verbänden, aus Ländern und Kommunen, Praxis und Wissenschaft teil.

Ziel des "Runden Tisch Pflege" war es, bis zum Herbst 2005 praxisnahe Handlungsempfehlungen zu entwickeln und auf der Grundlage guter Praxisbeispiele Wege zur Umsetzung menschlicher, fachlicher und finanzierbarer Anforderungen in der Pflege und Betreuung aufzuzeigen. Dabei ging es nicht zuletzt auch darum, alle Akteure, die im Bereich Pflege tätig sind, für vorhandene Ressourcen und Potenziale zu sensibilisieren und für den Abbau gegenwärtiger Defizite zu gewinnen.

Die für diese Aufgabe eingerichteten 4 Arbeitsgruppen des "Runden Tisches Pflege" befassten sich insbesondere mit folgenden Fragestellungen:

- Wie sollte künftig ein differenziertes und besser an den Bedürfnissen der Betroffenen ausgerichtetes Versorgungsangebot in den Diensten und Einrichtungen gestaltet sein?
- Wie kann die Stellung pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen weiter gestärkt werden und ein entsprechendes Bewusstsein geweckt werden?
- Wie kann eine ausreichende Zahl von Personen dauerhaft für die Pflegeberufe gewonnen werden?
- Welche Möglichkeiten bestehen, um den Verwaltungsaufwand im Bereich der Pflege und Betreuung zu verringern?

In den ersten Monaten des Jahres 2005 legten die vier Arbeitsgruppen Zwischenergebnisse vor. Eine Arbeitsgruppe erstellte den Entwurf einer Charta, die konkret beschreibt, welche Rechte Menschen in Deutschland haben, die der Hilfe und Pflege bedürfen. Zwei Arbeitsgruppen befassten sich mit handlungsorientierten Empfehlungen zur Verbesserung der Situation hilfe- und pflegebedürftiger Menschen in der häuslichen und stationären Versorgung. Eine vierte Arbeitsgruppe erarbeitete Vorschläge für den Abbau etwaiger bürokratischer Regelungen, die Dienste und Einrichtungen behindern, ohne den hilfe- und pflegebedürftigen Menschen zu nutzen.

Die Arbeitsgruppen haben insgesamt fünfmal getagt. In einem Zwischenplenum, das im April 2005 stattfand, wurden die bis dahin vorläufigen Ergebnisse und Diskussionszwischenstände der Arbeitsgruppen diskutiert. Im September 2005 haben die Arbeitsgruppen ihre Ergebnisse vorgelegt.

### **Verbesserung der Qualität und der Versorgungsstrukturen in der häuslichen Betreuung und Pflege**

Die Arbeitsgruppe I des Runden Tisches Pflege hatte den Auftrag, bis Herbst 2005 Empfehlungen zur Verbesserung der Qualität und der Versorgungsstrukturen in der häuslichen Betreuung und Pflege zu entwickeln. Ziel ist es, für die zu Hause lebenden Pflegebedürftigen eine sichere, dem individuellen Bedarf entsprechende stabile Situation zu erreichen.

In den Diskussionen der Arbeitsgruppe um die allgemeine Struktur und Inhalte der Empfehlungen ergab sich schnell weitgehende Übereinstimmung dahingehend, dass bei allen Verbesserungsbestrebungen die Perspektive der unmittelbar betroffenen Personen und derjenigen, die sie bei der Alltagsbewältigung unterstützen, im Mittelpunkt stehen muss. Auch hat es sich die Arbeitsgruppe zur Aufgabe gemacht, zu jeder ausgesprochenen Empfehlung mindestens ein Praxisbeispiel anzuführen und näher zu beschreiben.

Mit den aktuellen Empfehlungen und Forderungen der Arbeitsgruppe I (September 2005) liegt nun ein Konsenspapier der Arbeitsgruppe vor.

### **Verbesserung der Qualität in der stationären Betreuung und Pflege**

Arbeitsgruppe II des Runden Tisches Pflege hatte den Auftrag, Empfehlungen zur Verbesserung der Qualität in der stationären Betreuung und Pflege zu entwickeln.

In den Diskussionen der Arbeitsgruppe ergab sich weitgehende Übereinstimmung dahingehend, dass zur Verbesserung der Situation hilfe- und pflegebedürftiger Menschen weit mehr als bisher die Erfahrungen und Methoden vielerorts vorhandener guter, vorbildlicher Einrichtungen und Institutionen zu nutzen sind. Diese zeigen, dass eine der Würde des Menschen Rechnung tragende und fachlich angemessene Betreuung und Pflege bereits heute unter gegebenen finanziellen und rechtlichen Rahmenbedingungen möglich ist.

Mit den aktuellen Empfehlungen und Forderungen der Arbeitsgruppe II (September 2005) liegt nun ein Konsenspapier der Arbeitsgruppe vor.

## **Entbürokratisierung im Bereich der ambulanten und stationären Betreuung und Pflege**

Die Arbeitsgruppe III des Runden Tisches Pflege hatte den Auftrag, bis Herbst 2005 Empfehlungen zur Entbürokratisierung in der Pflege zu entwickeln. Die Diskussion um einen Abbau von Regelungen, Bürokratie und Verwaltungsaufwand gewinnt auch im Bereich der ambulanten und stationären Betreuung und Pflege zunehmend an Aufmerksamkeit und Bedeutung. Es wird von verschiedenen Seiten ein Übermaß an Regulierung und Bürokratie beklagt. Die AG III des Runden Tisches Pflege nahm sich dieser Problemstellung an und zielte darauf ab, Entbürokratisierungspotentiale und –notwendigkeiten zu identifizieren und Vorschläge zur Verbesserung zu erarbeiten, die u.a. für die vor Ort Handelnden als Hilfestellung wahrgenommen werden können oder auch sich direkt an den Gesetzgeber wenden.

Mit den aktuellen Empfehlungen und Forderungen der Arbeitsgruppe III (September 2005) liegt nun ein Konsenspapier der Arbeitsgruppe vor.

## **Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen**

Eine der 4 Arbeitsgruppen des Runden Tisches Pflege hatte den Auftrag, bis Herbst 2005 eine " Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen " zu entwickeln. Ziel ist es, mit der Charta die Position hilfe- und pflegebedürftiger Menschen in Deutschland zu stärken. In der Charta werden Rechte und Ansprüche hilfe- und pflegebedürftiger Menschen gebündelt und in allgemein verständlicher Weise konkretisiert.

Der bereits in Gang gesetzte fachöffentliche Diskurs zur Charta verdeutlicht, dass es höchste Zeit ist, über vielfältigst vorhandene gesetzliche Regelungen hinaus, einen wertorientierten Grundkonsens aller Interessengruppen darüber zu finden, was jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch in Deutschland erwarten kann, der Unterstützung professioneller Helferinnen und Helfer und verantwortlicher Institutionen im Bereich Pflege und Betreuung bedarf.

In den Diskussionen der Arbeitsgruppe um die allgemeine Struktur und die Ausgestaltung der einzelnen Artikel der Charta ergab sich schnell weitgehende Übereinstimmung. Kontrovers wurde bei einzelnen Rechten wie Selbstbestimmung, Freiheit und Privatheit diskutiert, inwieweit Grenzen des Leistbaren und Möglichen bestehen. Dieses nicht zuletzt vor dem Hintergrund vorhandener Mittel und Rahmenbedingungen.

Die nun vorliegende Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen (September 2005) stellt einen Konsens der Arbeitsgruppe IV des Runden Tisches Pflege dar.

## **Partner des Runden Tisches Pflege**

- Länder
- Kommunen
- Verbände der Freien Wohlfahrtspflege
- Arbeitgeberverbände
- Gewerkschaften
- Fachverbände
- Berufsverbände
- Private Trägerverbände
- Seniorenorganisationen
- Verbraucherorganisationen/Betroffenenvertretungen
- Pflegekassen
- Medizinischer Dienst der Krankenversicherungen
- Heimaufsicht
- Wissenschaft
- Bertelsmann Stiftung/Robert Bosch Stiftung

## **Weitere Informationen:**

<http://www.dza.de/allgemein/politik-rundertisch.html>

<http://www.bmfsfj.de/Politikbereiche/aeltere-menschen,did=16378.html>

[http://www.bmg.bund.de/nn\\_599768/DE/Themenschwerpunkte/Pflegeversicherung/Runder-Tisch/runder-tisch-node,param=.html\\_\\_nnn=true](http://www.bmg.bund.de/nn_599768/DE/Themenschwerpunkte/Pflegeversicherung/Runder-Tisch/runder-tisch-node,param=.html__nnn=true)

# Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen

September 2005, Deutsches Zentrum für Altersfragen  
Geschäftsstelle Runder Tisch Pflege

## Präambel

Jeder Mensch hat uneingeschränkten Anspruch auf Respektierung seiner Würde und Einzigartigkeit. Menschen, die Hilfe und Pflege benötigen, haben die gleichen Rechte wie alle anderen Menschen und dürfen in ihrer besonderen Lebenssituation in keiner Weise benachteiligt werden. Da sie sich häufig nicht selbst vertreten können, tragen Staat und Gesellschaft eine besondere Verantwortung für den Schutz der Menschenwürde hilfe- und pflegebedürftiger Menschen.

Ziel dieser Charta ist es, die Rolle und die Rechtstellung hilfe- und pflegebedürftiger Menschen zu stärken, indem grundlegende und selbstverständliche Rechte von Menschen, die der Unterstützung, Betreuung und Pflege bedürfen, zusammengefasst werden. Diese Rechte sind Ausdruck der Achtung der Menschenwürde, sie sind daher auch in zahlreichen nationalen und internationalen Rechtstexten verankert<sup>1</sup>. Sie werden in den Erläuterungen zu den Artikeln im Hinblick auf zentrale Lebensbereiche und Situationen hilfe- und pflegebedürftiger Menschen kommentiert. Darüber hinaus werden in der Charta Qualitätsmerkmale und Ziele formuliert, die im Sinne guter Pflege und Betreuung anzustreben sind.

Menschen können in verschiedenen Lebensabschnitten hilfe- und pflegebedürftig sein. Die in der Charta beschriebenen Rechte gelten in ihrem Grundsatz daher für Menschen aller Altersgruppen. Um hilfe- und pflegebedürftigen Menschen ihre grundlegenden Rechte zu verdeutlichen, werden sie in den Erläuterungen zu den Artikeln unmittelbar angesprochen.

Zugleich soll die Charta Leitlinie für die Menschen und Institutionen sein, die Verantwortung in Pflege, Betreuung und Behandlung übernehmen. Sie appelliert an Pflegende, Ärztinnen, Ärzte und alle Personen, die sich von Berufs wegen oder als sozial Engagierte für das Wohl pflege- und hilfebedürftiger Menschen einsetzen. Dazu gehören auch Betreiber von ambulanten Diensten, stationären und teilstationären Einrichtungen sowie Verantwortliche in Kommunen, Kranken- und Pflegekassen, privaten Versicherungsunternehmen, Wohlfahrtsverbänden und anderen Organisationen im Gesundheits- und Sozialwesen. Sie alle sollen ihr Handeln an der Charta ausrichten. Ebenso sind die politischen Instanzen auf allen Ebenen sowie die Leistungsträger aufgerufen, die notwendigen Rahmenbedingungen zur Gewährleistung der hier beschriebenen Rechte, insbesondere auch die finanziellen Voraussetzungen, weiter zu entwickeln und sicher zu stellen.

Die staatliche und gesellschaftliche Verantwortung gegenüber hilfe- und pflegebedürftigen Menschen entbindet den Einzelnen nicht von seiner Verantwortung für eine gesunde und selbstverantwortliche Lebenserfahrung, die wesentlich dazu beitragen kann, Hilfe- und Pflegebedürftigkeit hinauszuzögern, zu mindern oder zu überwinden.

---

<sup>1</sup> Die in der Charta aufgeführten Rechte werden in allgemeiner Weise in zahlreichen internationalen und europäischen Texten erwähnt und sind dort teilweise bindend verankert. Hierzu zählen vor allem die Europäische Sozialcharta und die Charta der Grundrechte der EU. Das deutsche Recht enthält ebenfalls an verschiedenen Stellen rechtliche Verbürgungen für hilfe- und pflegebedürftige Menschen. Neben den Grundrechten des Grundgesetzes sind dies vor allem die Rechte auf Teilhabe am Leben in der Gesellschaft (§ 1 SGB IX), auf Selbstbestimmung und Selbständigkeit (§ 2 SGB XI), auf Aufklärung und Beratung (§ 7 SGB XI), auf Vorrang der Prävention und Rehabilitation (§ 5 SGB XI), auf Vorrang der häuslichen Pflege (§ 3 SGB XI) und die Rechte nach dem Sozialhilferecht und dem Heimgesetz, schließlich das für das gesamte Sozialrecht gültige Recht auf individualisierte Leistungen (§ 33 SGB I).

## Artikel der Charta

### **ARTIKEL 1: SELBSTBESTIMMUNG UND HILFE ZUR SELBSTHILFE**

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf Hilfe zur Selbsthilfe sowie auf Unterstützung, um ein möglichst selbstbestimmtes und selbständiges Leben führen zu können.

### **ARTIKEL 2: KÖRPERLICHE UND SEELISCHE UNVERSEHRTHEIT, FREIHEIT UND SICHERHEIT**

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht, vor Gefahren für Leib und Seele geschätzt zu werden.

### **ARTIKEL 3: PRIVATHEIT**

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf Wahrung und Schutz seiner Privat- und Intimsphäre.

### **ARTIKEL 4: PFLEGE, BETREUUNG UND BEHANDLUNG**

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf eine an seinem persönlichen Bedarf ausgerichtete, gesundheitsfördernde und qualifizierte Pflege, Betreuung und Behandlung.

### **ARTIKEL 5: INFORMATION, BERATUNG UND AUFKLÄRUNG**

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf umfassende Informationen über Möglichkeiten und Angebote der Beratung, der Hilfe, der Pflege sowie der Behandlung.

### **ARTIKEL 6: KOMMUNIKATION, WERTSCHÄTZUNG UND TEILHABE AN DER GESELLSCHAFT**

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf Wertschätzung, Austausch mit anderen Menschen und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben.

### **ARTIKEL 7: RELIGION, KULTUR UND WELTANSCHAUUNG**

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht, seiner Kultur und Weltanschauung entsprechend zu leben und seine Religion auszuüben.

### **ARTIKEL 8: PALLIATIVE BEGLEITUNG, STERBEN UND TOD**

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht, in Würde zu sterben.

## Weitere Informationen:

<http://www.dza.de/allgemein/politik-rundertisch.html>

<http://www.bmfsfj.de/Politikbereiche/aeltere-menschen,did=16378.html>

[http://www.bmg.bund.de/nn\\_599768/DE/Themenschwerpunkte/Pflegeversicherung/Runder-Tisch/runder-tisch-node,param=.html\\_\\_nnn=true](http://www.bmg.bund.de/nn_599768/DE/Themenschwerpunkte/Pflegeversicherung/Runder-Tisch/runder-tisch-node,param=.html__nnn=true)

## Presseecho

OZ 9.11.2006

**„Frauen sind nicht die Pflegereservisten der Nation.“**

Die Frauen- und Gleichstellungsbeauftragte der Landesregierung Margret Seemann (SPD), gestern in Schwerin auf der 5. Landeskonzferenz.

SVZ 9.11.2006

MVZ 8.11.2006

### **Frauen keine Pflegereservisten der Nation**

**Schwerin** (mvz). Der erste Termin, den die Parlamentarische Staatssekretärin Dr. Margret Seemann (SPD) in ihrer neuen Amtsperiode wahrnimmt, gilt der 5. Landesfrauenkonferenz für Frauengesundheit am 8.11.06 im Schweriner "Augustenstift". Diskutiert wird das Thema "Pflege ist weiblich". Viele Frauen befinden sich in einem Pflegekreislauf von der Kinderpflege bis hin zur Altenpflege. Dr. Seemann macht deutlich, dass die Pflege, die private wie auch die professionelle, in dieser Gesellschaft Frauensache ist. Angesichts der immer älter werdenden Bevölkerung steigt die Pflegebedürftigkeit und somit steigen auch die Kosten des Pflegesystems. "Eine Pflegereform ist unabwendbar. Da 80% der pflegenden Angehörigen Frauen sind, lehne ich die Einführung einer gesetzlich geregelten Pflegezeit als Freistellungsphase, die sich in der Praxis vorrangig auf die Freistellung von Frauen bezieht, ab. Frauen sind nicht die Pflegereservisten der Nation." Dr. Seemann führt weiter aus: "Wir müssen die Pflege als Wachstumsbranche der Zukunft erkennen. Eine Pflegereform muss sich nach den Wünschen der Pflegebedürftigen ausrichten und sich den berechtigten Forderungen des ambulanten wie auch des stationären Pflegepersonals stellen. Wer pflegt braucht leistungsgerechte Bezahlung, berufliche Perspektiven und gesellschaftliche Anerkennung."

## TeilnehmerInnen

|                          |   |
|--------------------------|---|
| Dr. Arnade, Sigrid       | JoB-Medienbüro Berlin   |
| Baar, Beate              | Diakoniewerk im nördlichen Mecklenburg, Seniorenheim "St. Martin" Wismar                                  |
| Dr. Baumann, Angelika    | Landesvereinigung für Gesundheitsförderung M-V e.V.   |
| Beck, Sabine             | Staatskanzlei M-V, Büro der Frauen- & Gleichstellungsbeauftragten   |
| Bernitt, Ralf            | Verband Deutscher Alten- und Behindertenpflege e.V.   |
| Brauer, Dorothea         | Hospizdienst Diakonie Caritas Schwerin  |
| Bürger, Jana             | Gemeinsamer Arbeitskreis Frauengesundheit M-V   |
| Dickau, Antje            | Sozius Pflege- und Betreuungsdienste Schwerin   |
| Dietze, Susanne          | Sozius Pflege- und Betreuungsdienste Schwerin   |
| Dreves, Beate            | Klinik Schweriner See Lübstorf  |
| Eisold, Edith            | eibe e.V. Rostock   |
| Falta, Eva-Maria         | Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.   |
| Fiedler, Waltraut        | FIMA BildungsGmbH für Gesundheitsberufe, Klink  |
| Frömel, Karola           | Kompetenzzentrum Vereinbarkeit Leben M-V e.V.   |
| Fromm-Ehrich, Margret    | Augustenstift Schwerin  |
| Gabler, Birgit           | Staatskanzlei M-V, Büro der Frauen- & Gleichstellungsbeauftragten   |
| Gagzow, Dörte            | Augustenstift Schwerin  |
| Gajek, Silke             | Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfe Rostock (KISS)  |
| Dr. Gienke, Eveline      | ehem. Klinik Schweriner See Lübstorf  |
| Grabow, Ralf             | Landtagsabgeordneter der FDP  |
| Grete von Kamptz         | Selbsthilfe Frauen nach Krebs   |
| Hakendahl, Bärbel        | Charisma e.V. Rostock   |
| Heinkel, Ines            | Pflegeheim Schwerin   |
| Herold, Heike            | CORA Koordinierungsstelle   |
| Dr. Hill, Renate         | Landesfrauenrat M-V   |
| Hillig, Dörte            | Volkshochschule Parchim   |
| Kamberg, Isabell         | Gemeinsamer Arbeitskreis Frauengesundheit M-V   |
| Keuper, Franz-Josef      | Seniorenbeirat  |
| Knischka, Ursula         | Reha-Fachklinik "Moorbad" Bad Doberan   |
| Knop, Regina             | Psychotherapeutin, Rostock  |
| Kösling, Christel        | Kreisverband Volkssolidarität, Pflegeheim Warnemünde  |
| Kossel, Renate           | Kreisverband Volkssolidarität, Pflegeheim Warnemünde  |
| Kraschewski, Eva         | Deutscher Berufsverband für Pflegekräfte  |
| Kreft, Heide             | Frauenselbsthilfe nach Krebs, Gruppe Schwerin   |
| Dr. Krull, Petra         | Kompetenzzentrum Vereinbarkeit Leben M-V e.V.   |
| Langschwager, Christel   | Gleichstellungsbeauftragte Landkreis Vorpommern   |
| Letow, Christa           | Frauenselbsthilfe nach Krebs, Gruppe Schwerin   |
| Dr. Moldenhauer, Gundula | Landesvereinigung für Gesundheitsförderung M-V  |
| Möller, Beate            | Kneipp-Kompetenzzentrum Plau am See   |
| Morgentau, Mona          | Heilpraktikerin, Stralsund  |
| Müller, Magdalena        | FIMA BildungsGmbH für Gesundheitsberufe, Klink  |
| Nülken, Katy             | Sozius Pflege- und Betreuungsdienste Schwerin   |
| Ockert, Elke             | Wegweiser e.V. Verein der Freunde und Förderer psychisch Kranker und behinderter Menschen, Waren (Müritz) |
| Pawils, Andrea           | PARITÄTISCHE Wohlfahrtsverband, Landesverband M-V e.V.  |
| Reichel, Evelyn          | Sozialministerium Gesundheitsabteilung  |
| Dr. Reis, Karin          | Prof. em. Fachhochschule Neubrandenburg   |
| Renken, Hartmut          | Sozialministerium M-V   |
| Richter, Almuth          |   |
| Dr. Richter, Karl-Otto   | UCEF Rostock  |
| Richter, Marion          | Frauenbildungsnetz M-V e.V.   |
| Ritz-Gutjahr, Brigitte   | Sozius Pflege- und Betreuungsdienste Schwerin   |
| Rösel, Heinz             | AG Seniorensicherheit Schwerin  |
| Röwekamp, Bianca         | Universität Bielefeld   |
| Dr. Rühmling, Marianne   | Lübeck  |
| Schießer, Anja           | LAG Selbsthilfe Behinderter e.V. M-V  |
| Dr. Seemann, Margret     | Frauen- und Gleichstellungsbeauftragte M-V  |
| Spehling, Gabriele       | Caritas-Sozialstation Schwerin  |
| Stark, Halina            | Augustenstift Schwerin  |
| Stöhr, Hans-Jürgen       | IFOM Rostock  |
| Stüpmann, Ute            | Klinik Leezen   |
| Tegtmeier, Martina       | Arbeitsgemeinschaft Sozialdemokratischer Frauen   |
| Thater, Astrid           | homo-in-mobile  |
| Trümper, Martina         | SPD Landtagsfraktion M-V  |
| Weiß, Ingrid             | Seelsorgerin in Alten- und Behinderteneinrichtungen, Schwerin   |
| Wolff, Sigrid            | AWO-Sozialstation Mestlin   |
| Zimmermann, Margarete    | Deutscher Berufsverband für Pflegekräfte  |