Strategiepapier DEVAP Altenarbeit und Pflege 2021 bis 2025

Gleichwertige Lebensverhältnisse
für hilfs- und pflegebedürftige Menschen schaffen:
Politik und Freie Wohlfahrtspflege gefordert!

Roadmap für die Pflege

Politische Maßnahmen, um gleichwertige Lebensverhältnisse zu entwickeln

Als Dauer einer Phase werden 12 Monate unterstellt.

Inhalt

S. 02 — *Strategiepapier Teil 1*
Kurzdarstellung der einzelnen Positionen des DEVAP

S. 12 — *Strategiepapier Teil 2*
Detailbetrachtung der Positionen des DEVAP

Innenseite Umschlag — *Zeitschiene*
Roadmap für die Pflege

Der DEVAP fordert eine legislaturübergreifende „Roadmap für die Pflege“. Diese muss *ALLE* notwendigen Maßnahmen für die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung berücksichtigen und als Zeitschiene für deren vollständige Umsetzung dienen.

Oktober 2020

Der Vorstand des Deutschen Evangelischen Verbandes für Altenarbeit und Pflege e. V. (DEVAP)

Strategiepapier Teil 1
Kurzdarstellung der einzelnen Positionen des DEVAP

Gleichwertige Lebensverhältnisse für hilfs- und pflegebedürftige Menschen schaffen: Politik & Freie Wohlfahrtspflege gefordert!

Hilfs- und pflegebedürftige Menschen in Deutschland sind gravierend benachteiligt.

Für sie gibt es keine gleichwertigen Lebensverhältnisse. Trotz einer bundesweit einheitlichen Pflegeversicherung weist die Pflege in Deutschland enorme Unterschiede auf. Diesen Missstand will der Deutsche Evangelische Verband für Altenarbeit und Pflege e.V. (DEVAP) ändern.

Der folgende Diskussionsimpuls zeigt deutlich auf, was sich aus Sicht des Verbandes ändern muss. Der Impuls greift dabei die Forderungen des DEVAP nach einer Struktur- und Finanzreform in der Pflegeversicherung auf.
Damit wird ein wesentlicher Beitrag für gleichwertige Lebensverhältnisse für die Pflegebedürftigen in Deutschland geschaffen.

Das sichert die Zukunft der Pflege!

© Fotolia/iStock

Wie kann es gelingen, dass Pflege auch künftig finanzierbar bleibt und Bewohner von Pflegeheimen von den stetig steigenden Pflegekosten entlastet werden?

Drei wesentliche Schritte sind für eine finanzielle Entlastung der Pflegebedürftigen in der stationären Pflege erforderlich.

© Foto: iStock

Schritt 1:

Festschreibung der pflegebedingten Eigenanteile in der stationären Pflege

Festschreibung des pflegebedingten Eigenanteils

In einem ersten Schritt gilt es, die pflegebedingten finanziellen Eigenanteile in der stationären Pflege auf einen bestimmten Betrag festzuschreiben. Anstatt einer ständig steigenden Eigenbeteiligung zahlen die Pflegebedürftigen künftig monatlich einen fixen Beitrag für die pflegebedingten Aufwendungen. Dieser fixierte Eigenanteil ist begrenzt auf vier Jahre. Den darüberhinausgehenden Anteil zahlen Pflege- und Krankenversicherung anteilig.

Schritt 2:

Finanzierung der Behandlungspflege durch die Krankenversicherung

Behandlungspflege ins SGB V

Die Leistungen im Bereich der medizinischen Behandlungspflege müssen aus der bisherigen Zahlungspflicht der Pflegebedürftigen herausgenommen werden. Die medizinische Behandlungspflege muss – wie in der ambulanten Pflege auch – von der Krankenversicherung (SGB V) finanziert werden.

Schritt 3:

Neustrukturierung der Leistungen der Pflegeversicherung

Individuelle Bedarfsbestimmung mit Modulen

Der DEVAP fordert, dass die Pflegeversicherung künftig anhand von Modulen die Leistungen der Pflege und Betreuung, der Hilfe bei der Haushaltsführung, der Steuerung der Pflege und der Hilfe bei der Bewältigung von krankheits- und therapiebedingten Aufgaben übernimmt.
Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung werden den Pflegebedürftigen weiterhin in Rechnung gestellt.

So wird Pflege finanziell planbar und gerecht!

Macht eine Unterscheidung zwischen ambulanter und stationärer Pflege noch Sinn?

Sektorengrenzen abbauen

Um dies vorab zu beantworten: Nein. Die Pflege entwickelt sich kontinuierlich weiter. Auch die Wohn- und Versorgungsformen werden immer differenzierter und innovativer. Für sie müssen die rechtlichen Hürden so gering wie möglich sein, um jedem Menschen die Pflege zu ermöglichen, die die für ihn passende Form ist. Die zentrale Frage für das Leistungsgeschehen darf nicht sein, wo bzw. in welchem ordnungsrechtlichen Rahmen eine Leistung bezogen wird, sondern wer die Leistungserbringung verantwortlich übernimmt. Grundlage ist die Bestimmung des individuellen Bedarfs anhand von Leistungsmodulen, die individuell buchbar sind.

Welche Rolle spielen dabei Angehörige und Zivilgesellschaft?

Stärkung pflegender Angehöriger und Zivilgesellschaft

Eine ganz Wesentliche. Die pflegerische Versorgung im Rahmen der Pflegeversicherung muss neu aufgestellt werden. Alle Akteure rund um die pflegerische Versorgung müssen berücksichtigt werden. Eine Einbeziehung der Zivilgesellschaft durch die vom DEVAP vorgeschlagene modularisierte Leistungserbringung ermöglicht eine flexible Gestaltung des Pflegealltags für die Menschen mit Pflegebedarf.

Reform des Pflegegeldes notwendig

Sicherzustellen ist, dass die Pflegenden finanziell keine Einbußen haben. Es ist über ein Modell nachzudenken, das sowohl Pflegende im Erwerbsalter (wie Kinder, Schwiegerkinder, sog. Live-Ins) als auch Pflegende im Rentenalter (Ehepartner, Geschwister) finanziell unterstützt und deren wichtige Unterstützungsleistungen anerkennt. Die Reformierung und Weiterentwicklung des Pflegegeldes könnte die Zivilgesellschaft nachhaltig motivieren, sich auch langfristig in Pflegesettings zu engagieren. Ein steuerfinanzierter Lastenausgleich analog dem Kindergeld wäre ebenfalls möglich.

Bei alledem ist fraglich, inwieweit es gelingen wird, die Potentiale der Zivilgesellschaft in hinreichendem Maße zu heben. Hierzu gibt es weiteren Forschungsbedarf.

Pflege ist Aufgabe der Kommunen!

Kommunen stärken: Pflegerische Infrastruktur und Förderung des Gemeinwesens als kommunale Pflichtaufgabe

Die Rolle der Kommune muss präzisiert werden. Zum einen müssen der Ausbau der pflegerischen Infrastruktur und die Förderung eines zukunftsfähigen Gemeinwesens zur kommunalen Pflichtaufgaben werden. Die Kommune muss nicht nur für die kommunale Altenplanung verantwortlich sein, sondern sie muss auch finanziell entsprechend ausgestattet werden. Durch die Überführung der Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege in das SGB V werden die Kommunen als Sozialhilfeträger deutlich entlastet. Die freiwerdenden finanziellen Mittel können genutzt werden, um neue Wohnformen zu entwickeln und in altersgerechten Wohnungsbau, Quartiersentwicklung und Beratung zu investieren.

© Foto: Pixabay

Etablierung eines flächendeckenden und unabhängigen Case Managements

Außerdem bedarf es eines engeren Zusammenrückens aller Akteure und Institutionen vor Ort, um die kommunale Pflegelandschaft auszubauen und weiterzuentwickeln. Dazu gehört auch die Etablierung eines unabhängigen Case Managements, das im Zusammenspiel zwischen Kommune - als Steuerungsinstanz - und zertifizierten Anbietern (Pflegestützpunkten, ambulanten Diensten, neutralen Trägerverbünden) - als Durchführungsinstanz - anhand der lokalen Strukturen zu entwickeln ist.

Die Länder müssen stärker in die Pflicht genommen werden!

Weiterentwicklung der Berechnung der Investitionskosten als Beitrag zu einheitlichen Lebensbedingungen

Entwicklung eines bundesweit einheitlichen Investitionsbemessungsverfahrens

Gemäß § 9 SGB XI sind die Länder verantwortlich für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur. Dieser Verpflichtung kommen die Länder seit Beginn der Pflegeversicherung unzureichend nach.

Benötigt werden zwischen den Bundesländern harmonisierte Grundlagen und angeglichene Bewertungsinstrumente für die Berechnung von Investitionskosten. Das schafft einen wesentlichen Beitrag zur Entwicklung einheitlicher Lebensbedingungen pflegebedürftiger alter Menschen in der ambulanten und stationären Altenpflege in Deutschland. Der DEVAP schlägt hierfür die Schaffung eines einheitlichen Investitionsbemessungsverfahrens mit klaren Zielvorgaben vor. Mit dessen Hilfe werden auch an diesem Punkt einheitliche Lebensbedingungen für pflegebedürftige Menschen umgesetzt.

Keine Frage: Die Pflege braucht mehr Personal!

Kompetenzprofil der Altenpfleger an die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege angleichen

Keine Anrechnung der Auszubildenden auf die Personalschlüssel

Die dringend notwendige Aufwertung des Pflegeberufes muss auf allen Ebenen unterstützt und gefördert werden. Das neue Pflegeberufegesetz (PflBG) ist dabei eine wichtige Hilfe. Hier gilt es, das Kompetenzprofil der Altenpfleger gemäß Anlage 4 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung zum PflBG an das Kompetenzprofil der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege anzugleichen und die Anrechnung der Auszubildenden auf die Personalschlüssel für die gesamte Ausbildungsdauer auszusetzen.

Für eine gesamtgesellschaftliche Anerkennung des Pflegeberufs sind zudem

- bessere Arbeitsbedingungen (u.a. verlässliche Dienstplanungen und ein planbares Frei),
- bundesweit einheitliche ethische, fachliche und vor allem bedarforientierte Standards für den Einsatz von Fachkräften,
- eine angemessene tarifliche Entlohnung, die auch vollständig refinanziert wird,
- und multiprofessionelle, multikulturelle und flexible Teams

unabdingbar.

Bundeseinheitliche Personalbemessung und Personalaufbaukonzept jetzt umsetzen!

Das bisherige System zur Personalbemessung mit teils gravierenden unterschiedlichen Personalausstattungen in den Bundesländern muss durch ein bundeseinheitliches Verfahren ersetzt werden, das eine wissenschaftlich fundierte und bedarfsgerechte Bemessung des Personals auf der Basis valider Verfahren und Instrumente ermöglicht. Es ist absehbar, dass eine veränderte Gewichtung im Personaleinsatz zwischen Fach- und Hilfskräften eine Neuordnung des professionellen Miteinanders mit sich bringt sowie eine veränderte Aufteilung bisheriger Aufgaben und Tätigkeiten erfordert. Hierzu sind Maßnahmen zur Personalentwicklung, zum Personaleinsatz und zur Personalqualifizierung sowie zur Organisationsentwicklung notwendig, die nicht allein von den Pflegeeinrichtungen geleistet werden können.

Internationale Anwerbung von Pflegefachkräften und deren Integration weiter unterstützen

Die internationale Anwerbung von Pflegefachkräften und Auszubildenden der Pflege wie auch deren Integration sind als weiterer Baustein zur Gewährleistung ausreichender Personalressourcen zu unterstützen. Dies kann jedoch nur gelingen, wenn der Gesetzgeber aufenthaltsrechtliche Sicherheit, soziale Stabilität, berufliche Zukunftsaussichten und finanzielle Unterstützung bei der Integration gewährleistet.

Chancen der Digitalisierung nutzen; Ausbau und Finanzierung digitaler Infrastruktur fördern

Welchen Beitrag kann die Digitalisierung leisten?

Richtig und achtsam eingesetzt ist die Digitalisierung in der Pflege hilfreich für die Pflegebedürftigen und die Pflegenden. Der DEVAP setzt sich für den Ausbau und die Finanzierung einer digitalen pflegerischen Infrastruktur ein und fordert gleichzeitig einen generationsübergreifenden Diskurs zum Thema.

Dabei ist leitend, dass die Technik dem Menschen dienen und den Beteiligten einen Nutzen verschaffen muss: zum einen soll die Einführung technischer Assistenzsysteme geeignet sein, die Selbständigkeit von Menschen mit Pflegebedarf zu fördern und die Mitarbeitenden im Arbeitsalltag zu entlasten, damit mehr Zeit für die menschliche Zuwendung bleibt. Zum anderen soll der Verwaltungsaufwand - von der Leistungsbeauftragung über die Leistungserfassung bis zur Abrechnung sowie die Kommunikation mit den Kranken- und Pflegekassen – so auf digitale Verfahren umgestellt werden, dass mehr Zeit für Pflege statt Bürokratie bleibt.

Strategiepapier Teil 2
Detailbetrachtung der Positionen des DEVAP

Gleichwertige Lebensverhältnisse für hilfs- und pflegebedürftige Menschen schaffen: Politik & Freie Wohlfahrtspflege gefordert!

Strategiepapier des Deutschen Evangelischen Verbandes für Altenarbeit und Pflege e. V. (DEVAP) unter Berücksichtigung und Positionierung zum 2. Gutachten der Initiative Pro-Pflegereform (der DEVAP ist Unterstützer der Initiative) und den Konzeptvorschlägen von DEVAP/ Diakonie Deutschland sowie den Bundestagsparteien

I. Ziel: Gleichwertige Lebensverhältnisse *S. 14*
II. Finanz- und Strukturreform im Überblick *S. 20*
III. Finanz- und Strukturreform im Detail *S. 28*
IV. Ausblick *S. 54*

© Foto: iStock

I.

Ziel: Gleichwertige Lebensverhältnisse

Seit seiner Einführung im Jahr 1949 enthält das Grundgesetz die Vorgabe, Grundlagen für die Herstellung „Einheitlicher Lebensverhältnisse“ in der Bundesrepublik Deutschland zu entwickeln. Im Jahr 1994 wurde diese Vorgabe zu dem Entwicklungsziel „Gleichwertiger Lebensverhältnisse“ weiterentwickelt und im Juli 2018 schließlich durch die Einrichtung einer gleichnamigen Kommission ergänzt.

Deren Aufgabe ist es u.a. Handlungsempfehlungen unter Berücksichtigung unterschiedlicher regionaler Entwicklungen und des demographischen Wandels in Deutschland zu erarbeiten. Für die Altenpflege ist ein solcher Diskurs bislang kaum erkennbar; dabei ist dieser von elementarer Bedeutung.

Nach wie vor sind etwa die Möglichkeiten zur Inanspruchnahme verschiedener Pflegesettings in Deutschland höchst ungleich zwischen urbanen und ländlichen Regionen verteilt. So ist sowohl die Erreichbarkeit von Versorgungsangeboten eine elementare Fragestellung gleichwertiger Lebensverhältnisse als auch deren ausreichende Verfügbarkeit vor Ort.

© Foto: iStock

Vorhandene Pflegeinfrastruktur beeinflusst regionale Inanspruchnahme

Daraus lässt sich die Hypothese ableiten, dass ein Verbleib in der eigenen Häuslichkeit für Pflegebedürftige in Regionen mit reduzierter oder nicht vorhandener Pflegeinfrastruktur eher in Frage gestellt werden muss, als in Regionen, in denen ein breites Spektrum an Angeboten (ambulante Dienste, Tagespflege oder örtliche Betreuungsgruppen, z.B. für Menschen mit Demenz) vorgehalten wird.

Anders formuliert: in Regionen oder Bundesländern mit reduzierter Pflegeinfrastruktur geben Pflegebedürftige die eigene Häuslichkeit früher auf und nutzen ein stationäres Versorgungsangebot, was sich durch eine längere Verweildauer und eine stärkere Inanspruchnahme ergänzender kommunaler Unterstützungsleistungen im Bereich der Hilfe zur Pflege belegen lässt.

Die Hypothese ist zudem deshalb von besonderer Bedeutung, weil der demografische Wandel besondere Herausforderungen hervorbringt: einheitliche Vorgaben einer differenzierten, mit Wahlmöglichkeiten für die Nutzer*innen besetzten örtlichen Pflegeinfrastruktur sind im Ist- und Soll-Zustand weder heute noch in der Zukunft als Zielvorgabe für pflegebedürftige alte Menschen wahrscheinlich.

Gleichwertige Lebensverhältnisse gibt es in der Pflege nicht

Die Betrachtung der einzelnen Kostenbestandteile in der stationären Versorgung pflegebedürftiger Menschen zeigt deutlich, dass in der Pflege keine einheitlichen oder gleichwertige Lebensverhältnisse gegeben sind. Es ist darum notwendig, endlich die Frage nach der Gleichwertigkeit im Umgang mit dem Lebensereignis Pflege in Deutschland zu stellen.

Kosten steigen und weichen gravierend voneinander ab

So steigen die finanziellen Eigenanteile in der stationären Pflege, welche von den Pflegebedürftigen selbst bezahlt werden müssen, kontinuierlich an, mit teils erheblichen Unterschieden zwischen den einzelnen Bundesländern. Die Summe dieser zusätzlichen finanziellen Belastungen für die Pflegebedürftigen in der stationären Pflege ist bis heute monatlich auf 2.015 Euro[1] angestiegen. Allein seit Mai 2017 summieren sich die Kostensteigerungen damit auf etwa 20%[2] . Zudem spiegeln sich deutliche Unterschiede zwischen den Bundesländern wider, mit einer Gesamtbelastung von 1.436 Euro in Sachsen-Anhalt und 2.405 Euro in Nordrhein-Westfalen.

Auch eine weitere Betrachtung der einzelnen Kostenbestandteile in der stationären Pflege belegt bundeslandspezifische Entwicklungen bei der Unterbringung, der Verpflegung, der Pflege und den Kosten für die Einrichtung (Investitionskosten), die sich in der Höhe nicht nur zwischen den einzelnen Bundesländern unterscheiden, sondern zudem auch innerhalb der einzelnen Bundeländer differieren. In der ambulanten Versorgung gilt ähnliches. Dabei kommt es jedoch häufiger zur Unterversorgung, da die Zuzahlungsbereitschaft der Pflegebedürftigen nur gering ausgeprägt ist.

Kosten für Unterkunft und Verpflegung
Die vom Pflegebedürftigen in der stationären Pflege selbst zu tragenden Kosten für Unterkunft und Verpflegung lagen im Bundesdurchschnitt zum 1. Juli 2020 bei monatlich 774 Euro, mit deutlichen Unterschieden zwischen sowie innerhalb der einzelnen Bundesländer. Während etwa in Mecklenburg-Vorpommern 600 Euro auf diesen Bereich entfallen, sind es Nordrhein-Westfalen 1.036 Euro.

Kosten für die pflegerische Versorgung
Der für die Pflegegrade 2 bis 5 zu entrichtende einrichtungseinheitliche Eigenanteil (EEE)[3] der Pflegebedürftigen in der stationären Pflege unterscheidet sich nicht nur von Bundesland zu Bundesland, sondern ebenso von Einrichtung zu Einrichtung. Der EEE belief sich zum 1. Juli 2020 auf bundesdurchschnittlich 786 Euro. In Thüringen ist mit 490 Euro im Mittel der geringste Eigenanteil zu entrichten; in Baden-Württemberg liegt der durchschnittliche EEE mit 1.062 Euro mehr als doppelt so hoch.

Investitionskosten
Im Bundesdurchschnitt liegen die vom Pflegebedürftigen in der stationären Pflege zu zahlenden Investitionskosten zum 1. Juli 2020 bei monatlich 453 Euro. Die geringsten Kosten für pflegebedürftige alte Menschen lassen sich mit einem Betrag von 288 Euro pro Monat in Sachsen-Anhalt belegen. In Nordrhein-Westfalen fallen durchschnittlich 551 Euro an, wenngleich hier die Kosten durch eine Subjektförderung, dem Pflegewohngeld für Bedürftige, reduziert werden. Im ambulanten Bereich gibt es pro Bundesland sehr unterschiedliche Verfahren. In den meisten dieser Regelungen müssen die Pflegebedürftigen die Investitionskosten jedoch privat bezahlen.

Wohnen: Unterschiedliche Vorgaben für die stationäre Pflege

Die Frage nach der Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse stellt sich auch aufgrund der je nach Bundesland unterschiedlichen Vorgaben hinsichtlich Gebäudevorgaben und Differenzierungen im Raumangebot, beispielsweise im Hinblick auf die Unterbringung in einem Doppel- oder Einzelzimmer. So haben bisher nur acht Bundesländer eine Vorgabe zur Einzelzimmerquote festgesetzt, teils mit Ausnahmeregelungen bzw. Übergangsfristen für Bestandseinrichtungen.

Mitunter wurden Beschränkungen in Bezug auf die maximale Größe der Einrichtung erlassen. Ebenso besteht bei den Vorgaben zu Größe und Ausstattung der Zimmer und Wohnbereiche, der Gemeinschaftsflächen und hinsichtlich der Vorhaltung von Sanitäreinrichtungen eine große Spannbreite zwischen den Bundesländern.

Einheitliche Bemessungsgrundlage für gleichwertige Lebensverhältnisse nötig

Benötigt werden Vorgaben des Bundes für eine einheitliche Bemessungsgrundlage für die operative Bewertung von Investitionskosten. Deren Grundlage müssen harmonisierte bauliche Vorgaben und angeglichene Bewertungsinstrumente sein, die es zu entwickeln gilt. Diese können zu einer Harmonisierung der heutigen länderspezifischen Differenzierungen und der Beseitigung von Ungleichheiten beitragen.

[1] Stand: 1. Juli 2020, Quelle: VDEK
[2] Bundesdurchschnitt 1.691 Euro (Stand: Mai 2017), Quelle: Barmer
[3] Der EEE ist der einrichtungsbezogene Eigenanteil des Bewohners für die Pflegeleistung, der sich aus dem Personalschlüs-sel und der Bewohnerstruktur (Pflegegrad 2-5) in der Einrichtung errechnet. Hinzu kommen entsprechend anteilig Kosten für Unterkunft und Verpflegung, Investitionskosten und Ausbildung.

Weitgehend unerforscht sind die Konsequenzen für die Nutzer*innen, die sich aus den unterschiedlichen Gebäudevorgaben und Kostenhöhen ableiten lassen. Es stellt sich die Frage, ob die Kostendifferenzen auch eine unterschiedliche Qualität der Leistungserbringung bei der Unterkunft, der Verpflegung oder der pflegerischen Versorgung hervorbringen, die in den Mittelpunkt der Auseinandersetzung über gleichwertige Lebensverhältnisse hilfs- und pflegebedürftiger Menschen in den Blick zu nehmen ist.

Personalmenge: Länderunterschiede behindern gleichwertige Lebensverhältnisse

Für die pflegerische Versorgung gibt es neben den unterschiedlichen Kosten in den Bundesländern auch gravierende Abweichungen in den Pflege-Personalmengen in der stationären Pflege. Dies geht auf die historisch gewachsenen verschiedenen Pflege-Personalschlüssel zurück.

Werden die Nutzer*innen einer typischen Pflegeeinrichtung in Schleswig-Holstein von 24 Pflegekräften versorgt, stehen in Bayern für die gleiche Anzahl an Pflegebedürftigen 33 Pflegekräfte zur Verfügung. Nordrhein-Westfalen liegt bei dieser Betrachtung mit 29 Pflegekräften im Mittelfeld.

Deutlich wird, dass die unterschiedlichen Personalschlüssel eine ebenso unterschiedliche Versorgungsqualität hervorbringen und in der Folge zu fachlichen und ethischen Konflikten führen.

Allein die Frage, mit welcher pflegerischen Präsenz die palliative Versorgung oder die Beziehungsgestaltung zu Menschen mit Demenz möglich ist, leitet sich auch aus den Personalmengen in der Pflege ab, die in den Bundesländern zwischen den Verbänden und den Kostenträgern verhandelt wurden.

In der ambulanten Pflege werden überwiegend Pauschalen von den Kranken- und Pflegekassen gezahlt, die in den Bundesländern sehr unterschiedlich ausfallen. Für die Preisgestaltung fehlt eine nachvollziehbare Grundkalkulation. Sollten sich also Tarife für die Mitarbeitenden erhöhen und die Preise nicht gleichzeitig steigen, müssen die Pflegezeiten gekürzt werden.

Es steht stark infrage, ob angesichts der vorliegenden Unterschiede in den ambulanten und stationären Pflegeinrichtungen der einzelnen Bundesländer von gleichwertigen Lebensverhältnissen pflegebedürftiger alter Menschen gesprochen werden kann.

Arbeitsbedingungen: Unterschiedlich und verbesserungsbedürftig

Die hieraus ableitbare Frage, ob es bundesweit gleichwertige Arbeitsbedingungen für Pflegekräfte gibt, liegt auf der Hand.

Die Tatsache, dass bundesweite Prüfverordnungen die Ergebnisqualität nach einheitlichen Maßstäben einfordern, bewerten und vergleichen, diese aber mit höchst unterschiedlichen Personalmengen erbracht werden müssen, führt zu der Vermutung, dass auch für Pflegekräfte nicht von gleichwertigen Arbeitsbedingungen in Deutschland ausgegangen werden kann.

Selbst wenn die Ergebnisqualität im Bundesvergleich eine solche Gleichwertigkeit andeuten würde, wäre die Frage nach der Belastung und der Vernachlässigung anderer Tätigkeitsmerkmale von Pflegekräften zu stellen, die durch einen reduzierten Personaleinsatz forciert werden.

Klar ist: die Mengenvorgaben für den Personaleinsatz dürfen nicht allein den Bundesländern überlassen werden, sondern müssen qualitativ wie quantitativ vergleichbaren ethischen und fachlichen Standards entsprechen. Dies ist neben einer angemessenen tariflichen Entlohnung ein wesentlicher Faktor für die unerlässliche Rekrutierung für die Berufe in der Altenhilfe.

Gleichwertige Lebensverhältnisse müssen auch in der Pflege geschaffen werden

Derzeit ist nicht erkennbar, ob sich einzelne Aspekte gleichwertiger Lebensverhältnisse in Deutschland in pflegepolitischer Hinsicht künftig annähern oder weiter differenzieren werden.

So zeichnen sich beispielsweise bei den Kosten und dem unterschiedlichen Personaleinsatz in der stationären Langzeitpflege bundespolitische Bemühungen für eine Harmonisierung ab, die sich durch Forschung und Initiativen des Bundesgesundheitsministeriums belegen lassen. Ähnliche Perspektiven lassen sich für die unterschiedlichen Wohnbedingungen und -kosten oder für die Unterbringung und Verpflegung älterer Menschen in den stationären Einrichtungen der Altenpflege nicht erkennen. Hier tragen die föderalen Strukturen der Bundesrepublik indes zu einer Verstärkung der ungleichen Verhältnisse bei.

Festzuhalten bleibt, dass die Frage nach gleichwertigen Lebensverhältnissen hilfs- und pflegebedürftiger Menschen in Deutschland aufgrund der landespolitischen Zuständigkeiten für die pflegerische Infrastruktur bislang nicht in den Mittelpunkt gestellt worden ist.

Der DEVAP fordert die Entwicklung gleichwertiger Lebensverhältnisse für hilfs- und pflegebedürftige Menschen in Deutschland. Der Verband greift mit seinen Vorschlägen für eine Struktur- und Finanzreform der Pflegeversicherung die wesentlichen Punkte auf, die es für eine zukunftsfeste Pflege umzusetzen gilt.

II.

Finanz- und Strukturreform *im Überblick*

Die Diskussion rund um eine Pflegereform ist in der Mitte der Gesellschaft angekommen. Deren Dringlichkeit wurde durch die Herausforderungen nach Ausbruch der Corona-Pandemie noch deutlicher. Aber was heißt im Jahre 2020 eigentlich Pflegereform? Was muss reformiert werden? Der DEVAP empfiehlt eine zweidimensionale Herangehensweise:

1. Keine Finanzreform ohne Strukturreform

2. Keine Strukturreform ohne Finanzreform

Viele der in der stationären Pflege versorgten Pflegebedürftigen zahlen derzeit einen hohen finanziellen Eigenanteil. Der finanzielle Anteil, den die Pflegeversicherung übernimmt, ist hingegen gesetzlich gedeckelt. Hinzukommen: Tarifsteigerungen, steigende Mietkosten, Verbesserungen der Pflege-Personalschlüssel etc. erhöhen im Status quo den finanziellen Betrag, der von jedem Pflegebedürftigen selbst getragen werden muss. Und dies stetig.

So entsteht ein individuelles Finanzloch für die Pflegebedürftigen bei stationärer Pflege, das häufig nur noch über die Sozialhilfe aufgefangen werden kann. Eine Finanzreform der Pflegeversicherung ist somit unumgänglich, nicht zuletzt, um eine vermehrte Altersarmut zu verhindern. Zugleich gilt es, eine solche Finanzreform mit konkreten strukturellen Reformschritten zu verknüpfen.

Eine solche Finanzreform hat Bundesgesundheitsminister Jens Spahn für das Jahr 2020 angekündigt.

Notwendig: Festschreibung des pflegebedingten finanziellen Eigenanteils

Im Kontext dieser Reform schlägt der DEVAP die Festschreibung des pflegebedingten finanziellen Eigenanteils in der stationären Pflege vor.

Obwohl die Pflegeversicherung in den letzten Jahren finanziell besser ausgestattet wurde, können sich viele pflegebedürftige Menschen in Deutschland die notwendige Pflege - vor allem im stationären Bereich - nicht leisten und sind auf Sozialhilfe angewiesen. Dies widerspricht der ursprünglichen Zielsetzung der Pflegeversicherung, Armutsrisiken, die durch eine Pflegebedürftigkeit entstehen, zu beseitigen.

Um die „Pflegeteilkaskoversicherung“ aus den 90er Jahren zu retten, bedarf es nach Ansicht des DEVAP einer umfassenden und nachhaltigen Pflegereform.

Die Pflegeversicherung muss so weiterentwickelt werden, dass diese eine vollständige Übernahme der Kosten für den pflegebedingten Aufwand garantiert und zugleich mit einer Festschreibung des pflegebedingten finanziellen Eigenanteils weitreichende Planungssicherheit für alle Betroffenen ermöglicht.

Derzeit werden die Kosten für die Pflege nur bis zu einer bestimmten Höchstgrenze von der Pflegeversicherung übernommen. Alle darüberhinausgehenden Kosten (sog. Spitze) müssen privat finanziert werden. Dieses Prinzip muss umgedreht werden: die Pflegebedürftigen zahlen monatlich einen festen finanziellen Eigenanteil für die pflegerischen Leistungen (sog. Sockelbetrag); die darüber hinausgehenden Kosten sollten künftig von der Pflegeversicherung getragen werden.

Unabhängig von Einkommen und Vermögen wird es hierdurch für alle Bürger*innen möglich, das eigene pflegebedingte Finanzierungsrisiko planbar zu kalkulieren und Vorsorge zu treffen. Hierfür notwendige Beitragserhöhungen der Pflegeversicherung in den kommenden Jahren lassen sich weitgehend durch Steuerzuschüsse, eine sinnvolle Neuordnung von sozialer und privater Pflegeversicherung sowie einer angemessenen Besteuerung von Kapitalerträgen finanzieren.

Finanz- und Strukturreform der Pflegeversicherung zeitgleich umsetzen

Der Finanzreform muss die Strukturreform der Pflegeversicherung zeitgleich folgen. Bleibt die strukturelle Ausgestaltung der Pflegeversicherung und der Versorgung der Pflegebedürftigen trotz neuer Finanzreform bestehen, engt man die innovativen Möglichkeiten der Versorgungslandschaft ein.

Neue Wohnformen, die Ausrichtung der Versorgung an der Trennlinie von Wohnen und Pflege, eine sektorenfreie Versorgung, all dies muss Platz innerhalb der Neugestaltung der Pflegeversicherung finden.

Außerdem müssen korrespondierend zur Finanzreform die freiwerdenden Mittel (durch Überführung der medizinischen Behandlungspflege in das SGB V, durch die Entlastung der Kommunen, durch die Schaffung einer Pflegebürgerversicherung) sinnvoll und anders in einer neuen Struktur eingesetzt werden.

© Foto: iStock

Zusammenfassend empfiehlt der DEVAP folgende Einzelpunkte für eine nachhaltige Finanz- und Strukturreform der Pflegeversicherung:

1. **Festschreibung des pflegebedingten finanziellen Eigenanteils in der stationären Pflege:**
   Die Pflegeversicherung muss zu einer echten Pflegeteilkaskoversicherung weiterentwickelt werden, die eine vollständige Übernahme der Kosten für den pflegebedingten Aufwand garantiert und zugleich mit einer Festschreibung der Eigenanteile Planungssicherheit für alle Betroffene ermöglicht. Der sog. Sockel-Spitze-Tausch dreht das Prinzip der gedeckelten Leistungen um und sorgt dafür, dass die Pflegeversicherung alle anfallenden Pflegekosten vollständig trägt.

2. **Sektorengrenzen abbauen:**
   Die Sektoren der Pflege werden aufgelöst. Pflegebedürftige Menschen haben das Recht auf gesellschaftliche Partizipation und eine individuelle, möglichst selbstbestimmte Lebensführung unabhängig von ihrem Wohnort, ihrem Alter oder ihren Beeinträchtigungen. Pflege muss dort stattfinden, wo der Pflegebedürftige wohnen will. Ziel muss es somit sein, die sektorale Trennung zwischen ambulant und stationär aufzuheben. Dies eröffnet zum einen die Möglichkeit für die Entstehung innovativer Wohnformen. Zum anderen können Angehörige und die Zivilgesellschaft in allen Wohnsettings an der Pflege beteiligt werden.

3. **Pflegende Angehörige und Zivilgesellschaft stärken:**
   Die sektorenübergreifende Gestaltung der Pflege und die Neuordnung der Leistungserbringung öffnen den Weg zu einer Modularisierung der Leistungen und schaffen die Möglichkeit, tragfähige Formen zur dringend erforderlichen Stärkung der Angehörigenpflege, auch im (dann vormals) stationären Wohnen zu entwickeln. Ziel muss es sein, pflegende Angehörige bzw. die Zivilgesellschaft verbindlich an der Versorgung der Pflegebedürftigen zu beteiligen (Cash for Care).

4. **Kommunen stärken - Pflegerische Infrastruktur und Förderung des Gemeinwesens als kommunale Pflichtaufgabe:**
Wer einen ausgewogenen, zukunftsfähigen und am Bedarf des örtlichen Gemeinwesens orientierten Ausbau pflegerischer Infrastruktur für ältere Menschen möchte, kommt nicht umhin, genau dies zur kommunalen Pflichtaufgabe zu machen. Durch die vollständige Überführung der Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege in das SGB V und die Einführung einheitlicher Sockelbeträge für alle Versorgungsbereiche, werden die Kommunen als Sozialhilfeträger deutlich entlastet. Damit eröffnet sich der finanzielle Spielraum für eine subsidiäre Verantwortungsübernahme beim Ausbau der Pflegeinfrastruktur.

5. **Weiterentwicklung der Investitionskosten als Beitrag zu einheitlichen Lebensbedingungen:**
Die Länder müssen endlich ihre gesetzliche Verantwortung ernst nehmen und ausreichend in die Pflegeinfrastruktur investieren. Würden die Investitionskosten von den Ländern getragen, würde dies zu einer Reduzierung der Heimentgelte in geförderten Einrichtungen führen und damit auch zu einer spürbaren Entlastung von Pflegebedürftigen und Angehörigen. Die Formulierung im § 9 SGB XI sollte nachgeschärft werden, um die Investitionspflicht der Länder und Kommunen rechtlich klarzustellen. Dabei wäre es begrüßenswert, wenn der Bund - analog der Entwicklung des einheitlichen Pflege-Personalbemessungsverfahrens in der Langzeitpflege - die Initiative zur Schaffung einer einheitlichen Bemessungsgrundlage für die operative Bewertung von Investitionskosten der Pflegeeinrichtungen ergreifen würde (u.a. auf der Grundlage harmonisierter baulicher Vorgaben und angeglichener Bewertungsinstrumente zur Investitionskostenberechnung). Analoges gilt für den ambulanten Bereich, bei dem die Pflegebedürftigen je nach Bundesland die Investitionskosten mehr oder weniger übernehmen müssen.

6. **Einheitliches Personalaufbaukonzept entwickeln:**
Ausreichend Personal und professionalisierte Mitarbeitende:
Die dringend notwendige Aufwertung des Pflegeberufes durch das neue Pflegeberufegesetz (PflBG) muss auf allen Ebenen unterstützt und gefördert werden. Dazu muss das Kompetenzprofil der Altenpfleger gemäß Anlage 4 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung zum PflBG an das Kompetenzprofil der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege angeglichen werden.
Die Anrechnung der Auszubildenden muss auf die Personalschlüssel für die gesamte Ausbildungsdauer ausgesetzt werden. Für eine gesamtgesellschaftliche Anerkennung des Pflegeberufs sind bessere Arbeitsbedingungen (u.a. verlässliche Dienstplanungen und ein planbares Frei), bundesweit einheitliche ethische, fachliche und vor allem bedarfsorientierte Standards für den Einsatz von Fachkräften, eine angemessene tarifliche Entlohnung, die auch vollständig refinanziert wird, und multiprofessionelle, multikulturelle und flexible Teams unabdingbar. Das bisherige Pflege-Personalbemessungssystem in der Langzeitpflege mit z. T. gravierend unterschiedlichen Personalausstattungen in den Bundesländern muss durch ein bundeseinheitliches Verfahren ersetzt werden, dass eine wissenschaftlich fundierte und bedarfsgerechte Bemessung des Pflegepersonals auf der Basis valider Verfahren und Instrumente ermöglicht. Es ist zudem absehbar, dass eine veränderte Gewichtung im Personaleinsatz zwischen Fach- und Hilfskräften einhergeht mit einer Neuordnung des professionellen Miteinanders und eine veränderte Aufteilung bisheriger Aufgaben und Tätigkeiten erfordert. Hierzu sind Maßnahmen zur Personalentwicklung, zum Personaleinsatz und zur Personalqualifizierung sowie zur Organisationsentwicklung notwendig, die nicht allein von den Pflegeeinrichtungen geleistet werden können. Die internationale Anwerbung von Pflegefachkräften und Auszubildenden der Pflege wie auch deren Integration sind zu unterstützen.

7. **Chancen der Digitalisierung nutzen:**
Richtig und achtsam eingesetzt ist Digitalisierung in der Pflege gut für die Pflegebedürftigen und hilfreich für den Pflegenden. Der DEVAP setzt sich für den Ausbau und die Finanzierung einer digitalen pflegerischen Infrastruktur ein und fordert gleichzeitig einen generationsübergreifenden Diskurs zum Thema. Dabei ist leitend, dass die Technik dem Menschen dienen und den Beteiligten einen Nutzen verschaffen muss: Zum einen soll die Einführung technischer Assistenzsystem geeignet sein, die Selbständigkeit von Menschen mit Pflegebedarf zu fördern und die Mitarbeitenden im Arbeitsalltag zu entlasten, damit mehr Zeit für die menschliche Zuwendung bleibt. Zum anderen soll der Verwaltungsaufwand - von der Leistungsbeauftragung über die Leistungserfassung bis zur Abrechnung sowie die Kommunikation mit den Kranken- und Pflegekassen - auf komplett digitale Verfahren umgestellt werden.

III.

Finanz- und Strukturreform *im Detail*

© Foto: iStock

1.

Festschreibung des pflegebedingten Eigenanteils in der stationären Pflege

Nach wie vor bedeutet Pflegebedürftigkeit für die meisten Betroffenen eine große finanzielle Belastung. Daran haben auch die Pflegestärkungsgesetze nur wenig geändert. Angesichts stetig steigender finanzieller Eigenanteile ist die Pflegeversicherung in ihrer heutigen Form nicht mehr geeignet, die Kosten für Pflegeleistungen hinreichend abzudecken und eine finanzielle Überlastung der Betroffenen zu vermeiden.

An einer umfassenden und nachhaltigen Reform der Pflegeversicherung führt nach Ansicht des DEVAP daher kein Weg vorbei: der für die Pflege notwendige finanzielle Eigenanteil muss für alle Versicherten kalkulierbar werden, um das spätere Abrutschen in die Sozialhilfe zu vermeiden.

Mit der im Jahr 1995 eingeführten Pflegeversicherung verfolgte der Bundesgesetzgeber das Ziel, die zunehmende Inanspruchnahme von Sozialhilfeleistungen im Pflegefall zu vermeiden. So hieß es im damaligen Entwurf des Pflege-Versicherungsgesetzes: „...wer sein Leben lang gearbeitet und eine durchschnittliche Rente erworben hat, soll wegen der Kosten der Pflegebedürftigkeit nicht zum Sozialamt gehen müssen“. [4]

Tatsächlich überschreiten die monatlichen Kosten für die Pflege in vielen Fällen schon seit langem wieder die monatlichen Rentenbezüge. Seit Juli 2020 müssen Pflegebedürftige im Bundesdurchschnitt jeden Monat mehr als 2.000 Euro selbst zur stationären Pflege beisteuern.

[4] PflegeVG-E, S. 2

© Foto: iStock

Vom Pflegebedürftigen zu tragenden Kosten steigen

Die Kosten setzen sich zusammen aus dem einrichtungseinheitlichen Eigenanteil (EEE) für den pflegebedingten Aufwand der Pflegegrade 2 bis 5, den Kosten für Unterkunft und Verpflegung, die Ausbildungsumlage sowie für die Investitionskosten. In Nordrhein-Westfalen beispielsweise sind aktuell 818 Euro für den einrichtungseinheitlichen Eigenanteil (EEE), 1.036 Euro für Unterkunft und Verpflegung sowie weitere 551 Euro für die Investitionskosten aufzuwenden. Dies entspricht einer Summe von 2.405 Euro - jeden Monat. Wer kann sich das noch leisten?

Solange sich nichts ändert, werden die finanziellen Eigenanteile für die Pflege auch in Zukunft weiter steigen.

Der DEVAP begrüßt die im Rahmen der Konzertierten Aktion Pflege (KAP) 2019 geplanten politischen Vorhaben zur Verbesserung der Versorgungsqualität und zur Bekämpfung des Fachkräftemangels. Für die Pflegebedürftigen jedoch wird sich die finanzielle Belastung durch diese Maßnahmen weiter erhöhen. Denn derzeit sind alle Leistungen der Pflegeversicherung gedeckelt und werden zugleich unzureichend dynamisiert.

Dieser Webfehler in der Pflegeversicherung führt beispielsweise bei Verbesserungen der Personalschlüssel oder tariflichen Lohnsteigerungen dazu, dass ein immer größerer Anteil der Kosten von den Pflegebedürftigen selbst getragen werden muss. Das ist nicht nur ungerecht, sondern eine Armutsfalle für viele Betroffene.

DEVAP legt Forderungen für eine nachhaltige Pflegeversicherung vor

Als Partner der Initiative Pro-Pflegereform legt der DEVAP mit seiner Forderung nach der Festschreibung des pflegebedingten Eigenanteils in der Pflegeversicherung ein wirksames Modell zur Begrenzung der individuellen Pflegekosten vor und zeigt erstmals ein zugleich wissenschaftlich fundiertes Modell für eine Finanz- und Strukturreform der Pflegeversicherung auf.

Die Pflegeversicherung muss zu einer echten Pflegeteilkaskoversicherung weiterentwickelt werden, die eine vollständige Übernahme der Kosten für den pflegebedingten Aufwand garantiert und zugleich mit einer Festschreibung der finanziellen Eigenanteile der Pflegebedürftigen in der stationären Pflege Planungssicherheit für alle Betroffenen ermöglicht.

Festschreibung des pflegebedingten Eigenanteils als wesentliches Element

Die Festschreibung des pflegebedingten Eigenanteils (sog. Sockel-Spitze-Tausch) dreht das Prinzip der gedeckelten Leistungen um und sorgt dafür, dass die Pflegekasse alle anfallenden Pflegekosten vollständig trägt. Dieses Prinzip, das in der Krankenversicherung genauso gilt wie bei der Haftpflichtversicherung, muss endlich auch auf die Pflegeversicherung übertragen werden.

Der Versicherte bezahlt einen fixen, zeitlich begrenzten Eigenanteil (Sockel), der für jeden kalkulierbar ist und dadurch im Vorfeld angespart werden kann. Die Höhe des Sockels kann politisch bestimmt und beispielsweise auf dem Niveau der derzeitigen durchschnittlichen Eigenanteile eingefroren werden.

Voraussetzung dafür, ebenso wie für eine zukünftig sektorenfreie Ausgestaltung der Pflegeorte, ist eine systemkonforme Überführung der Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege aus dem SGB XI in das SGB V.

Während die Pflegeversicherung künftig anhand von Modulen die Leistungen der Pflege und Betreuung, der Hilfe bei der Haushaltsführung, der Steuerung der Pflege und der Hilfe bei der Bewältigung von krankheits- und therapiebedingten Aufgaben übernimmt, finanziert die Krankenversicherung (SGB V) künftig alle Maßnahmen zur Behandlungspflege. Diese können unabhängig vom Lebensort ärztlich verordnet und vom Pflegedienst oder vom Pflegeheim nach denselben Regeln erbracht und abgerechnet werden.

Die Pflegebedürftigen übernehmen daneben alle Kosten, die für Unterkunft, Verpflegung und Miete entstehen. Diese fallen selbstverständlich je nach Lebensort und Lebensstil in der eigenen Wohnung, im Betreuten Wohnen oder im Pflegeheim unterschiedlich hoch aus.

Valide Schätzungen gehen bis zum Jahr 2045 von einer Erhöhung des Beitragssatzes zur Pflegeversicherung auf 4,5 % aus. Ohne Reform würden sich die Eigenanteile allein für den pflegebedingten Aufwand bis dahin auf monatlich knapp 2.000 Euro vervielfachen.

In der Modellrechnung der Initiative Pro-Pflegereform[5] läge die finanzielle Belastung für die Betroffenen mit 471 Euro pro Monat deutlich darunter. Zudem wird in diesem Modell die Verpflichtung für diese Zahlung zeitlich auf eine Dauer von vier Jahren begrenzt, so dass längere Phasen der Pflegebedürftigkeit die Belastung nicht unverhältnismäßig erhöhen. Im Gegenzug müssten die Beiträge hierfür bis zum Jahr 2045 um weitere 1,1 % angehoben werden. Berechnungen der Initiative Pro-Pflegereform zeigen jedoch, dass diese Mehrkosten durch zusätzliche Sekundärreformen - wie einem dynamischen Steuerzuschuss sowie die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung zu einer Pflegebürgerversicherung - vollständig aufgefangen werden können.

[5] Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung – 2. Gutachten Initiative Pro Pflegereform

Steuerzuschuss als sinnvoller Beitrag

Ein Steuerzuschuss kann aus Sicht des DEVAP einen sinnvollen Beitrag zur ergänzenden Finanzierung der Pflegeversicherung leisten, sofern dieser verfassungskonform gestaltet wird und sich dynamisch an die Entwicklung der Gesamtausgaben in der Pflegeversicherung anpasst.

Um die erforderliche Nachhaltigkeit abzusichern und der Gefahr einer „Zahlung nach Kassenlage“ zu begegnen, muss der Zuschuss zudem regelgebunden sein. Für die Pflegeversicherung könnte beispielsweise ein initial festgesetzter Steuerzuschuss eingeführt werden, welcher jährlich in Relation zur Entwicklung des Beitragssatzes im Vorjahr angepasst wird. Ein solcher fortwährend dynamisierter Zuschuss in Höhe von zunächst 10 % der Leistungsausgaben der Pflegeversicherung würde nach Berechnungen im Auftrag der Initiative Pro-Pflegereform ausreichen, um 0,6 Beitragssatzpunkte bzw. die Hälfte der erforderlichen Beitragssatzerhöhungen aufzufangen.

Ungerechtigkeiten zwischen Sozialer und Privater Pflegeversicherung abbauen

Weiterhin muss die anstehende Pflegereform aus Sicht des DEVAP dazu genutzt werden, um die bestehenden Ungerechtigkeiten in der Ausgestaltung zwischen sozialer (SPV) und privater (PPV) Säule der Pflegeversicherung zu beseitigen.

Im Jahr 2001 hat das Bundesverfassungsgericht dem Gesetzgeber eine Trennung beider Systeme unter der Voraussetzung einer „ausgewogenen Lastenverteilung“ gestattet. Neue wissenschaftliche Erkenntnisse zeigen jedoch auf, was schon immer bekannt war: die Versicherten in der privaten Pflegeversicherung (PPV) weisen eine in jeder Hinsicht günstigere Risikostruktur im Hinblick auf die Erlebenswahrscheinlichkeit einer Pflegebedürftigkeit auf. So ist die altersspezifische Pflegewahrscheinlichkeit in der sozialen Pflegeversicherung aufgrund einer ungünstigeren Altersverteilung mit 4,6 % mehr als doppelt so hoch, wie in der PPV. Frauen sind in der privaten Säule nur unterdurchschnittlich versichert, tragen aber aufgrund ihrer höheren Lebenserwartung ein signifikant höheres Pflegerisiko als Männer. Entsprechend sind die Ausgaben in der sozialen Pflegeversicherung unter Berücksichtigung der Beihilfe bei gleichen Begutachtungskriterien und gleichem Leistungsrecht rund dreimal so hoch.

Unter Gerechtigkeitsaspekten ist die daraus resultierende Privilegierung der Privatversicherten nicht zu rechtfertigen. Auch von einer ausgewogenen Verteilung der Lasten kann unter diesen Voraussetzungen nicht einmal ansatzweise die Rede sein.

Der DEVAP fordert daher, alle Versicherten an der solidarischen Finanzierung der Pflege zu beteiligen und beide Säulen unter einer gesamten gesetzlichen Pflegeversicherung zu vereinen. Allein diese Maßnahme wäre geeignet, den Beitragssatz bis zum Jahr 2045, um knapp 0,8 Beitragssatzpunkte zu reduzieren und muss daher auch Bestandteil zukünftiger Koalitionsverhandlungen sein. Wird gleichzeitig ein Steuerzuschuss eingeführt, kann es gelingen, den Anstieg des Beitragssatzes bis zum Jahr 2045 gegenüber dem heutigen Niveau auf 1,2 % zu begrenzen.

Berücksichtigung weiterer Einkommensarten

Nach Ansicht des DEVAP ist zudem die Umsetzung weiterer Maßnahmen zu prüfen, sofern diese dem Ziel einer individuellen Absicherung des Pflegerisikos und zugleich solidarischen sowie generationengerechten Neuausrichtung der Pflegeversicherung unterzuordnen sind. Hierzu gehört auch die Berücksichtigung weiterer Einkommensarten.

In der gesetzlichen Kranken- und sozialen Pflegeversicherung wird derzeit ausschließlich das Arbeitseinkommen als Grundlage zur Beitragsbemessung herangezogen. Weitere Einkommensarten, wie Erträge aus Vermögen, Vermietung oder Verpachtung bleiben hingegen unberücksichtigt. Der DEVAP fordert, die hierdurch entstehenden Gerechtigkeitslücken zu schließen und befürwortet eine Heranziehung sämtlicher Einkommensarten auf Basis des steuerlichen Einkommensbegriffs.

Zusammenfassung

Mit Einführung der echten Pflegeteilkaskoversicherung und dem damit verbundenen Paradigmenwechsel werden die Verhältnisse im SGB XI zurechtgerückt. Durch die Begrenzung der stetig steigenden finanziellen Eigenanteile wird die zunehmende finanzielle Überforderung der Pflegebedürftigen effektiv verhindert und eine bedarfsgerechte Pflege ohne Kostenrisiken gewährleistet.

Kostensteigerungen, die beispielsweise durch das angekündigte Pflege-Personalbemessungssystem in der Langzeitpflege zu erwarten sind, würden künftig durch die Pflegeversicherung (durch die Pflegekasse) getragen werden. Das gilt auch für Mehrkosten, die durch Tariferhöhungen oder durch höhere Pflege-Personalschlüssel nach den Landesrahmenverträgen entstehen.

Pflegebedürftige, Angehörige und die Kommunen als Sozialhilfeträger würden dadurch finanziell deutlich entlastet. Die Gesellschaft wird durch einen moderaten Anstieg der Beitragssätze sowie einen Zuschuss aus Steuermitteln solidarisch an der Finanzierung der Pflege beteiligt und bestehende Ungerechtigkeiten in der Versichertenstruktur durch eine Neuordnung von sozialer und privater Pflegeversicherung beseitigt. So sieht aus Sicht von DEVAP und der Initiative Pro-Pflegereform eine wirksame, gerechte und bezahlbare Reform der Pflegeversicherung aus.

Die geforderte Finanz- und Strukturreform schließt auch die Berücksichtigung der Kurzzeitpflege für eine auskömmliche Finanzierung in den unterschiedlichen Funktionen für pflegebedürftige Menschen und deren Angehörige ein. Ziel muss sein, die Passgenauigkeit entsprechend der Bedarfslagen zu gestalten.

2.

Sektorengrenzen abbauen – Neuorganisation des Leistungsgeschehens entlang der Grenzlinie Wohnen/Pflegen

Die Pflege entwickelt sich kontinuierlich weiter. Auch die Wohn- und Versorgungsformen werden immer differenzierter und innovativer. Hierfür müssen die rechtlichen Hürden so gering wie möglich sein, um jedem Menschen die Pflege zu ermöglichen, die für ihn die passendste ist.

Die zentrale Frage für das Leistungsgeschehen darf dabei nicht sein, wo bzw. in welchem ordnungsrechtlichen Rahmen eine Leistung bezogen wird, sondern wer die Leistungserbringung verantwortlich übernimmt. Dies muss grundsätzlich unabhängig vom Ort des Wohnens sein.

Mit dem ambulanten und dem stationären Pflegebereich haben sich über die Jahre hinweg in der Pflege zwei fast unvereinbare Sektoren gebildet, die nach grundsätzlich unterschiedlichen Regeln funktionieren.

Je nachdem, wo die Menschen versorgt werden, erhalten sie derzeit ganz verschiedene Leistungen. Es ist ungerecht, wenn der Lebensort die Leistungen bestimmt oder wenn aufgrund der Lebensumstände manche Kombinations- oder Entlastungsleistungen nicht in Anspruch genommen werden können.

Ziel muss es sein, die sektorale Trennung zwischen ambulant und stationär aufzuheben und durch die Einteilung in Pflege und Wohnen zu ersetzen. Auf diese Weise können innovative und bedarfsgerechte Wohnformen entstehen. Ebenso können Angehörige und die Zivilgesellschaft stärker an der Pflege in allen Wohnsettings beteiligt werden.

Voraussetzungen für eine sektorenfreie Pflegewelt

Die Voraussetzungen für die Umsetzung einer sektorenfreien Pflegewelt sind:

Die Bestimmung des individuellen Bedarfs und die Umrechnung der notwendigen Leistungen in ein Budget.
Die Bedarfsfeststellung ist Aufgabe eines weiterentwickelten, unabhängigen Medizinischen Diensts der Krankenversicherung (MDK) und ist von diesem auf der Grundlage des neuen Begutachtungsinstrumentes[6] vorzunehmen. Das Assessment kann von autorisierten Trägern zur Umsetzung des Bürokratieabbaus genutzt werden, um die Bedarfsbemessung stichprobenhaft zu kontrollieren. Eine erste Begutachtung ist NICHT vom Träger vorzunehmen. Bisher findet die Bedarfsfeststellung anhand der Items des Begutachtungsinstrumentes aber nach Feststellung dann starr innerhalb der fünf Pflegegrade statt. Möglich wäre auch eine Bedarfsfeststellung ausschließlich anhand der Items, was die Individualität des Leistungsbedarfes noch deutlicher hervorheben würde. Hier besteht weiterer Forschungsbedarf.

Eine sektorenfreie Definition und Verpreisung von Leistungsmodulen.
Das Leistungsbudget wird in kommunaler Verantwortung nach den Präferenzen des Pflegebedürftigen in ein individuelles Pflegearrangement von professionellen und zivilgesellschaftlichen Leistungserbringern umgewandelt (Care und Case Management). Dabei sind die Aufgaben des Case Managements die Erstellung eines Leistungsplans zur Steuerung, die Verteilung des Budgets und die Beratung über lokale professionelle Anbieter, die Koordination der Leistungserbringer sowie die vertragliche Ausgestaltung der Erbringung konkreter Leistungsinhalte zwischen Pflegekassen und zivilgesellschaftlicher Pflegeperson.

Die Ermöglichung der Übernahme von bestimmten Modulen / Leistungen durch Zu- und Angehörige bzw. die Zivilgesellschaft.
Ausgenommen von der Übernahme durch Angehörige oder die Zivilgesellschaft sind insbesondere die dem Modul „Steuerung der Pflege“ zugeordneten Leistungen. Hier subsummiert sind acht Leistungen, die zur Leistungszumessung wie das verpflichtende Care und Case Management erforderlich sind. Zusätzlich sind Leistungen zur Pflegeprozesssteuerung und zur Qualitätssicherung bei zivilgesellschaftlicher Übernahme diesem Modul zugewiesen und können nicht extern vergeben werden.

Die Pflegebedürftigen können ihr Budget frei mit den professionellen Anbietern in Form eines individuellen Pflegeplans verteilen.

Die Aufgabe der professionellen Anbieter wird sich in diesem Zuge massiv verändern. Neben der Leistungserbringung werden sie das Case Management unterhalb der kommunalen Ebene übernehmen. Außerdem müssen sie das Bindeglied zwischen dem MDK und den Pflegebedürftigen sein, den Pflegeplan regelmäßig anpassen bzw. eine Neubegutachtung anstoßen und sicherstellen, dass die zivilgesellschaftliche Leistungserbringung in einer hinreichenden Qualität erbracht wird.

[6] https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/schriftenreihe/GKV-Schriftenreihe_Pflege_Band_2_18962.pdf

3.

Pflegende Angehörige und Zivilgesellschaft stärken

Die enormen Herausforderungen des demografischen Wandels treffen die Altenpflege in doppelter Hinsicht: Zehn Jahrgänge der geburtenstärksten Babyboomer-Jahrgänge in Deutschland werden mit etwa 13 Millionen Menschen bis zum Jahr 2031 das Rentenalter erreichen. Diese Menschen werden vermutlich aufgrund ihrer häufig gebrochenen und durch Orts-wechsel geprägten Lebensbiografien viel stärker als vorherige Generationen auf die Zivilgesellschaft angewiesen sein. Zugleich steht immer mehr älteren und pflegebedürftigen Menschen ein abnehmendes Potential an erwerbsfähigen, familiären und professionellen Pflegepersonen gegenüber.
Um dieser drohenden Abnahme an Pflegenden entgegenzuwirken, sind verschiedene Maßnahmen zur Stärkung der Position von Pflegenden

© Foto: iStock

Angehörigen und der Zivilgesellschaft erforderlich. Im Rahmen der oben aufgeführten Aufhebung der Sektorengrenzen wird die stationäre pauschale Vollversorgung durch das Wohnen mit zugewählten Pflege- und Betreuungsleistungen ersetzt (Zuwahllogik). Damit wird es, wie oben dargelegt, auch im stationären Setting, im Betreuten Wohnen und den weiteren innovativen Wohnformen möglich, bestimmte Module verbindlich durch Angehörige erbringen zu lassen.

Dies hat auch zur Folge, dass sich die Rolle der Wohlfahrtsverbände verändert. Aus der Verantwortung der Pflegeprozessplanung heraus ist es möglich, auf der Grundlage der weiteren Module im Sinne einer zugehenden Begleitung und Beratung gemeinsam mit der Zivilgesellschaft eine passgenaue Pflege für die Pflegebedürftigen zu entwickeln. Dies erfordert eine neue Qualität der Zusammenarbeit zwischen Zivilgesellschaft und Pflegeprofis.

Angehörige leisten verstärkt Pflege

Grundsätzlich gilt es, die besonderen Leistungen pflegender Angehöriger anzuerkennen und zu würdigen. Wie jedoch zukünftig eine verbindliche Mitwirkung von Angehörigen und der Zivilgesellschaft - bei zunehmender Erosion des gegenwärtig noch familienbasierten Unterstützungssystems - ausgestaltet sein könnte, ist aus Sicht des DEVAP noch nicht hinreichend geklärt.

Es gibt aktuell zwei Ansätze:

Variante 1 sieht vor, das Pflegegeld (für die Pflegebedürftigen) zu einem Pflegegeld 2.0 (für die Pflegenden) weiterzuentwickeln. An- und Zugehörige könnten in diesem Konzept Leistungsmodule ganz oder teilweise verbindlich übernehmen. Für die Übernahme werden 40 % des Leistungsbetrages bei Leistungserbringung durch einen professionellen Pflegedienst als steuer- und beitragsfreies Pflegegeld an die Pflegeperson ausgezahlt. Zivilgesellschaftliche Personen erhalten eine Grundqualifikation, die Leistungserbringung wird qualitätsgesichert.[7]

Bei **Variante 2** wechseln die bisherigen Pflegepersonen der Versicherten in ein Festanstellungsverhältnis, wenn sie nicht auf den zuvor beschriebenen Sachleistungsbezug in der häuslichen Pflege umsteigen. Das sozialversicherungspflichtige Festanstellungsverhältnis sollte die pflegenden Angehörigen, andere private Pflegepersonen sowie die sogenannten Live-Ins[8] umfassen. Die pflegenden Angehörigen werden deutlich bessergestellt, da sie eine der Arbeitsleistung entsprechende Rentenvorsorge treffen können und nicht durch die Pflege von Angehörigen später von Altersarmut betroffen sind. Sie erhalten eine wirkungsvolle Form der sozialen Absicherung.

Als Konsequenz wäre ein professionelles Case Management (siehe unter 2) dann verpflichtend, dass die Arbeitgeber (z.B. die Kommunen) organisieren und vorhalten.

Der Vorschlag, die Angehörigenarbeit angemessen zu bezahlen, ist aus Sicht des DEVAP ein interessanter Ansatz und sollte weiter durchdacht werden. Es besteht zudem Forschungsbedarf, um die Wirksamkeit des derzeit bestehenden Systems rund um das Pflegegeld zu bewerten. Der DEVAP wird sich hierzu fachlich positionieren.

[7] Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung – 2. Gutachten Initiative Pro-Pflegereform
[8] Konzept für eine grundlegende Pflegereform – Diakonie Deutschland / DEVAP

4.

Kommunen stärken: Pflegerische Infrastruktur und Förderung des Gemeinwesens als kommunale Pflichtaufgabe

Mit der Festschreibung des pflegebedingten finanziellen Eigenanteils werden nicht nur die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen entlastet, sondern auch die Kommunen als Sozialhilfeträger. Damit eröffnet sich für Gemeinden, Städte und Landkreise der finanzielle Spielraum, sich nicht nur planerisch, sondern auch mit einer stärkeren subsidiären Verantwortungsübernahme für den Ausbau einer zukunftsfähigen Pflegeinfrastruktur zu engagieren und diese zu finanzieren.

Bei Umsetzung der oben dargestellten Strukturreform kommen auf die Kommunen verschiedene neue Aufgaben zu. Zum einen übernehmen sie im Rahmen des Case Managements die Aufgabe, das Leistungsbudget nach den Präferenzen des Pflegebedürftigen in ein für ihn optimales Pflegearrangement von professionellen und zivilgesellschaftlichen Leistungserbringern umzuwandeln.

Das durch den „neuen“ MDK festgestellte Budget wird in einen individuell zu erstellenden Leistungsplan transferiert. Ein verbindliches Case Management für alle Pflegebedürftigen ist aus Sicht des DEVAP kaum umzusetzen. Auch hierzu besteht weiterer Forschungsbedarf.

Die Kommunen übernehmen die Koordination zwischen professionellen Anbietern und/oder Angehörigen bzw. der Zivilgesellschaft. Sie haben hier im letzteren Fall auch die verbindliche Abstimmung der Erbringung konkreter Leistungsinhalte zwischen Pflegekasse und zivilgesellschaftlicher Pflegeperson („Cash gegen Care“) zu organisieren.

Quartiersmanagement als zentraler Baustein nutzen

Zwei Drittel der Pflegebedürftigen werden zu Hause versorgt. Um diese Versorgungsform neben der finanziellen Absicherung der Pflegenden auch strukturell zu stützen, muss mit der flächendeckenden Einführung und der zuverlässigen Refinanzierung von Quartiersmanagement ein weiterer zentraler Baustein umgesetzt werden.

Gemeinwesenarbeit, wie beispielsweise auch durch das Netzwerk SONG gefordert, sollte an Einrichtungen zivilgesellschaftlicher, gemeinnütziger Akteure angebunden sein, für die insbesondere die Diakonie, die Caritas und die freie Wohlfahrtspflege stehen. Aufgabe der Gemeinwesenarbeit ist es, unterstützende Strukturen und Netzwerke für Pflegebedürftige und ihre Familien aufzubauen und zu pflegen sowie das freiwillige Engagement im Quartier durch Information und Training zu fördern.

Angesichts eines für viele Bürger*innen unübersichtlichen Angebots ist auch eine stärkere Zusammenführung von Beratungsangeboten sowie Koordinations- und Moderationsaufgaben in ein Quartiersmanagement neu zu bedenken. Der Sozialraum und die Kooperationen vor Ort sind der entscheidende Bezugsrahmen, um die demografischen Veränderungen zu bewältigen. Ohne eine steuernde, koordinierende Struktur auf kommunaler Ebene wird dies allerdings nicht gelingen.

Kommunen müssen sich weiterentwickeln

Diese subsidiäre Förderung der pflegerischen Infrastruktur muss umgehend als Pflichtaufgabe formuliert werden. § 71 SGB XII muss entsprechend zu einer verpflichtenden Regelung umformuliert werden. Erst damit wird den Kommunen die entscheidende gestaltende Funktion bei der Pflegeinfrastruktur zugeschrieben, die sie dann durch eine regelmäßige und verbindliche Altenhilfeplanung umsetzen müssen.

Notwendig ist eine bedarfs- und wirkungsorientierte Infrastruktursicherung und Weiterentwicklung der kommunalen Ebenen, die in ein alten- bzw. seniorenpolitisches Gesamtkonzept eingebettet sein muss. Dieses Konzept muss unter Einbeziehung der Akteure der Pflege entwickelt werden. Dazu bedarf es eines wirksamen Steuerungsinstrumentes, das nur mit einem entsprechenden Pflegeförderprogramm funktionieren wird.

Pflegerische Bedarfsprognose vor Ort

Mit einer verbindlichen Bedarfserhebung kann der jeweilige örtliche Bedarf an Pflegeleistungen prognostiziert und nach entsprechenden passgenauen Lösungen gesucht werden. Dabei sollten nach Auffassung des DEVAP wohnortnahe Einrichtungen mit flexiblen Leistungsangeboten entstehen, deren Größe und Ausgestaltung sich am örtlichen Bedarf, an den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen sowie an den Rahmenbedingungen des Quartiers orientieren. Viele Bürger*innen würden von deutlich wahrnehmbaren quartiersnahen Beratungs- und Koordinierungsangeboten enorm profitieren.

Da in vielen Kommunen finanzielle Ressourcen für die Wahrnehmung dieser Aufgaben fehlen, sind die Kommunen vom Bund entsprechend auszustatten. Dazu gehört auch die finanzielle Entlastung Pflegebedürftiger von den von ihnen zu zahlenden Investitionsaufwendungen im Rahmen der Pflege.

© Foto: Pixabay / Montage: Vial

5.

Weiterentwicklung der Investitionskosten als Beitrag zu einheitlichen Lebensbedingungen

Gemäß § 9 SGB XI sind die Länder verantwortlich für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur. Die Verantwortung für die Planung und Förderung der Pflegeeinrichtungen liegt somit in der Zuständigkeit der Länder.

Zur Förderung der Investitionskosten der Pflegeeinrichtungen sollen die Länder die Einsparungen nutzen, die sich aus der Einführung der Pflegeversicherung für die Sozialhilfeträger ergeben. Diese Einsparungen fallen auch heute noch an, sie beliefen sich im Jahr 2015 auf rund fünf Milliarden Euro.[9]

Wenn eine Förderung besteht, muss der Pflegebedürftige die durch die Förderung gedeckten Investitionskosten nicht zahlen, da sonst eine Doppelfinanzierung gegeben wäre. Problematisch ist seit Jahren jedoch, dass die öffentliche Förderung der Einrichtungen in allen Bundesländern stark zurückgegangen ist oder ganz eingestellt wurde.

Nicht alle Länder fördern Investitionen

Grund hierfür sind die knappen Kassen der zuständigen Stellen bei Land und Kommunen und der Leitsatz „ambulant vor stationär“. Eine Investitionskostenförderung erfolgte laut dem Sechsten Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in 12 von 16 Bundesländern: Brandenburg, Rheinland-Pfalz, Sachsen und Sachsen-Anhalt fördern nicht. Die anderen 12 Länder bezuschussen in der Regel Erst- und Folgeinvestitionen im Sinne einer Objektförderung; fünf Bundesländer bezuschussen bewohnerbezogene Aufwendungen bzw. bezahlen Pflegewohngeld.

Die Investitionskostenförderung deckt jedoch nicht zwingend alle umlagefähigen Aufwendungen. Für den nicht übernommenen Teil können die zuständigen Landesbehörden eine Genehmigung für die gesonderte Berechnung der Investitionskosten erteilen. Diese können dann auf die Pflegebedürftigen umgelegt werden.

Die Höhe des Betrages, der den Bewohnern dabei pro Tag in der stationären Pflege in Rechnung gestellt wird, schwankt zwischen 0,45 Euro und 25,83 Euro. Im bundesweiten Durchschnitt machte im Jahr 2015 die von den Pflegebedürftigen in der vollstationären Pflege zu zahlende Vergütung durch die Inrechnungstellung von Investitionskosten nach Angaben des GKV-Spitzenverbandes 431 Euro pro Monat aus.

Förderung entlastet Pflegebedürftige

Würden die Investitionskosten in voller Höhe von den Ländern getragen, würde dies zu einer Reduzierung der Heimentgelte in geförderten stationären Einrichtungen sowie der zu zahlenden Leistungsbeträge in der ambulanten Pflege führen. Das würde zu einer spürbaren Entlastung von Pflegebedürftigen und Angehörigen beitragen.

Der DEVAP fordert daher, dass die Länder endlich ihre gesetzliche Verantwortung ernst nehmen und ausreichend investieren. Zahlen des GKV-Spitzenverbandes zeigen, dass in den vergangenen zehn Jahren Heimbewohner rund 39 Milliarden Euro zu den Investitionskosten beitrugen[10] - eine Aufgabe, die eigentlich die Bundesländer übernehmen sollten.

Für die Festlegung des durch Pflegebedürftigkeit bedingten Mehraufwands für das Wohnen (Investitionen der Sonderimmobilie Pflegeheim) müssen bundesweit einheitliche Regelungen gefunden werden.

Der Mehraufwand in der Immobilie, der durch die Pflege entsteht, muss staatlich unterstützt werden (entsprechend der wohnumfeldverbessernden Maßnahmen im ambulanten Bereich). Die Formulierung im § 9 SGB XI muss entsprechend gesetzlich nachgeschärft werden, um die Investitionspflicht der Länder und Kommunen rechtlich klarzustellen.

Dabei wäre es begrüßenswert, wenn der Bund - analog der Entwicklung des bundesweit einheitlichen Pflege-Personalbemessungsverfahrens in der Langzeitpflege – die Initiative zur Schaffung einer einheitlichen Bemessungsgrundlage für die operative Bewertung von Investitionskosten der Pflegeeinrichtungen auf der Grundlage harmonisierter baulicher Vorgaben und angeglichener Bewertungsinstrumente zur Investitionskostenberechnung ergreifen würde. Analoges gilt für den ambulanten Bereich, bei dem die Pflegebedürftigen je nach Bundesland die Investitionskosten mehr oder weniger übernehmen müssen.

Diese könnten die heutigen länderspezifischen Differenzierungen und Ungleichheiten harmonisieren. Hier besteht Forschungsbedarf. Im Ergebnis führt dies zu einheitlichen Lebensbedingungen pflegebedürftiger Menschen.

[9] Sechster Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, vom 14. Dezember 2016, S. 180 ff

[10] Handelsblatt „Gesundheitspolitik Bundesregierung fordert mehr Pflegeinvestitionen von den Ländern“, 12.07.2019

6.

Einheitliches Personalaufbaukonzept entwickeln: Ausreichend Personal und professionalisierte Mitarbeitende

© Foto: iStock / Montage: Vial

Das neue Pflegeberufegesetz (PflBG) ist ein wichtiger Beitrag für eine umfassende, adäquate und gesellschaftlich relevante Aufwertung des Pflegeberufs. Das Potential neuer pflegerischer Vorbehaltsaufgaben und die Fokussierung auf ein breites Kompetenzprofil gilt es als Chance zur Entfaltung einer zukunftsweisenden Fachlichkeit in der Pflege zu ergreifen.

Zunehmende Möglichkeiten des Einsatzes von akademisch ausgebildetem Pflegepersonal werden wesentliche Auswirkungen auf wissenschaftlich reflektierte Innovationen in der Pflege haben. Die Tiefe der pflegerischen Wertschöpfung wird durch wachsende Verantwortungsübernahme im Rahmen der Delegation und (perspektivisch) Substitution heilkundlicher Tätigkeiten ansteigen. Dies ist angesichts der zunehmenden Versorgungsaufgaben in der Pflege ein Gebot der Stunde.

Kompetenzprofil der Altenpflege wieder aufwerten

Das Kompetenzprofil der Altenpfleger gemäß Anlage 4 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung zum PflBG erfüllt diese Anforderungen nicht. Der Bundesrat hat in seiner Entschließung zur Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (PflAPrV) vom 21.09.2018 die Bundesregierung aufgefordert, die einseitige Absenkung des Niveaus der Altenpflegeausbildung zum nächstmöglichen Zeitpunkt aufzuheben.

Nach nunmehr zwei Jahren ist dem dringend nachzukommen. Das Kompetenzprofil ist wieder dem des in Anlage 3 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung zum PflBG geregelten Kompetenzprofil der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege anzugleichen. Darüber hinaus muss die Anrechnung der Auszubildenden auf die Personalschlüssel per gesetzlicher Regelung nicht nur für das erste Ausbildungsjahr ausgesetzt werden, sondern aufgrund der vielen Praxiseinsätze bei anderen Trägern auch für das 2. und 3. Jahr.

Einheitliche Helfer- und Assistenzausbildung notwendig

Folgt man dem Gutachten von Prof. Dr. Rothgang zur Personalbemessung in der stationären Langzeitpflege, gibt es einen enormen Mehrbedarf von Hilfskräften in der Pflege.

Vor diesem Hintergrund muss zur Entwicklung der notwendigen Haltung und Erhaltung der (Beziehungs)Qualität in den ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen das Personal, gerade und vor allem unterhalb der dreijährigen Ausbildung, qualitativ und quantitativ geschult werden.

Notwendig ist eine bundesweit einheitliche Regelung für die Pflegehelfer- und Assistenzausbildung der Länder zu einer zweijährigen generalistischen Ausbildung. Nur durch eine Gleichwertigkeit und Vergleichbarkeit der Abschlüsse über Landesgrenzen hinweg, kann der Beruf aufgewertet und dem Personalmangel entgegengewirkt werden.

Personalentwicklungsmaßnahmen umsetzen

Die teilweise gravierende unterschiedliche Pflege-Personalausstattung zwischen den Bundesländern in der Langzeitpflege ist problematisch; fachlich kann sie nicht begründet werden. Das bisherige System muss daher durch ein bundeseinheitliches Verfahren ersetzt werden, dass endlich eine wissenschaftlich fundierte und bedarfsgerechte Bemessung des Pflegepersonals auf der Basis valider Verfahren und Instrumente ermöglicht.

Im Rahmen der Debatte um die einheitliche Pflege-Personalbemessung in der Langzeitpflege gilt es zudem, wesentliche Fragestellungen und Herausforderungen im Hinblick auf die Organisationsentwicklung in den stationären Einrichtungen der Altenhilfe in den Blick zu nehmen.

Absehbar ist, dass eine veränderte Gewichtung im Personaleinsatz zwischen Fach- und Hilfskräften eine Neuordnung des professionellen Miteinanders mit sich bringt sowie eine veränderte Aufteilung bisheriger Aufgaben und Tätigkeiten erfordert.

Es sind Maßnahmen zur Personalentwicklung, zum Personaleinsatz und zur Personalqualifizierung notwendig, die nicht allein von den Pflegeeinrichtungen geleistet werden können.

Bessere Rahmenbedingungen für das Pflegepersonal

Für eine gesamtgesellschaftliche Anerkennung und die notwendige Aufwertung des Pflegeberufs sind zudem bessere Rahmenbedingungen für das Pflegepersonal dringend erforderlich.

Die Ressourcenausstattung und die quantitativen Ansprüche in der Pflege müssen im Ergebnis auch einen deutlichen Beitrag zur Arbeits- und Berufszufriedenheit bei den Mitarbeitenden leisten.

Wesentlich sind dabei, neben einer guten Work-Life-Balance, verlässliche Dienstplanungen und ein planbares Frei.

Der Einsatz von Fachkräften muss bundesweit einheitlichen ethischen, fachlichen und vor allem bedarfsorientierten Standards entsprechen und darf kein Ergebnis von Rahmenvertragsverhandlungen auf Länderebene bleiben.

Dies ist neben einer angemessenen tariflichen Entlohnung, deren vollständige Refinanzierung von den Kranken- und Pflegekassen gesichert sein muss, ein wesentlicher Faktor für die künftige Gewinnung von Auszubildenden und Fachkräften für die Pflege alter und kranker Menschen.

Pflege braucht eine gute Ausbildung

Der DEVAP setzt sich für die Förderung multiprofessioneller, multikultureller und flexibler Teams, zusammengesetzt aus Fach- und Hilfskräften der Pflege, Betreuung, Hauswirtschaft, Technik und der Verwaltung ein, um alle Bedürfnisse der hilfesuchenden Menschen im Case Management zu bedienen.

Zudem müssen gute Wege für „neue“ Mitarbeitende mit z.B. Migrationshintergrund oder Quereinsteiger aus anderen Branchen gefunden werden. Hier sind bedarfsgerechte, ausfinanzierte Aus- und Weiterbildungen bzw. Qualifikationsmaßnahmen entsprechend der jeweils vorhandenen Kompetenzen erforderlich, um diese neuen Mitarbeitende zu integrieren.

Auch die für die praktische Ausbildung zuständigen Träger müssen sich neu aufstellen und sich den veränderten Rahmenbedingungen anpassen.

Diese Prozesse brauchen Zeit und bedürfen eines Umdenkens in der bisherigen Personal- und Organisationsentwicklung der Unternehmen.

Die ständige Erhöhung der EEE - auch durch die Ausbildungsumlage - hemmt das Engagement der Träger auszubilden. Da Pflege jedoch eine soziale Gemeinschaftsaufgabe ist, sollten die Pflegebedürftigen die Kostenlast nicht alleine tragen müssen.

Hier muss eine stärkere gesamtgesellschaftliche Verantwortung zu Tragen kommen, in deren Mittelpunkt eine leistungsfähige Pflegelandschaft mit ausreichendem und gut ausgebildetem Personal steht. Der DEVAP tritt daher für eine Steuerfinanzierung der Pflegeausbildung ein.

Integration von Pflegefachkräften aus dem Ausland unterstützen

Im Hinblick auf den bestehenden Pflege-Personalmangel begrüßt der DEVAP die Entscheidung der Bundesregierung, die Einwanderung von Pflegefachkräften aus dem Ausland zu erleichtern und zu fördern. Die internationale Anwerbung von Pflegefachkräften und Auszubildenden der Pflege wie auch deren Integration können jedoch nur gelingen, wenn der Gesetzgeber aufenthaltsrechtliche Sicherheit, soziale Stabilität und berufliche Zukunftsaussichten gewährleistet. Zudem überfordern die Voraussetzungen in den staatlich unterstützten Programmen für die Anwerbung ausländischer Fachkräfte die Träger von Pflegeeinrichtungen oftmals: weder Unterbringungskosten noch Sprachkurse oder Mobilitätskosten sind durch Pflegesätze refinanziert.

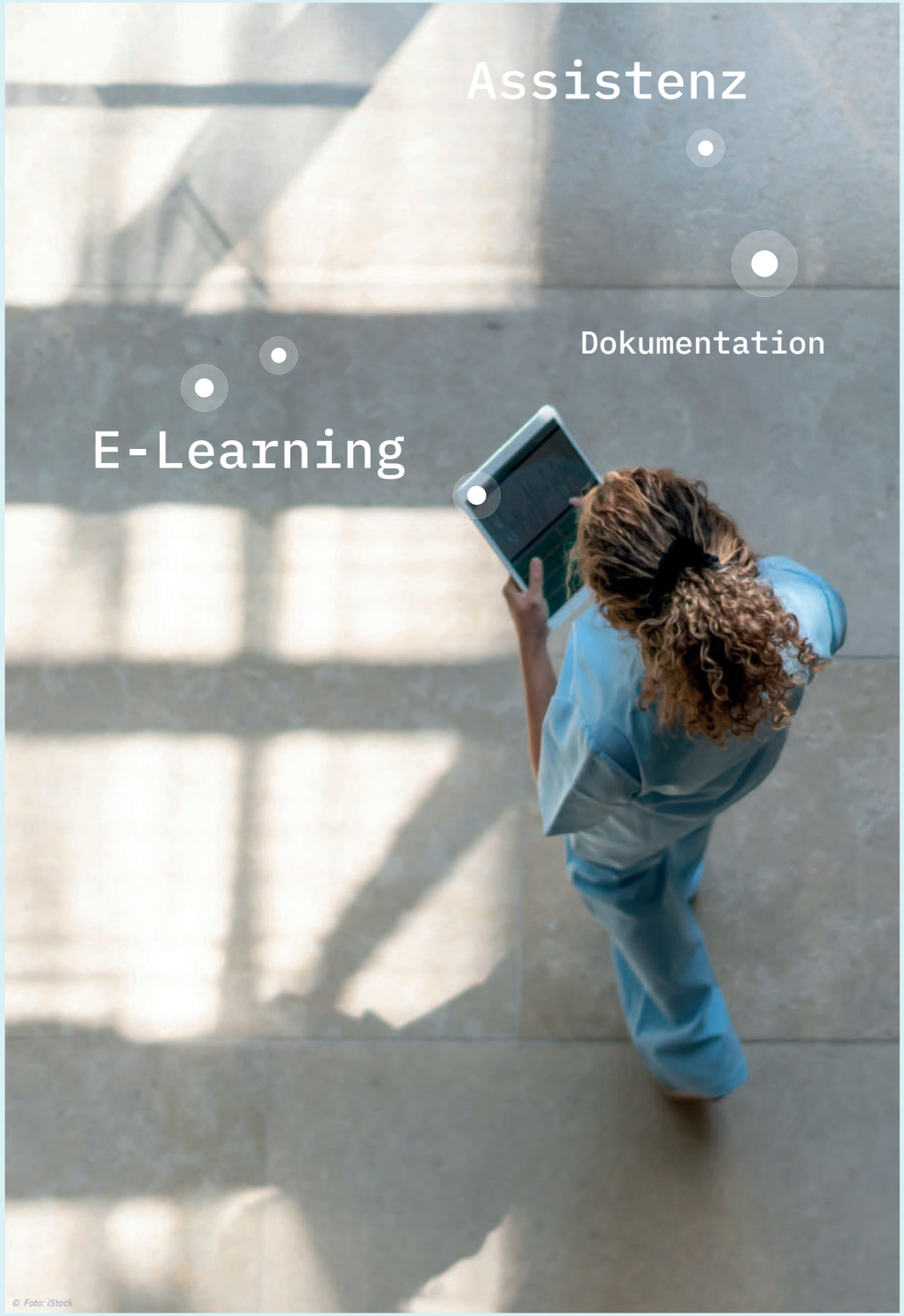
Insofern setzt eine ethisch vertretbare Anwerbung ausländischer Fachkräfte auch eine angemessene staatliche Unterstützung für die dazu erforderlichen Regie-, Bildungs- und Integrationsleistungen voraus.

6.

Chancen der Digitalisierung nutzen: Unterstützen, nicht Ersetzen!

„Ältere Menschen und Digitalisierung“ – mit diesem Thema befasst sich u.a. der Achte Altersbericht der Bundesregierung und greift damit Entwicklungen auf, die aktuell die Gesellschaft in vielfältiger Weise in ganz unterschiedlichen Bereichen verändern. Zu den Anwendungsfeldern gehören u.a. die Elektronische Pflegedokumentation, Technische Assistenzsysteme, digitale Kommunikation und digitale Teilhabe, Telemedizin, Robotik und E-Learning.

Gerade in der Pflege werden die Digitalisierung und der Einsatz von assistiver Technik im Zusammenhang mit Fachkräftemangel, Teilhabe von älteren Menschen und Quartierslösungen diskutiert. Aber auch die Verwaltungsverfahren mit den Krankenkassen müssen endlich die digitalen Möglichkeiten der heutigen Zeit angepasst werden. Die ethische Dimension der Digitalisierung darf bei den Innovationsprozessen nicht außer Acht gelassen werden. Richtig und achtsam eingesetzt ist Digitalisierung in der Pflege hilfreich für die Pflegebedürftigen und die Pflegenden.



© Foto: iStock

Für den DEVAP ist leitend, dass die Technik dem Menschen dienen und den Beteiligten einen Nutzen verschaffen muss. Dabei sind zwei Dimensionen entscheidend: Zum einen soll die Einführung technischer Assistenzsysteme geeignet sein, die Selbständigkeit von Menschen mit Pflegebedarf zu fördern und die Mitarbeitenden im Arbeitsalltag zu entlasten, damit mehr Zeit für die menschliche Zuwendung bleibt. Dies betrifft vor allem Pflegebedürftige in stationären Einrichtungen. Damit pflegebedürftige Menschen technische Möglichkeiten z. B. assistive Lösungen auch aktiv nutzen und ausschöpfen, ist es erforderlich, ihre Bereitschaft durch Vermittlung entsprechender Aneignungsstrategien zu fördern, was wiederum ihre digitalen Teilhabechancen deutlich verbessern würde.

Zum anderen soll der Verwaltungsaufwand - von der Leistungsbeauftragung über die Leistungserfassung bis zur Abrechnung sowie die Kommunikation mit den Kranken- und Pflegekassen - auf komplett digitale Verfahren umgestellt werden. Dies beinhaltet auch den Kommunikationsaustausch mit den Krankenkassen bzw. den Abrechnungsstellen. Dadurch werden die Verfahren effektiver und zeitsparender. Diese Zeit würde den Pflegebedürftigen vor allem in der ambulanten Pflege zugutekommen.

Der DEVAP setzt sich für den Ausbau und die Finanzierung einer digitalen Infrastruktur in der Pflege ein und fordert gleichzeitig einen generationsübergreifenden Diskurs zum Thema Digitalisierung in der Pflege. Dabei muss festgestellt werden, wo die Einrichtungen und Dienste sich IT als finanzierbare Lösungen für bestehende Herausforderungen und Probleme tatsächlich wünschen.

© Foto: iStock

IV.

Ausblick

Der DEVAP erkennt ausdrücklich die Erfolge und die Verbesserungen an, die die Bundesregierung in und für die Pflege erzielt hat. Dies gilt insbesondere für die Pflegestärkungsgesetze. Der politische Wille ist erkennbar, ein höchst drängendes gesellschaftliches Handlungsfeld aktiv und lösungsorientiert anzugehen.

Um die enormen Herausforderungen zu bewältigen, die die alternde Gesellschaft mit sich bringt, braucht es jedoch eine langfristige zweidimensionale Herangehensweise und einen grundlegenden Paradigmenwechsel im Hinblick auf die Finanzierung und die Struktur der Pflegeversicherung. Die Umsetzung bedarf einer Roadmap, die die einzelnen Schritte konkretisiert, ohne zu einer Überforderung des Systems und der Gesellschaft zu führen.

Der DEVAP zeigt im vorliegenden Strategiepapier 2021 bis 2025 klare, realistische und gerechte Möglichkeiten zur Umsetzung einer echten Pflegereform auf. Es erfordert den unbedingten und vertrauensvollen Umsetzungswillen aller Beteiligten, der Politik im Bund und in den Ländern, wie auch der Kranken- und Pflegekassen, der Sozialhilfeträger, der Verbände und der Akteure vor Ort in der Pflege. Das ist die Grundvoraussetzung zur nachhaltigen Sicherung der Pflege!

Der DEVAP lädt alle politisch Verantwortlichen im Bund, in den Ländern und den Kommunen sowie alle gesellschaftlichen Gruppen, die sich einer echten Stärkung und einer wertorientierten, wohnortnahen und bezahlbaren Altenpflege in Deutschland verpflichtet fühlen ein, diese Reformvorschläge zu diskutieren und an der Umsetzung mitzuwirken!

© Foto: iStock

Kontakt

Deutscher Evangelischer Verband
für Altenarbeit und Pflege e. V. (DEVAP)
Invalidenstraße 29
10115 Berlin
030/83 001-277
info@devap.de
www.devap.de

www.devap.de