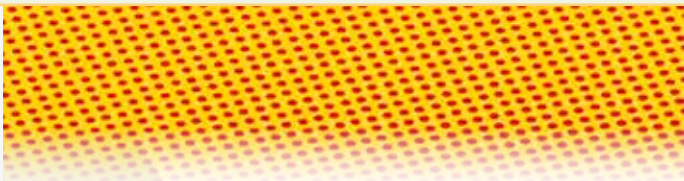
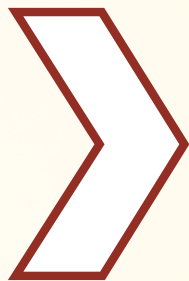


Versorgung sichern –  
Bessere Rahmenbedingungen  
in der Pflege schaffen



Die Frage, wie pflegebedürftige Menschen und deren An- und Zugehörige in Zukunft die notwendige Unterstützung erhalten können, ist die Herausforderung, der sich die Gesellschaft stellen muss. Der demographische Wandel zeigt sich deutlich, wenn die sogenannte Baby-Boomer-Generation älter wird. Es braucht eine Vielfalt und einen Ausbau von Angeboten in der Altenhilfe, um den zukünftigen Herausforderungen gerecht zu werden.

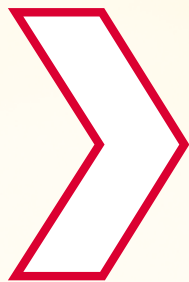
Es bedarf jedoch besserer Rahmenbedingungen in der Pflege. Wenn wir im Berufsfeld Pflege gute Rahmenbedingungen schaffen, werden sich zukünftig mehr Menschen in diesem Feld beruflich engagieren wollen. Verantwortlich in der Umsetzung guter Rahmenbedingungen vor Ort sind die Dienste und Einrichtungen der Altenhilfe – unsere Mitglieder. Mit sechs Forderungen beteiligt sich der Verband Katholischer Altenhilfe in Deutschland e.V. (VKAD) an der Diskussion zur Gestaltung besserer Rahmenbedingungen in der Pflege:



### Mehr Mitarbeitende in der Pflege, damit die Versorgung gesichert bleibt

durch:

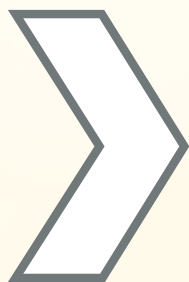
- einrichtungsindividuelle, bedarfsgerechte Qualifikationsmixe sowie eine Flexibilisierung der Personalausstattung
- Integration internationaler Pflegekräfte



### Pflegekosten durch festen Eigenanteil planbar gestalten

durch:

- Gestaltung pflegebedingter Kosten derart, dass sie vorhersehbar werden



### Weiterentwicklung einer bedarfsgerechten Pflege durch Flexibilisierung der Sektorengrenzen und Pflegeleistungen

durch:

- Vergütung der Behandlungspflege im stationären Bereich
- Einführung eines Pflegebudgets





## Investitions- und Innovationsfähigkeit sichern, damit gute Pflege- und Arbeitsbedingungen finanziert werden können

durch:

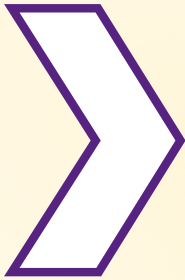
- bundeseinheitlich abgestimmte und fachlich begründete Rahmenbedingungen zur Ausgestaltung von Pflegeeinrichtungen
- regelhafte und bundesweit einheitliche Anpassungen der Refinanzierungsgegebenheiten zu Bau- und Finanzierungskosten von Pflegeimmobilien
- bundesweit anerkannte und refinanzierte Nutzungsdauer von Pflegeimmobilien von maximal 30 Jahren



## Digitale Transformation in der Pflege gestalten

durch:

- umfassenden, nachhaltigen und refinanzierten Ausbau einer tragfähigen digitalen Infrastruktur, die eine Anwendung der zahlreichen digitalen Tools in der häuslichen und stationären Pflege sicherstellt
- einen vorgezogenen Anschluss der häuslichen Krankenpflege an die Telematik



## Arbeitsbedingungen in der Pflege weiterentwickeln

durch:

- Vermeidung von Doppelprüfungen im stationären Pflegebereich
- den Auf- bzw. Ausbau multiprofessioneller und flexibler Teams
- Aufwertung der Pflegefachperson
- Herstellung der Gleichwertigkeit der verschiedenen Abschlüsse
- Nichtanrechnung der Auszubildenden auf die Personalschlüssel
- Integration der Schul- und Weiterbildungskosten in das refinanzierte Budget für Personal
- Erhöhung des Anteils hochschulisch ausgebildeter Pflegekräfte

# Ausgangslage

Die demografische Entwicklung stellt unsere Gesellschaft vor erhebliche Herausforderungen. Die Lebenserwartung nimmt, statistisch betrachtet, ständig zu. Auf Grund dieser erfreulichen Entwicklung wird die Anzahl pflegebedürftiger Menschen ebenfalls zunehmen. Die Differenz zwischen den für die pflegerische Versorgung der Bevölkerung benötigten vielfältigen Betreuungs- und Pflegedienstleistungen einerseits und den zur Verfügung stehenden Menschen, die diese Dienstleistung ausüben, andererseits nimmt zu. Die Problematik verschärft sich zudem durch die Abnahme erwerbstätiger Menschen, die Betreuungs- und / oder Pflegedienstleistungen mittels Steuern oder Beiträgen finanzieren.

Die Pflege gehört zu den zentralen Säulen einer gut funktionierenden Gesellschaft und wird zukünftig weiter an Bedeutung gewinnen. Die pflegerische Leistung an sich, der Arbeit am Menschen, muss zukünftig und nachhaltig ein höherer Stellenwert eingeräumt werden. Nur wenn Gesellschaft und Politik den pflegerischen und therapeutischen Nutzen der Pflege im gesamtgesellschaftlichen Kontext anerkennen, wird sich das positiv auf den Pflegeberuf und die ihn stützenden Professionen auswirken.

Der VKAD will einen Beitrag zur aktuellen pflegepolitischen Diskussion leisten. Hierzu greift er auf die Erfahrungen seiner Mitglieder zurück und bringt diese in seine Forderungen zur Verbesserung der Rahmenbedingungen in der Altenpflege ein.

Im Dezember 2017 waren in Deutschland 3,41 Millionen Menschen im Sinne des Pflegeversicherungs-gesetzes (SGB XI) pflegebedürftig. Gut drei Viertel (76 % oder 2,59 Millionen) aller Pflegebedürftigen wurden zu Hause versorgt. Davon wurden 1,76 Millionen Pflegebedürftige in der Regel allein durch Angehörige gepflegt. Weitere 0,83 Millionen Pflegebedürftige lebten ebenfalls in Privathaushalten, sie wurden jedoch zusammen mit oder vollständig durch ambulante Pflegedienste versorgt.

Knapp ein Viertel (24 % oder 0,82 Millionen Pflegebedürftige) wurde in Pflegeheimen vollstationär betreut.<sup>1</sup> Insgesamt nahmen Ende 2017 somit 1,65 Millionen Pflegebedürftige professionelle Pflegedienstleistung in Anspruch. Die Zahl der in Heimen versorgten Pflegebedürftigen wird vermutlich im Jahr 2025 auf rund 1,05 Millionen und im Jahr 2030 auf rund 1,1 Millionen ansteigen. Ein Treiber dieser Entwicklung sind die Babyboomer-Jahrgänge, die Ende der 1950er und Anfang der 1960er Jahre geboren wurden. Angesichts dieser Entwicklung stellt sich die Frage, wie diese wachsende Versorgungslücke geschlossen werden kann.<sup>2</sup>

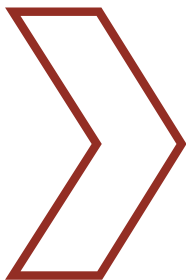
Diese Entwicklung bestätigt sich auch in einer Antwort der Bundesregierung zu einer aktuellen ‚Kleinen Anfrage‘.<sup>3</sup> Dort heißt es: »Die Zahl der Menschen in vollstationären Pflegeeinrichtungen ist in den vergangenen Jahren deutlich gestiegen: Von 620.249 im Jahr 2010 auf 726.970 im Jahr 2019.« Die überwiegende Mehrheit der Pflegebedürftigen lebt in der eigenen Häuslichkeit. Viele von ihnen erhalten Unterstützung von An- und Zugehörigen. Partiiell greifen sie auf Pflegedienste zurück, die allerdings immer weniger in der Lage sind, den Anfragen gerecht zu werden. Darum gilt es, die ambulante Pflege zu stärken, um pflegende An- und Zugehörige entsprechend zu unterstützen. Die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf muss ermöglicht werden.

1 Statistisches Bundesamt 18.12.2018

2 <https://veranstaltungen.handelsblatt.com/health/aktuelle-prognose-zum-anstieg-der-pflegebeduerftigen-in-deutschland> (Posted on 8. August 2018; 10:06.2020; 13:14 Uhr)

3 19/22557) der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen





## Mehr Mitarbeitende in der Pflege, damit die Versorgung gesichert bleibt

Damit die steigende Zahl pflegebedürftiger Menschen ambulant wie stationär gut versorgt werden kann, bedarf es ausreichend Mitarbeitender in der Pflege und guter Finanzierungskonzepte.

**Der VKAD unterstützt Forderungen nach einrichtungsindividuellen, bedarfsgerechten Qualifikationsmischen sowie eine Flexibilisierung der Personalausstattung. Im stationären Bereich ist die jeweilige Bewohnerstruktur der Einrichtung zu Grunde zu legen.**

■ Pflege- und Betreuungsbedarfe auf Grundlage des Leistungsrechts stellen sich bundesweit einheitlich dar. Darum ist eine bundeseinheitliche Personalbemessung, die auch einen Personalmix stärker in den Fokus nimmt, als Grundlage zur personellen Ausstattung der Pflege und Betreuung erbringender Dienstleister ein notwendiger Schritt. Benötigt wird mehr Flexibilität bei der Personalausstattung der Leistungserbringer auf der Basis geltender Qualitätskriterien und entsprechender Standards.

Hierzu müssen den Leistungserbringern im Rahmen ihrer Organisationshoheit und Kompetenz kreative Freiräume zur Erreichung o.g. Ziele eingeräumt werden. Die Personalbemessung muss sich an den Inhalten des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes und an die individuellen Bedarfe anpassen lassen. Nach wie vor ist ein erster Hilfebedarf mittels Einstufung durch den MD festzulegen. Danach jedoch ist es Aufgabe der Pflegefachkräfte, zu ermitteln, inwieweit der Pflege- und Betreuungsbedarf den individuellen Bedürfnissen der pflegebedürftigen Person entspricht. In begründeten Fällen muss von den über die Pflegegrade festgelegten Pflege- und Betreuungsinhalten nach oben oder unten abgewichen werden und das Personal entsprechend angepasst werden können. Diese Personalbemessung muss als Richtschnur und Vereinbarungsgrundlage für die Vergütungsverhandlungen fungieren.

Hierzu bestehende Finanzierungskonzepte müssen weiterentwickelt werden. Sämtliche Pflegeleistungen sind im Leistungssystem uneingeschränkt leistungsadäquat zu erfassen und deren Vergütung sicher zu stellen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass weder die pflegebedürftigen Menschen noch die Finanzierungssysteme überfordert werden.





## Internationale Pflegefachkräfte integrieren



© Robert Kneschke / fotolia.com

- Die Bundesregierung engagiert sich, die Einwanderung von internationalen Pflegefachkräften einfacher zu gestalten.

Die Annahme, Pflege durch Zuwanderung und Anwerbung internationaler Pflegefachkräfte nachhaltig stärken zu können, stuft der VKAD in ihrer Wirkung eher indirekt ein<sup>4</sup>. Internationale Pflegefachkräfte müssen nicht nur gut auf ihre Tätigkeit vorbereitet werden, vielmehr sind durch die Leistungserbringer Integrationsleistungen, wie Unterbringung, Sprachkurse und Mobilitätshilfen, auch außerhalb des Berufslebens sicher zu stellen.

### **Der VKAD fordert den Einbezug der Kosten zur Integration migrierter Pflegefachkräfte in die Vergütungsverhandlungen.**

- In den Vereinbarungen der KAP<sup>5</sup> einigte man sich hierzu auf die Erstellung eines »Werkzeugkasten für Maßnahmen zur fachlichen, betrieblichen und sozialen Integration«<sup>6</sup>, dessen sich die Arbeitgeber in ihren Einrichtungen und Diensten zur Erbringung eines guten Integrationsmanagements bedienen können. Die Finanzierung des Integrationsmanagements ist jedoch nicht geregelt.

Das wird in der dort erhobenen Forderung deutlich: »...Praxisanleiterinnen und -anleiter sowie Ansprechpersonen (Integrationspaten) in ihren Einrichtungen« sollen benannt werden, »...die für diese Aufgabe geschult werden, unter der Voraussetzung, dass diese Schulungsmaßnahmen und Freistellungen des benannten Personals grundsätzlich finanzierbar sind.«<sup>7</sup>

4 Zuwanderung und Personalmangel in der Pflege, Positionspapier des Geschäftsführender Ausschuss des Verbandes katholischer Altenhilfe in Deutschland e.V. vom Juli 2011

5 Konzertierte Aktion Pflege (KAP), 2019

6 KAP Handlungsfeld V, 2. Maßnahmen, Abs. 1, Satz 2 und Abs. 3, 2019

7 KAP, Handlungsfeld V, 2. Maßnahmen, Abs. 3, 2019



## Pflegekosten durch festen Eigenanteil planbar gestalten

Der VKAD fordert, dass pflegebedürftige Menschen bei ihrer Beteiligung an den Pflegekosten finanziell nicht überfordert werden. Pflegebedingte Kosten, ambulant wie stationär, müssen so gestaltet werden, dass diese voraussehbar und somit planbar werden. Das ermöglicht eine rechtzeitige Vorsorge.

- Bisher erhalten Versicherte/Menschen, bei denen eine Pflegebedürftigkeit festgestellt wurde, von der sozialen Pflegeversicherung einen festgeschriebenen Anteil zur Finanzierung ihrer pflegebedingten Kosten. Dieser Anteil orientiert sich im ambulanten wie stationären Bereich am jeweilig festgestellten Pflegegrad. Maßnahmen, die zu besseren Rahmenbedingungen in der Pflege führen, wirken sich jedoch unweigerlich auf die pflegebedingten Kosten aus. Anbieter pflegerischer Dienstleistungen werden durch Lohnentwicklungen einerseits und Vorgaben zur Personalbemessung andererseits steigende Kosten abrechnen müssen.

Das wirkt sich unmittelbar auf die pflegebedingten Kosten aus. Im stationären Bereich fließen diese in den einrichtungseinheitlichen Eigenanteil (EEE) ein.

2017 wurde der **einrichtungseinheitliche Eigenanteil (EEE)** eingeführt. Der EEE ist der Betrag, den die Bewohner/-innen monatlich für pflegebedingte Kosten zuzüglich der Investitionskosten, der Aufwendungen für Unterkunft sowie Verpflegung und der Ausbildungsumlage aus eigenen Mitteln an das jeweilige Pflegeheim entrichten müssen.

**Unterkunft und Verpflegung** (sogenannte »Hotelkosten«) umfassen z.B. die Zubereitung und Bereitstellung von Speisen und Getränken, Instandhaltung und Reinigung der von der Einrichtung zur Verfügung gestellten Wäsche sowie die Reinigung der persönlichen Wäsche und Kleidung der Bewohner/-innen, die Ver- und Entsorgung (Energie, Wasser, Abfall), die Reinigung aller Räumlichkeiten der Einrichtung etc.

Unter **Investitionskosten** werden Kosten für Gebäude/Anlagen, Instandhaltung und Finanzierung zusammengefasst. Grundlage zur Berechnung der Investitionskosten sind regionale und länderspezifische Bestimmungsfaktoren, die für große Differenzen bei der Höhe der Investitionskosten der Pflegeheime sorgen.





■ Um die Pflegekosten für pflegebedürftige Menschen zukünftig planbar gestalten zu können, ist eine echte Pflegezeitkasko umzusetzen, sowohl für den ambulanten als auch für den stationären Bereich:

Der Versicherte trägt im stationären Bereich monatlich feste Eigenanteile der pflegebedingten Kosten als Sockelbetrag, während die darüber hinausgehenden pflegebedingten Kosten von der Pflegeversicherung übernommen werden. Steigende Kosten werden dann auf die Schultern vieler Pflegeversicherter (rund 72,75 Mio. in 2020)<sup>8</sup> umgelegt und sind nicht mehr allein von den Pflegebedürftigen (rund 3,92 Mio. in 2020)<sup>9</sup> zu tragen.

Zudem wird die Dauer der pflegebedingten Eigenanteilszahlungen auf einen festen Zeitraum in Form einer »Karenzzeit« beschränkt, die sich beispielsweise an der durchschnittlichen Zeit der Pflegebedürftigkeit orientiert. Hierdurch wird es erstmals möglich, sich im Vorfeld gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit zu versichern. Dieses Prinzip ist in der Krankenversicherung genauso, wie z.B. bei der Haftpflichtversicherung, gängige Praxis.<sup>10</sup>



**Weiterentwicklung einer bedarfsgerechten Pflege durch Flexibilisierung der Sektorengrenzen und Pflegeleistungen**

■ Mit dem zweiten Pflegestärkungsgesetz wurde am 01.01.2017 ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt. Er hat die Gleichbehandlung körperlich, kognitiv und psychisch beeinträchtigter Menschen zum Ziel formuliert. Im Fokus der Betrachtungen stehen die

Selbstständigkeit und die Fähigkeiten pflegebedürftiger Menschen, also die Orientierung an dem, was die pflegebedürftige Person wünscht, selbstständig noch umsetzen kann bzw. durch Rehabilitativmaßnahmen zurückerlangen kann. Um hier optimale Ergebnisse zu erzielen, ist die Flexibilisierung der Sektorengrenzen voranzutreiben.

Der VKAD ist der Ansicht, dass auch zukünftig alle vorhandenen Versorgungsmöglichkeiten erforderlich sind, um die vielfältigen Anforderungen der Pflege zu bewältigen. Gleichzeitig bedarf es jedoch einer Flexibilisierung des bisher nicht durchlässigen Systems, damit Freiraum für innovative Formen einer modularisierten Leistungserbringung entstehen kann.

In Folge dieser Entwicklung entfällt teilweise die Trennlinie zwischen ambulanten und stationären Angeboten zur plegerischen Versorgung. Dieser Logik folgend müssen pflegebedingte Kosten im stationären Bereich analog zum ambulanten Bereich darstellbar sein.

8 Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung, Bundesministerium für Gesundheit, Stand 17.02.2020

9 Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung, Bundesministerium für Gesundheit, Stand 17.02.2020

10 Das Modell des »Sockel-Spitze-Tauschs« Rothgang/Kalwitzki, Gutachten »Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung...«, 2017 greift diese Inhalte auf.



## Der VKAD fordert, dass künftig alle Maßnahmen der Behandlungspflege im stationären Setting durch die Krankenversicherung (SGB V) zu übernehmen sind.

■ Mit dem Sofortprogramm dem Pflegestärkungsgesetz (PpSG) sollte ein erster Schritt zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung in Pflegeheimen erreicht werden. Ab 2019 stehen zusätzliche Mittel der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung bereit, um 13.000 zusätzliche neue Stellen, insbesondere für medizinische Behandlungspflege in Altenheimen, zu finanzieren.

Damit es zur Finanzierung zusätzlichen Personals aus dem »13.000 Stellenprogramm« kommt, muss der vorhandene Personalschlüssel der beantragenden Einrichtung ausgeschöpft sein. Das führt in der Praxis zu einem sehr hohen Aufwand, da das Personal in den stationären Einrichtungen häufig starken Schwankungen unterworfen ist. Das bedingt laufende Korrekturmeldungen und stellt keine auskömmliche und umfängliche Refinanzierung der Behandlungspflege im stationären Bereich dar.

Maßnahmen der Behandlungspflege sind Leistungen, die Pflegekräfte zur Sicherung des Ziels ärztlicher Behandlung erbringen, wie etwa Verbandswechsel oder Medikamentengaben.

Weiterhin muss die Krankenkasse alle notwendigen Maßnahmen der medizinischen Versorgung, der Rehabilitation, zusätzliches Personal der

palliativen Versorgung und der gerontopsychiatrischen Behandlungspflege finanzieren. Diese Leistungen sollten unabhängig vom Lebensort ärztlich verordnet und unabhängig vom Wohnort, also auch in einem Pflegeheim, erbracht und abgerechnet werden können.

## Der VKAD fordert die Einführung eines Pflegebudgets im ambulanten Bereich.

■ Insbesondere im ambulanten Bereich ist eine bedarfsgerechte Versorgung durch die Flexibilisierung der Leistungen der Pflegeversicherung möglich. In der Praxis sind die unterschiedlichen Leistungen für pflegebedürftige Menschen und deren An- und Zugehörige nicht nachvollziehbar und die Sorge der Finanzierung der notwendigen Leistungen kann nur mit



hohem Beratungsaufwand und Unterstützung bei der Beantragung genommen werden. Die für Laien fast undurchschaubaren Anspruchsregelungen müssen im Sinne der Pflegebedürftigen vereinfacht werden. Das kann durch ein Pflegebudget erreicht werden. Das ermöglicht den pflegebedürftigen Menschen die Kombination der für sie relevanten Pflege- und Betreuungsleistungen. Dazu gehören auch die Hilfe bei der Haushaltsführung, die Kurzzeit- und Verhinderungspflege. Leistungsmodul können pflegebedürftige gemäß den individuellen Lebensumständen gewichten und nach Bedarf entsprechend abrufen. Die Autonomie Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen wird dadurch gestärkt.

Mit dieser Flexibilisierung und einhergehenden Impulse wird die Weiterentwicklung der Angebotsstruktur im Bereich der häuslichen Versorgung erreicht.



## Investitions- und Innovationsfähigkeit sichern, damit gute Pflege- und Arbeitsbedingungen finanziert werden können

Sämtliche demographische Kennzahlen belegen, dass auch der Bedarf an stationären Versorgungsformen steigen wird. Auch wenn immer gesünder gealtert wird: Es bedarf schätzungsweise bis 2030 bundesweit rund 230.000 bis 300.000 zusätzlicher Plätze.<sup>11</sup> Diesem Bedarf kann nur durch zeitgemäße und spezialisierte Pflegeimmobilien begegnet werden.

### Der VKAD fordert abgestimmte und fachlich begründete Rahmenbedingungen zur Ausgestaltung von Pflegeeinrichtungen!

■ Der Pflegeimmobilienmarkt unterliegt einer eigenen Dynamik: Komplexe Heimbauordnungen und Gesetze, die von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich ausfallen, bilden den Rahmen für den Betrieb von Pflegeeinrichtungen. Aktuelle bauliche Vorgaben, geprägt durch föderale Heimmindestbauverordnungen, erschweren Umbauten im Bestand, Ersatz- oder Neubauten. Die Refinanzierung stationärer Pflegeplätze erfolgt grundsätzlich über die Investitionskostenanteile in den Heimentgelten. Dementsprechend müssen diese ausreichend und einheitlich kalkulierbar sein, sowohl für die Betreiber als auch für potenzielle Darlehensgeber.

Diese Voraussetzung ist bei den derzeitigen Gegebenheiten aus bundesdeutscher Sicht jedoch nicht gegeben.

Föderal geprägte und fachlich fragwürdige Vorgaben für Pflegeimmobilien führen zu starken Unterschieden in den Bundesländern mit der Konsequenz unterschiedlicher Qualitätsniveaus und Investitionserfordernissen (z.B.: Wohn- und Gemeinschaftsflächen, Ausstattung mit Pflegegebädern oder Einzelzimmerquoten usw.).

Die Entwicklungen von Bauvorschriften und Bauverordnungen sind bei Investitionen in Pflegeeinrichtungen von zentraler Bedeutung, da sie direkt auf die Baukosten Einfluss nehmen. Derzeit werden die Baukosten jedoch föderal völlig unterschiedlich von Kostenträgern anerkannt und refinanziert.





## Der VKAD fordert regelhafte und einheitliche Anpassungen der Refinanzierungsgegebenheiten zu Bau- und Finanzierungskosten von Pflegeimmobilien.

■ Diese sollten sich an objektiv begründbaren Baukostenindices orientieren. Pflegeimmobilien sind in ihrer Ausgestaltung hoch spezialisiert und werden alltäglich stark genutzt. Dementsprechend sind ihre Nutzungsdauern nicht mit denen von Wohnimmobilien gleichzusetzen.

Es geht darum, eine Immobilie immer wieder den neuen Bedarfen der Gesellschaft bzw. den Erkenntnissen und Entwicklungen der Pflegewissenschaften anzupassen, um sie auf dem aktuellen Stand technischer Entwicklungen zu halten. Die Refinanzierung dieser Maßnahmen gelingt nicht, wenn sich diese Immobilie noch in der bisher 50-jährigen Abschreibung befindet.



## Der VKAD fordert eine anerkannte und refinanzierte Nutzungsdauer von Pflegeimmobilien von maximal 30 Jahren!



### Digitale Transformation in der Pflege gestalten

Der VKAD fordert den umfassenden, nachhaltigen und refinanzierten Ausbau einer tragfähigen digitalen Infrastruktur, die eine Anwendung der zahlreichen digitalen Tools in der häuslichen und stationären Pflege sicherstellt.

■ Megatrends wie Technisierung und Digitalisierung, gesellschaftliche Einflüsse, Personalmangel und gesetzliche Vorgaben bedingen radikale und tiefgreifende Veränderung der Pflege.

Für Pflege als sorgende Disziplin, in der die Kommunikation mit den pflegebedürftigen Menschen im Mittelpunkt steht, muss die Technik dem Menschen dienen und den Beteiligten einen Nutzen verschaffen. Die Einführung technischer Assistenzsysteme muss die Mitarbeitenden im Arbeitsalltag entlasten, damit mehr Zeit für die menschliche Zuwendung bleibt. Sie muss geeignet sein, die Selbständigkeit von Menschen mit Pflegebedarf zu fördern.

Digitale Technologien eröffnen neue Möglichkeiten der einrichtungsinternen und -übergreifenden Veränderung von Arbeits- und Versorgungsprozessen. Neue einrichtungsspezifische Handlungs- und Geschäftsfelder entwickeln sich (z. B. elektronische Patientenakten, Überleitungsmanagement, Anbindung der Pflegeeinrichtungen an die Telematik-Infrastruktur, Tele-Care, Tele Pflege, Tele Visiten, assistive Technologien für die Pflege, Rehabilitationstechnologien, E-Learning im Bereich Aus-, Fort- und Weiterbildung, integrierte Wertschöpfungsketten an der Schnittstelle von Pflege, Betreuung und Wohnen).<sup>12</sup>

Für Digitalisierungsmaßnahmen in stationären Einrichtungen und ambulanten Diensten unterstützt die Pflegeversicherung über eine 40-prozentige Ko-Finanzierung einmalig die Anschaffung von entsprechender digitaler oder technischer Ausrüstung mit bis zu 12.000 Euro. Der Eigenanteil der Einrichtungen und Dienste bei dieser einmaligen (!) Förderung liegt bei 18.000 Euro. Ein Finanzvolumen von 30.000 Euro ist jedoch zu kurz gegriffen.



**Weiter ausgebaut werden sollten:**

- Technische Assistenzsysteme,
- digitale Kommunikation, um z.B. digitale Teilhabe zu sichern
- Telemedizin
- Robotik zur Kompensierung div. Bewegungseinschränkungen
- E-Learning im Bereich Aus-, Fort- und Weiterbildung
- digitale Gesundheitsanwendungen (Apps wie z.B. Blutzuckermessungen, Medikamentenmanagement etc.)
- Administration zur Entlastung im Bereich der Pflegeorganisation bzw. deren Verwaltung (wie Dienstplan, Personaleinsatzplanung, Personalabrechnung, Finanzbuchhaltung, Faktura, Beschaffung und Leistungserfassung sowie das Qualitätsmanagement und weitere Softwareanwendungen inklusive relevanter Schnittstellen).
- Digitalisierung des Verordnungswesens (häusliche Krankenpflege) sowie der Abrechnung im ambulanten Bereich ohne Zusendung von Unterlagen (z.B. Leistungsnachweise).

**Digitale Technik kann nur als Unterstützung in Pflegeprozessen verstanden werden, aber nicht die zwischenmenschlichen Beziehungen ersetzen.**

- Bisher erworbene Fähigkeiten der Mitarbeitenden in der Pflege dienen als fundamentale Grundlage, um eine praxisorientierte und anwendungsfreundliche digitale Transformation der Pflege zu befeuern. Digitale Anforderungen müssen umgehend Eingang in die Curricula der Aus-, Fort-, und Weiterbildung finden.



© Robert Kneschke / stockadobe.com

- Zur Deregulierung in der häuslichen Krankenpflege fordert der VKAD einen vorgezogenen Anschluss an die Telematik, um zusätzliche bürokratische Entlastung im ambulanten Pflegebereich zeitnah sicherzustellen.

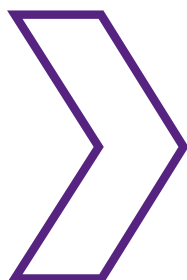






### Beispiel: Bürokratie des Verordnungswesens in der häuslichen Krankenpflege

Im ambulanten Bereich bedarf es zur Erbringung häuslicher Krankenpflege, die als medizinische Behandlungspflege von den Krankenkassen bezahlt wird, eine Verordnung des Hausarztes. Diese Verordnung muss von den Krankenkassen genehmigt werden. Das Verfahren ist aufwändig und schon 2013 seitens der damaligen Pflegebeauftragten als Beispiel für möglichen Bürokratieabbau identifiziert worden. Die technischen Komponenten für die mobilen Szenarien, insbesondere in der ambulanten Pflege, sollen erst ab 2023 verfügbar sein.



### Arbeitsbedingungen in der Pflege weiterentwickeln

Komplizierte und zeitraubende Verwaltungsabläufe, Doppelprüfungen etc. regulieren den Pflegebereich mehr als nötig. Um den Anforderungen der Qualitätsprüfungen zu entsprechen, sind umfangreiche Dokumentationen anzufertigen. Uneinheitliche Abrechnungsmodifikationen sorgen für unnötig komplizierte Verwaltungsabläufe. Sie stellen eine enorme Belastung der Mitarbeitenden in den Einrichtungen und Diensten dar. Grundsätzlich ist die ambulante wie die stationäre Pflege überreguliert. Dem ist mit geeigneten Maßnahmen zu begegnen.

### Der VKAD fordert eine deutlich bessere Absprache zwischen Medizinischen Dienst und der ordnungsrechtlichen Prüfbehörde (Heimaufsicht) und klare Verfahrenswege.

■ Eine Prüfung der Struktur, Prozess- und Ergebnisqualität steht im Interesse der pflegebedürftigen Personen sowie in dem der Einrichtungen und Dienste, da so die erbrachte Qualität kontrolliert und bestätigt werden kann. In der Praxis stimmen die Prüfinhalte von medizinischem Dienst und der ordnungsrechtlichen Prüfbehörde z.T. überein, daher kommt es zu Doppelprüfungen.

## Pflegesituation ganzheitlich betrachten – Sicherstellung der Pflege

### Der VKAD setzt sich für den Auf- bzw. Ausbau multiprofessioneller und flexibler Teams ein.

■ Der Pflegesektor wächst weiter, seine Angebote werden immer ausdifferenzierter und damit auch für unterschiedlich pflegebedürftige Menschen zunehmend bedarfsgerechter. Unter multiprofessionellen Teams verstehen wir die Zusammenarbeit von verschiedenen Professionen z. B. in der Betreuung, Hauswirtschaft, Technik, IT und der Verwaltung etc.

Gelungene Ausdifferenzierung und Diversität bedarf der Steuerung und Unterschiede muss immer wieder in bestehende Angebote und Arbeitsformen integriert werden. Wesentlich sind eine systematische Erprobung und wissenschaftliche Begleitung dieses Umstellungsprozesses, um nicht ausreichende Qualifizierung zu vermeiden und Fehlentwicklungen zu verhindern. Entsprechende Weiterbildungsmodule sind zügig bundesweit vergleichbar zu implementieren.





© auremar / stockadobe.com

- Der VKAD fordert die Herstellung der Gleichwertigkeit der verschiedenen Abschlüsse. Hilfsberufe (Krankenpflegehilfe als auch Altenpflegehilfe) sind ebenfalls auf die Generalistik hin auszurichten und unter der Bezeichnung ‚Pflegeassistent‘ zusammenzuführen.

## Aufwertung der Pflegefachperson

- Die Aufgabenverteilung zwischen den Gesundheitsprofessionen zur Erbringung der Pflegeleistungen gehört auf den Prüfstand. Die Pflegefachpersonen müssen eine Aufwertung hin zu eigenständigen Leistungserbringern erfahren. Der Kompetenzbedarf für die Vorbehaltsaufgaben (Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs, die Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses sowie dessen Evaluation und Analyse sowie die Sicherung und Entwicklung der Pflegequalität) ist auf gut ausgebildete Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner mit dreijähriger Ausbildung zu übertragen. Die Förderung von Gesundheitskompetenz muss als pflegerischer Auftrag anerkannt werden.

Im Pflegealltag erfahren pflegebedürftige Menschen als auch deren An- und Zugehörige Beratung. Diese umfasst Beratung zur Pflegesituation, Organisation der Teilhabe als auch verwaltungsbezogene Fragestellungen. Diese Beratungsleistungen bedürfen der Vergütung. Sie sollten im Sinne der Anwaltschaft für die Pflegebedürftigen im System als Leistungen integriert werden. Eine reine Aufgabenteilung im Sinne der SGB V und SGB XI etablieren Unzufriedenheit im Pflegeberuf.

Schon jetzt ist in der generalistischen Pflegeausbildung die eigenverantwortliche Substitution medizinischer Hilfsmittel und Medikamente in einem definierten Rahmen enthalten. Auch Anordnungen häuslicher Krankenpflege gehören dazu. Die Umsetzung



wird die Abkürzung der Verordnungswege voranbringen. Das Kompetenzprofil der Altenpflege gemäß Anlage 4 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung zum Pflegeberufegesetz (PflBG) muss an das Kompetenzprofil der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege gemäß Anlage 2 zu § 9 Absatz 1 Satz 2 und Anlage 3 zu § 26 Absatz 3 Satz 1 angeglichen werden. Andernfalls werden neue Probleme, insbesondere bei der Ausführung vorbehaltlicher Tätigkeiten, geschaffen. Differenzierte Ausbildungsabschlüsse müssen aufgegeben werden zugunsten fachspezifischer, verdienstrelevanter Weiterbildungen (Wundversorgung, Diabetes, Gerontologie u. v. m.).

### **Der VKAD fordert, die Nichtanrechnung der Auszubildenden auf die Personal-schlüssel per gesetzlicher Regelung auf das 2. und 3. Jahr auszuweiten.**

■ Auszubildende sind Lernende, die unter ständiger Begleitung durch Pflegekräfte ihr theoretisches und praktisches Wissen erwerben. Die generalistische Pflegeausbildung ermöglicht zahlreiche Praxiseinsätze. Diese werden bei unterschiedlichen Ausbildungsträgern in verschiedenen Sektoren durchgeführt. Insofern ist eine anrechenbare Wertschöpfung nicht anzustreben.

### **Schul- und Weiterbildungskosten dürfen nicht auf die Eigenanteile der Pflegebedürftigen aufgeschlagen werden, sondern sind in das refinanzierte Budget für Personal einzurechnen.**

■ Es sind bedarfsgerechte Aus- und Weiterbildungen bzw. Qualifikationsmaßnahmen entsprechend der jeweils vorhandenen Kompetenzen erforderlich. Das ermöglicht u.a. Quereinsteigern oder internationalen Interessierten gute Wege zur mittel- oder langfristigen Integration und deren Bindung. Mit der Zunahme des Anteils älterer Menschen geht eine wachsende Zahl multimorbider, chronisch erkrankter und pflegebedürftiger Personen einher.

### **Der VKAD setzt sich für die Erhöhung des Anteils hochschulisch ausgebildeter Pflegekräfte ein sowie für deren adäquate Integration in die Versorgung.**

■ Entscheidende Bedeutung kommt den in der Gesundheitsversorgung tätigen Berufen bei der sektorenübergreifenden und interdisziplinären Versorgung an den Schnittstellen zu.<sup>13</sup> Akademisch ausgebildeten Pflegefachfrauen und Pflegefachmännern kommt hier eine wesentliche Rolle zu. Ihnen sollte neben Leitungsfunktionen z.B. die Verantwortung für die Steuerung von hochkomplexen Pflege- und Versorgungsprozessen anhand wissenschaftsbasierter Methoden obliegen. Weitere Aufgabenfelder sind die Analyse, Evaluation und Reflektion des Pflegeprozesses auf der Grundlage pflege- und bezugswissenschaftlicher Methoden, Theorien und Forschungsergebnisse.

Vor Hintergrund steigender Anforderungen in der Pflegearbeit ist es sinnvoll, einen ausreichend hohen Anteil an akademisch qualifizierten Pflegefachkräften in die bestehenden Personalstrukturen zu integrieren.

Verband katholischer Altenhilfe in Deutschland e.V.  
Berlin, 4. November 2020

13 Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen, Wissenschaftsrat, Drs. 2411-12, Berlin, 13.07.2012



© Georg Arthur Pflueger / unsplash.com



Verband katholischer Altenhilfe in Deutschland e.V.

Herausgegeben vom Verband  
katholischer Altenhilfe in Deutschland e.V.  
Reinhardtstraße 13 · D-10117 Berlin  
Telefon (030) 284 447-853 · Fax (0761) 200-710  
V.i.S.d.P.: Andreas Wedeking  
vkad@caritas.de · (11/2020)

Gestaltung: Büro MAGENTA, Freiburg  
www.buero-magenta.de

