

Pflege begeistert!

SIEBEN FORDERUNGEN

des Verbandes katholischer
Altenhilfe in Deutschland e.V. (VKAD)
für bessere Rahmenbedingungen
in der Langzeitpflege



SIEBEN FORDERUNGEN

des Verbandes katholischer Altenhilfe in Deutschland e.V. (VKAD)
für bessere Rahmenbedingungen in der Langzeitpflege



caritas e.V.



VKAD

Verband katholischer Altenhilfe in Deutschland e.V.

Sieben Forderungen

Mit sieben Forderungen beteiligt sich der VKAD an der Diskussion zur Gestaltung besserer Rahmenbedingungen in der Langzeitpflege:

1. Mitarbeiter:innen gewinnen und binden, damit die Versorgung gesichert bleibt

durch:

- einrichtungsindividuelle, bedarfsgerechte Qualifikationsmixe sowie eine Flexibilisierung der Personalausstattung
- Einbezug der Kosten für die Integration internationaler Fachkräfte in die Vergütungsverhandlungen
- Refinanzierung betrieblicher Ausfallkonzepte
- Stärkung der Freiwilligendienste

2. Förderung der Ausbildung in der Langzeitpflege und Zugänge in das Berufsfeld weiten

durch:

- Übertragung der Verantwortung für die generalistische Pflegeassistentenausbildung an die Bundesebene
- Schul- und Weiterbildungskosten nicht durch Eigenanteile der Pflegebedürftigen finanzieren
- Nichtanrechnung der Auszubildenden auf die Personalschlüssel
- Stärkung der Akademisierung
- Förderung einer dualen Ausbildung von Pflegepädagog:innen

3. Pflegekosten sektorenübergreifend bezahlbar und gerecht gestalten, damit bedarfsgerechte Pflege erfolgen kann

durch:

- pflegebedürftige Menschen bei ihrer Beteiligung an den Pflegekosten finanziell nicht überfordern
- Umsetzung einer Pflegeteilkasko
- den Erhalt alternativer Wohnformen

4. Bedarfsgerechte Pflege durch Flexibilisierung der Sektorgrenzen und Pflegeleistungen weiterentwickeln, um Wahlmöglichkeiten für Pflegebedürftige zu schaffen

durch:

- Vergütung der Behandlungspflege im stationären Bereich
- Einführung eines Pflegebudgets für den ambulanten Bereich
- entlastende Pflegeangebote

5. Investitions- und Innovationsfähigkeit nachhaltig sichern, damit gute Pflege- und Arbeitsbedingungen finanziert werden können

durch:

- bundeseinheitlich abgestimmte und fachlich begründete Rahmenbedingungen zur Ausgestaltung von Pflegeeinrichtungen
- bundesweit anerkannte und refinanzierte Nutzungsdauer von Pflegeimmobilien von maximal 30 Jahren
- Steuerfinanzierung von Maßnahmen der Klimaanpassung und Klimasanierung

6. Digitale Transformation in der Pflege gestalten

durch:

- umfassenden, nachhaltigen und refinanzierten Ausbau einer tragfähigen digitalen Infrastruktur
- Einführung der Telepflege analog der Telemedizin

7. Arbeitsbedingungen in der Pflege weiterentwickeln, um das Berufsfeld attraktiver zu machen

durch:

- Anpassung der Personalschlüssel unterstützender Professionen
- Bürokratieabbau



Unsere Vision

Gesellschaft und Politik müssen sich der Frage stellen, wie pflegebedürftige Menschen und deren Umfeld in Zukunft die notwendige Unterstützung erhalten können. Es braucht eine Vielfalt und einen Ausbau von Angeboten in der Langzeitpflege, um den zukünftigen Herausforderungen gerecht zu werden.

Der Verband katholischer Altenhilfe in Deutschland e.V. (VKAD) setzt sich dafür ein, die Langzeitpflege umfangreich und zukunftssicher zu gestalten, und stellt den pflegepolitischen Forderungen seine Vision voran:



**Wir wollen, dass
Pflege begeistert.**

- Pflegebedürftige Menschen gestalten selbstbestimmt ihren Alltag in unseren Einrichtungen und Diensten.
- Multiprofessionelle Teams haben die Freiräume für eine individuelle Versorgung in der Langzeitpflege. Leistungen der Pflege werden nicht mehr nach ambulant oder stationär unterschieden.
- Kreative Konzepte und flexible Versorgungsformen sind existenzieller Bestandteil der Angebote von Einrichtungen und Diensten.
- Pflege ist gemeinwohlorientiert und bezahlbar.
- Pflegebedürftige Menschen haben Zugriff auf Pflegeleistungen entsprechend ihren Bedürfnissen, unabhängig von Wohnort und Wohnarrangement.
- Die Überregulierung der Langzeitpflege ist abgebaut. Die Qualitätskontrolle beschränkt sich auf sachgerechte Erbringung der Pflegeleistungen.
- Träger der Langzeitpflege gestalten gemeinsam mit den Kommunen die Umsetzung der Daseinsfürsorge.
- In einem wertschätzenden Dialog der Generationen entwickeln sich Lösungen für eine nachhaltige Pflegepolitik. Daraus entwickeln Träger der Langzeitpflege Angebote auf der Grundlage der Sozialprinzipien der katholischen Soziallehre.

Ausgangslage

Die demografische Entwicklung stellt unsere Gesellschaft vor erhebliche Herausforderungen. Die allgemeine Lebenserwartung nimmt zu. Damit steigt auch die Zahl pflegebedürftiger Menschen.

Die Differenz zwischen den für die pflegerische Versorgung der Bevölkerung benötigten Betreuung- und Pflegedienstleistungen einerseits und den zur Verfügung stehenden Menschen, die diese Dienstleistung ausüben, andererseits nimmt zu. Gleichzeitig sinkt die Zahl erwerbstätiger Menschen, die Betreuungs- und/oder Pflegedienstleistungen mittels Steuern oder Beiträgen finanzieren, was die Problematik noch verschärft.

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

Der VKAD leistet einen Beitrag zur aktuellen pflegepolitischen Diskussion. Für seine Forderungen zur Verbesserung der Rahmenbedingungen in der Altenpflege greift er auf die Erfahrungen seiner über 1.100 angeschlossenen Einrichtungen und Dienste zurück.

2030 wird es nach den Hochrechnungen von Statista Hamburg in Deutschland bis zu 3,92 Millionen Pflegebedürftige geben, davon 970.000 Menschen in stationärer und 2,96 Millionen in ambulanter Pflege. 2040 werden in der stationären Versorgung 1,1 Millionen Menschen erwartet und in der ambulanten Versorgung 3,33 Millionen (insgesamt 4,43 Millionen Pflegebedürftige). Diese Entwicklung wurde seit Jahrzehnten vorhergesagt. Unsere Gesellschaft muss nun, vertreten durch die politisch handelnden Personen, darauf reagieren. Es braucht nachhaltige Reformen für die Pflege.

In der Praxis sind viele unterschiedliche Lösungsmöglichkeiten diskutiert worden. Politisch Verantwortliche können gemeinsam mit den Leistungserbringern der Langzeitpflege wirkungsvolle Lösungen entwickeln. Die Gestaltung der Langzeitpflege darf nicht länger parteipolitischen Interessen unterliegen, sondern fordert einen gesamtgesellschaftlichen Konsens darüber, wie wir die Menschen mit Pflege- und Betreuungsbedarf versorgt wissen wollen.

Unsere Gesellschaft muss sich darüber klar werden, welchen finanziellen Beitrag sie bereit ist, für die Organisation und Durchführung der Pflege aufzuwenden, insbesondere für Menschen mit geringen finanziellen Mitteln. Dies hängt unmittelbar mit der Frage zusammen, ob Menschen, die privat Pflege leisten, ihre Erwerbstätigkeit aufrechterhalten können, wenn sie zugleich häusliche Pflege erbringen müssen.

Um für diese Herausforderungen gerüstet zu sein, muss die bestehende Pflegelandschaft weiterentwickelt werden. Auf bundespolitischer Ebene sind Rahmenbedingungen zu schaffen, die Träger der Langzeitpflege nachhaltig in die Lage versetzen, für gute Pflege zu sorgen und diese aufrechtzuerhalten.

Nur wenn im Berufsfeld Pflege gute Rahmenbedingungen geschaffen werden, sind Menschen weiterhin bereit, sich hier beruflich zu engagieren. Träger der Langzeitpflege können so eine stärkere Bindung ihrer Mitarbeitenden erreichen. Verantwortlich in der Umsetzung guter Rahmenbedingungen vor Ort sind die Dienste und Einrichtungen der Langzeitpflege – Mitglieder im Verband katholischer Altenhilfe in Deutschland e.V. (VKAD).

1.



Mitarbeiter:innen gewinnen und binden, damit die Versorgung gesichert bleibt.

Damit zunehmend mehr pflegebedürftige Menschen (ambulant und stationär) gut versorgt werden können, bedarf es ausreichend Mitarbeiter:innen und guter Finanzierungskonzepte

► **Der VKAD fordert einrichtungsindividuelle, bedarfsgerechte**

Qualifikationsmixe und eine Flexibilisierung der Personalausstattung.

Pflege- und Betreuungsbedarfe auf Grundlage des Leistungsrechts stellen sich bundesweit einheitlich dar. Darum muss die bundeseinheitliche, gesetzlich beschlossene Personalbemessung (§ 113c SGB XI) in allen Bundesländern uneingeschränkt umgesetzt werden. Den Einrichtungen und Diensten ist mehr Flexibilität bei der Personalausstattung auf der Basis geltender Qualitätskriterien und Standards einzuräumen. Insbesondere in Bereichen der Assistenz im Alltag muss es weiteren Berufsgruppen erlaubt werden, Unterstützungsleistungen zu erbringen.

Um die diese Ziele zu erreichen, brauchen die Einrichtungen und Dienste im Rahmen ihrer Organisationshoheit und Kompetenz kreative Freiräume. Die Personalbemessung muss sich an den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und an die individuellen Bedarfe anpassen lassen. Nach wie vor kann ein Hilfebedarf zuerst durch den Medizinischen Dienst (MD) festgestellt werden. Danach jedoch ist es Aufgabe der Pflegefachkräfte zu ermitteln, inwieweit der festgestellte Pflege- und Betreuungsbedarf den individuellen Bedürfnissen der pflegebedürftigen Person entspricht. Den Pflegefachkräften muss mehr

Entscheidungsspielraum eingeräumt werden. Es muss ihnen gestattet sein, von den im Rahmen der Pflegegrade festgelegten Pflege- und Betreuungsinhalten nach oben oder unten abzuweichen und die entsprechenden Handlungen individuell anzupassen. Diese Flexibilisierung der Personalbemessung muss Richtschnur für die Vergütungsverhandlungen sein. Hierzu bestehende Finanzierungskonzepte müssen weiterentwickelt werden. Sämtliche Pflegeleistungen sind im Leistungssystem uneingeschränkt leistungsgerecht zu erfassen und ihre Vergütung sicherzustellen. Dabei ist darauf zu achten, dass weder die pflegebedürftigen Menschen noch die Finanzierungssysteme überfordert werden.

Sind diese Grundlagen gesichert, können Träger von Einrichtungen und Diensten sich darum bemühen, Mitarbeiter:innen zu gewinnen. Eine gute Entlohnung sowie entsprechende Zusatzleistungen sollten selbstverständlich sein. Die Tariftreueregelungen sind vollumfänglich anzuwenden. Entscheidend sind darüber hinaus bessere Arbeitsbedingungen, u.a. durch mehr Entscheidungs- und Handlungsmöglichkeiten der Fachkräfte in den Einrichtungen.

Bindung der Mitarbeiter:innen durch ein attraktives Arbeitsumfeld

Träger von Einrichtungen und Diensten sind in der Verantwortung, die Bindung der Mitarbeiter:innen zu fördern bzw. zu erhalten. Beispiele guter Praxis finden sich hierzu in den sogenannten Magnetkonzepten.

Das Magnetkonzept hat seinen Ursprung in den USA. Dort gab in den 1980er-Jahren ein Pflege-notstand Anstoß für eine Forschungsarbeit in 163 Kliniken. Aus den Ergebnissen wurden die

fünf Magnetkomponenten (siehe Infokasten) abgeleitet, die heute als der „Goldstandard“ der pflegerischen Versorgung gelten. Zahlreichen Studien zufolge tragen die Magnetkomponenten u.a. zu einer höheren Arbeitszufriedenheit und einem niedrigeren Burnout-Risiko bei. Gleichzeitig sinken die Fluktuation und die Anzahl der freien Stellen.

Heute gibt es weltweit mehr als 500 „Magnet-krankenhäuser“. Seit 1998 können sich auch Pflegeeinrichtungen für das Magnet-Siegel bewerben.

Die fünf Magnetkomponenten

Transformationale Führung

Transformational zu führen bedeutet, die Vorbildfunktion überzeugend wahrzunehmen und dadurch den Mitarbeiter:innen Vertrauen, Respekt und Wertschätzung zu vermitteln.

Strukturelle Bevollmächtigung

Die Magnetkomponenten bieten einen Rahmen, in dem eine exzellente Praxis wachsen kann. Die Strukturen sind geprägt durch Kommunikation auf Augenhöhe, flache Hierarchien und Möglichkeiten zur Partizipation.

Beispielhafte professionelle Praxis

In der Versorgung pflegebedürftiger Menschen werden gezielt akademisch ausgebildete Pflegefachpersonen eingesetzt. Diese leisten einen wertvollen Beitrag zur Sicherstellung einer evidenzbasierten Pflege.

Neues Wissen und Innovationen

Neben einem professionellen Qualitätsmanagement werden

relevante Forschungsergebnisse systematisch erfasst und in die Praxis implementiert.

Empirische Outcomes

Die Arbeitsergebnisse der Pflege werden kontinuierlich evaluiert und erfasst. Die daraus gewonnenen Daten werden zum Benchmarking und für Best Practice-Vergleiche herangezogen.



Quelle: In Anlehnung an ANCC (2020)

Integration internationaler Fachkräfte

Die Bundesregierung engagiert sich – unter anderem durch das Fachkräfteeinwanderungsgesetz und den Gesetzentwurf zur Stärkung der Hochschulischen Pflegeausbildung – die Einwanderung von Pflegefachkräften aus dem Ausland einfacher zu gestalten. Gleichzeitig ist klar, dass der Personalmangel in der Pflege nicht allein durch Zuwanderung internationaler Pflegefachkräfte gelöst werden kann. Nicht nur müssen internationale Pflegefachkräfte gut auf ihre Tätigkeit vorbereitet werden, sondern die Träger müssen auch Integrationsleistungen wie Unterbringung, Sprachkurse und Mobilitätshilfen sicherstellen, auch über das Berufsleben hinaus. Die Integration internationaler Fachkräfte erfordert Schulungen für das gesamte Team (Hauswirtschaft, Verwaltung etc.), um ein Willkommensumfeld nachhaltig sicherzustellen.

Wenn sich Träger für die Anwerbung internationaler Fachkräfte entscheiden, sollten diese nur mit zertifizierten Agenturen akquiriert werden, die das Gütesiegel „Faire Anwerbung Pflege Deutschland“ tragen¹.

► Der VKAD fordert, die Kosten der Integration internationaler Pflege(fach)kräfte in die Vergütungsverhandlungen einzubeziehen.

In der Konzertierte Aktion Pflege (KAP) wurde vereinbart, einen „Werkzeugkasten für Maßnahmen zur fachlichen, betrieblichen und sozialen Integration“² zu erstellen. Dieser soll Arbeitgebenden in ihren Einrichtungen und Diensten als Grundlage für ein gutes Integrationsmanagement dienen. Die Finanzierung des Integrationsmanagements ist jedoch nach wie vor nicht

geregelt. Der VKAD sieht hier dringenden Nachholbedarf. Denn ein Konfliktpotential vor Ort ist die zunehmende Heterogenität der Teams, welche moderiert und fachlich begleitet werden muss. Ziel muss es sein, die von jeder Person eingebrachten Kompetenzen zu identifizieren und in einem wertschätzenden Dialog zum Nutzen der zu pflegenden Personen anzuwenden. Dies wird in der von der KAP erhobenen Forderung deutlich: „Praxisanleiter:innen sowie Ansprechpersonen (Integrationspat:innen) 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.“³

► Der VKAD fordert die Refinanzierung von Personal- oder Springerpools oder vergleichbare betriebliche Ausfallkonzepte, um den Einsatz von Leiharbeit zu verringern.

Um die Versorgung mit ausreichend Personal in den Einrichtungen und Diensten resilienter zu gestalten, ist die Einrichtung von Springerpools dem Einsatz von Leiharbeit vorzuziehen. Das Ausfallmanagement kann so leichter bewältigt werden. Besonders in der zurückliegenden Pandemie hat sich gezeigt, dass das Auffüllen der Teams mit Leiharbeiter:innen nur einen vordergründigen Nutzen hatte. Die Versorgung wurde zu enorm hohen Kosten sichergestellt, negative Wirkungen auf das Basisteam ließen nicht lange auf sich warten. Die Vorteile eigener oder trägerübergreifender Springerpools liegen auf der Hand:

¹ <https://www.faire-anwerbung-pflege-deutschland.de>

² KAP Handlungsfeld V, 2. Maßnahmen, Abs. 1, Satz 2 11 KAP, Handlungsfeld V, 2. Maßnahmen, Abs.3; weiterführend: <https://dkf-kda.de/werkzeugkoffer-wi/>

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



- Erzielte Einnahmen bleiben in den beteiligten Unternehmen und können dem System im Sinne der Gemeinnützigkeit zugeführt werden.
- Erfordernisse oder Wünsche der Mitarbeiter:innen bezüglich besonderer Dienstzeiten können leicht berücksichtigt werden.
- Die Mitarbeiter:innen des Springerpools haben eine stärkere Bindung an das Unternehmen.
- Die Bewohnerschaft bzw. das Klientel ist den Mitarbeiter:innen des Springerpools bekannt.
- Einarbeitungsphasen können verkürzt werden.
- Die Vorteilsgewährung ist transparent geregelt (Dienstwagen, Lohnzuschläge, etc.).

Jedoch müssen diese Springerpools auskömmlich finanziert sein. Die Lohn- und Gehaltsstrukturen der Springerpools sollten tariflich geregelt und somit der regelhaften Finanzierung in den Rahmenverhandlungen zugeführt werden. Diese Instrumente können einen dauerhaften Personal-mangel nicht ausgleichen, sondern eignen sich nur zur kurzfristigen Überbrückung von Personal- engpässen.

► Der VKAD fordert die Stärkung der Freiwilligendienste.

Allein aus demografischen Gründen sind Teams ständiger Fluktuation unterworfen. Darum ist es wichtig, mehr Menschen für den Pflegeberuf und die ihm angegliederten Berufsfelder zu gewinnen. Neben der Ausbildung kommt den Freiwilligendiensten eine besondere Bedeutung zu: Sie ermöglichen es interessierten Menschen, Arbeitsfelder kennenzulernen und zu erproben. Freiwilligendienste können auf die Berufsfindung bzw. den Wiedereinstieg in das Berufsleben entscheidend einwirken. Sie brauchen daher eine besondere Förderung durch den Bund und keine Kürzungen!

Eine Begleitung der im Freiwilligendienst engagierten Personen ist unbedingt geboten. Entsprechende Freistellungen aus dem Team sind dazu notwendig und in der Personalplanung (Refinanzierung) zu berücksichtigen.

2.



Förderung der Ausbildung und erweiterte Zugänge in das Berufsfeld

► **Der VKAD fordert die Übertragung der Verantwortung für die generalistische Pflegeassistentenausbildung an die Bundesebene. Es braucht ein Bundesgesetz, eine Ausbildungs- und Prüfungsordnung (APO) und eine bundeseinheitliche Finanzierungsverordnung.**



Die gegenwärtige Zuständigkeit der Bundesländer für die Pflegeassistentenausbildung führt zu einer uneinheitlichen Landschaft mit 16 unterschiedlichen Ausbildungen im Bereich der Pflegehelfertätigkeit.

Um die Anforderungen des Personalbemessungsinstruments in der stationären Langzeitpflege, welches seit dem 1. Juli 2023 in Kraft ist, zu erfüllen, ist es unumgänglich, dringend neue Fachkräfte mit einer einheitlichen, Ausbildung zur Pflegefachassistenz auszubilden.

Der VKAD fordert daher eine zügige und nachhaltige Übertragung der Verantwortung für die generalistische Pflegeassistentenausbildung an die Bundesebene, um eine einheitliche Ausbildungsstruktur sicherzustellen und den Bedarf an qualifiziertem Pflegefachassistenzpersonal auf Qualifikationsniveau 3 zu decken. Dies ist ein entscheidender Schritt, um die Pflegequalität in Deutschland zu verbessern und den Herausforderungen der neuen Personalbemessung nach § 113 c SGB XI zu begegnen.

► Der VKAD fordert, die Ausbildungs-kostenumlage aus den Eigenanteilen zu entfernen.

Die Finanzierung der Pflegeausbildung sollte nicht länger auf den Pflegebedürftigen lasten, sondern als eine gesamtgesellschaftliche Verantwortung betrachtet werden. Je mehr Menschen sich für eine Tätigkeit in der Pflege entscheiden, desto eher kann dem wachsenden Bedarf an pflegerischer Versorgung entsprochen werden. Gemäß dem Koalitionsvertrag der Ampel-Regierung muss die Ausbildungskostenumlage aus den Eigenanteilen entfernt werden.

► Der VKAD fordert, die Nichtanrechnung der Auszubildenden auf die Personalschlüssel per Gesetz auf das zweite und dritte Jahr auszuweiten.

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

► Der VKAD fordert die Stärkung der Akademisierung.

Der VKAD setzt sich bei seinen Trägern für die Erhöhung des Anteils hochschulisch ausgebildeter Pflegekräfte ein sowie für deren adäquate Integration in die Versorgung. Träger sollten die Potenziale der Akademisierung effizienter nutzen, um die Professionalisierung der Pflege zu erhöhen. Pflegefachpersonen führen schon jetzt



verantwortungsvolle medizinische Tätigkeiten aus, nicht nur auf ärztliche Anweisung. Ein Hochschulstudium kann sie offiziell befähigen, eigenständiger und damit selbstbewusster zu agieren sowie in fachlichen und berufspolitischen Diskursen stärker aufzutreten. Zudem werden Karriereoptionen in der Langzeitpflege durch Tätigkeitsprofile für akademische Fachkräfte erweitert, was die Attraktivität von Berufsfeldern in der Langzeitpflege erhöhen kann.

► Der VKAD fordert die Förderung einer dualen Ausbildung von Pflegepädagogen:innen.

Der Lehrkräftemangel ist einer von unterschiedlichen Gründen, warum die von der Konzierten Aktion Pflege (KAP) geplante Erhöhung der Ausbildungszahlen um 10 % nicht erreicht werden kann. Der Arbeitsmarkt verfügt nicht über genügend geeignetes Lehrpersonal, um noch mehr Schüler:innen zu unterrichten. Die Kapazitäten müssen durch zusätzliche Übergangsregelungen auf Landesebene aufgestockt werden. Um dem Mangel entgegenzuwirken, braucht es einen massiven Aufbau von Studienstrukturen für Pflegepädagog:innen in allen Bundesländern.

Der VKAD fordert

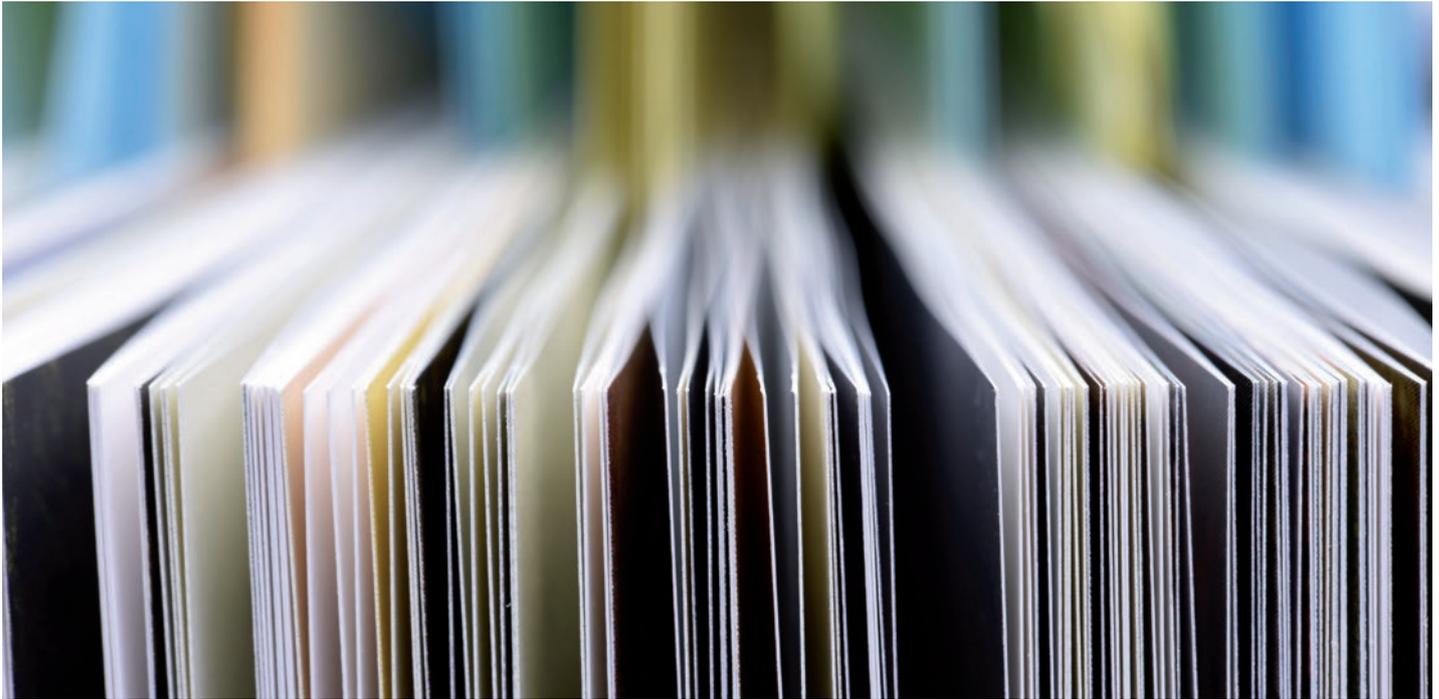
- Stipendien für angehende Pflegepädagog:innen und Fördermittel für Pflegeschulen auszuweiten. Neben dem Ausbau von Studienplätzen werden innovative und digitale Studienmodelle benötigt, die sich an den Lebensbedingungen Studierender orientieren;
- Arbeitsbedingungen und finanzielle Grundlagen für angehende Pflegepädagog:innen sind zu verbessern (siehe Heterogenität der Stellenschlüssel zwischen den Bundesländern). Der Mehraufwand durch die Umsetzung der Generalistik und der Druck durch die neue Personalbemessung bei gleichzeitigem Mangel an Lehrpersonal muss sich adäquat in der Vergütung widerspiegeln;
- einheitlich zu klären, welche Qualifikationen bzw. Hochschulabschlüsse adäquat sind, um als Pflegelehrkraft bzw. Pflegepädagog:in zu arbeiten. Dabei muss vermieden werden, dass das Ausbildungsniveau sinkt. Gleichzeitig sollten die Einstellungs Voraussetzungen in den Bundesländern angeglichen werden.

Neben dem Ausbau von Studienplätzen von Pflegepädagog:innen ist die Verbesserung des primärqualifizierenden Studiengangs in den Blick zu nehmen. Geeignete Maßnahmen, um das primärqualifizierende Studium attraktiver zu machen, können sein:

1. Entwicklung von Qualifikations- und Stellenprofilen für akademisch qualifizierte Pflegefachkräfte (AQP) unter Mitwirkung der Trägerverbände, um die Integration in die Praxis zu ermöglichen.
2. Ausbau von Studienkapazitäten, die mit einer Kompetenzerweiterung und einer gerechten Vergütung von AQP einhergehen.
 - a Analog zu den Pflegefachpersonen (§4 PflBG) gilt es, konkrete Vorbehaltsaufgaben für AQP zu definieren. Die Vorbehaltsaufgaben sind Voraussetzung, um AQP im Personal- und Qualifikationsmix zu verorten bzw. einzusetzen.



- b Der VKAD regt an, ein Bund-Länder-Treffen zur gemeinsamen Etablierung von Arbeitsfelddefinitionen und Einsatzgebieten von hochschulisch ausgebildeten Pflegefachkräften unter Beteiligung der maßgeblichen Verbände einzuberufen. Dabei sollten auch entgeltliche Einstufungsmöglichkeiten und verbindliche Akademisierungsquoten thematisiert werden, um mit diesem gemeinsamen Fahrplan mit konkreten Handlungsaufträgen zeitnah berufliche Perspektiven zu schaffen.
- c Um die Akzeptanz von akademisch qualifiziertem Personal zu stärken, ist es von Bedeutung, die Integration dieser akademisch ausgebildeten Pflegefachfrauen und -männer in den Qualifikationsmix nachvollziehbar zu überführen und den Mehrwert für die effizientere Arbeit durch die Definition von Arbeitsfeldern und Tätigkeitsprofilen zu gewährleisten.
- d Um ein einheitliches, vergleichbares Niveau der Praxisanleitungen zu erreichen, braucht es eine auf die Studierenden angepasste Praxisanleitung. Weiter- und Fortbildungskonzepte für die Praxisanleitung von



Studierenden müssen ausgebaut und unter den Ländern harmonisiert werden – eine homogene Weiterbildungsstruktur ist für ein vergleichbares Niveau erstrebenswert. Es wird zudem unterstrichen, dass Bachelorabsolvent:innen im Sinne des §37 des Pflegeberufgesetzes die Praxisanleitung von primärqualifizierenden Studierenden schnellstmöglich übernehmen müssen, um die Kompetenzvermittlung optimal zu gewährleisten. Dafür müssen Studienplatzkapazitäten für das (Pflege)Lehramt und das primärqualifizierende Studium ausgebaut werden.

Die mit den Vorschlägen (unter Punkt 1 und 2) verbundene Attraktivitätssteigerung der hochschulischen Pflegeausbildung darf nicht zur Reduzierung von Kapazitäten anderer Pflegeausbildungen führen.

Das Ziel des Pflegeberufgesetzes ist weiterhin, ausreichend Pflegefachkräfte und Assistenzfachkräfte auszubilden, um die Personalbemessung

nach §113 SGB XI umzusetzen. Der VKAD betont jedoch den Mehrwert von AQP, die sich auch aus der internationalen Studienlage ergibt. Vor dem Hintergrund steigender Anforderungen in der Pflegearbeit ist es sinnvoll, einen ausreichend hohen Anteil an akademisch qualifizierten Pflegefachkräften in die bestehenden Personalstrukturen zu integrieren.

Entscheidende Bedeutung kommt den in der Gesundheitsversorgung tätigen Berufen bei der sektorenübergreifenden und interdisziplinären Versorgung an den Schnittstellen zu.⁴ Akademisch ausgebildete Pflegefachfrauen und -männer haben hier eine wesentliche Rolle. 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.

⁴ Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen, Wissenschaftsrat, drs. 2411-12, Berlin, 13.07.2012.

3.



Pflegekosten sektoren- übergreifend bezahlbar und gerecht gestalten, damit bedarfsgerechte Pflege erfolgen kann

► **Der VKAD fordert, pflegebedürftige Menschen bei ihrer Beteiligung
an den Pflegekosten finanziell nicht zu überfordern.**



Pflegebedingte Kosten, ambulant wie stationär, müssen voraussehbar und somit planbar sein. Das ermöglicht eine rechtzeitige Vorsorge. Bisher erhalten Versicherte, bei denen eine Pflegebedürftigkeit festgestellt wurde, von der Pflegeversicherung einen festgeschriebenen Anteil zur Finanzierung ihrer pflegebedingten Kosten. Dieser Anteil orientiert sich im ambulanten wie stationären Bereich am 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. Im stationären Bereich fließen diese Kosten in den Einrichtungseinheitlichen Eigenanteil (EEE) ein.

2021 trat erstmals eine gesetzliche Regelung in Kraft, die die Belastung der pflegebedürftigen Menschen durch die pflegebedingten Kosten reduzierte. Diese Entlastung greift durch die steigenden Kosten infolge eines höheren Personalschlüssels jedoch nicht mehr. Mit dem Inkrafttreten des Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG) am 01.07.2023 wurden die Entlastungsbeträge der EEE angehoben, um einer Überlastung Pflegebedürftiger entgegenzuwirken. Durch die aktuell steigenden Kosten heben sich die Erhöhungen in ihrer Wirkung auf.

Der Einrichtungseinheitliche Eigenanteil

(EEE) 2017 wurde der Einrichtungseinheitliche Eigenanteil (EEE) eingeführt. Das ist der Betrag, den die Bewohner:innen monatlich für pflegebedingte Kosten zuzüglich der Investitionskosten, der Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sowie der Ausbildungumlage aus eigenen Mitteln an das Pflegeheim entrichten müssen. 2021 trat eine gesetzliche Regelung in Kraft, die die pflegebedingten Kosten in der stationären Pflege begrenzen soll.

Die Leistungszuschläge, die die Pflegeversicherung nach § 43c SGB XI für Pflegebedürftige ab dem Pflegegrad 2 in vollstationären Pflegeeinrichtungen übernimmt, werden zum 01.01.2024 erhöht:

- bei einer Verweildauer von 0 bis 12 Monaten von 5 % auf 15 %,
- bei einer Verweildauer von 13 bis 24 Monaten von 25 % auf 30 %,
- bei einer Verweildauer von 25 bis 36 Monaten von 45 % auf 50 %,
- bei einer Verweildauer von mehr als 36 Monaten von 70 % auf 75 %

des von der pflegebedürftigen Person in der vollstationären Pflegeeinrichtung zu zahlenden Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen. Diese Entlastungen im Bereich der pflegebedingten Kosten fallen nun der Umsetzung der Personalbemessung nach § 113c zum Opfer.

Unterkunft und Verpflegung (sogenannte „Hotelkosten“) umfassen z.B. Speisen und Getränke, 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 Räume der Einrichtung etc.

Unter Investitionskosten werden Kosten für Errichtung, Unterhalt oder Sanierung der Gebäude/Anlagen zusammengefasst. Die Investitionskosten werden aufgrund regionaler und länderspezifischer Bestimmungsfaktoren berechnet; dadurch entstehen große Differenzen zwischen den Heimen.

► Der VKAD fordert die Umsetzung einer Pflgeteilkasko.

Um die Pflegekosten für pflegebedürftige Menschen künftig planbar gestalten zu können, muss die Finanzierung der Pflege auf tragfähige Säulen gestellt werden. Bisherige Reformen der Pflege drehten nur an kleinen Stellschrauben.

Der VKAD schlägt vor, eine echte Pflgeteilkasko⁵ für alle Leistungsbereiche der Langzeitpflege umzusetzen: Die versicherte Person trägt monatlich

einen festen Eigenanteil der pflegebedingten Kosten als Sockelbetrag, während die darüberhinausgehenden, sich ständig ändernden pflegebedingten Kosten von der Pflegeversicherung übernommen werden. Steigende Kosten werden dann auf viele Pflegeversicherte⁶ umgelegt und sind nicht mehr allein von den Pflegebedürftigen⁷ zu tragen.

5 Das Modell des „Sockel-Spitze-Tauschs“, Rothgang/Kalwitzki, Gutachten „Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung...“, 2017, greift diese Inhalte auf.

6 rund 73,51 Millionen in 2023, Stand 13.02.2023, Bundesministerium für Gesundheit.

7 rund 4,61 Millionen in 2023, Stand 13.02.2023, Bundesministerium für Gesundheit.

Der VKAD regt eine Diskussion zur steuergestützten Pflegeversicherung an.

Aufgrund des demografischen Wandels zahlen immer weniger Erwerbstätige in die Pflegeversicherung ein.

Demgegenüber steht jedoch eine wachsende Anzahl Pflegebedürftiger. Das bisherige System läuft sichtbar in die Unterfinanzierung. Neue Wege zur Finanzierung der Pflege sind zu identifizieren.

► Der VKAD fordert, alternative Wohnformen zu erhalten.

Viele Menschen schätzen bei Pflegebedürftigkeit das Wohnen in einer Wohngemeinschaft. Rund 37.000 Menschen leben bundesweit in ca. 3.660 Wohngemeinschaften. Pflegebedingte Kosten fallen im Rahmen der ambulanten pflegerischen Versorgung an und werden dem Pflegegrad entsprechend von der Pflegekasse getragen. Alle weiteren Kosten müssen selbst getragen werden.

Pflegebedürftige in Wohngemeinschaften erhalten monatlich einen pauschalen Zuschlag von 214 Euro. Anders als bei der stationären Altenpflege bleibt dieser Betrag über den gesamten Wohnzeitraum konstant. Der Wohngruppenzuschlag wurde seit 2017 nicht mehr angepasst.

Die Kosten in einer Wohngemeinschaft sind in der Regel vergleichbar mit denen in einer stationären Pflegeeinrichtung. Der Eigenanteil setzt sich aus den Kosten für die Koordination, die konkreten Betreuungsleistungen, Miete und Mietnebenkosten sowie Lebensmittel zusammen. Diese Kosten belaufen sich in der Regel unabhängig vom Pflegegrad auf 2.000 bis 2.800 Euro pro Monat für die Pflegebedürftigen, sind also vergleichbar mit dem Einrichtungseinheitlichen Eigenanteil der stationären Pflege

► Der VKAD fordert die Anhebung des Wohngruppenzuschlags auf 1.000 Euro monatlich, um einen Entlastungseffekt für die Pflegebedürftigen unabhängig von ihrer Wohnform zu erreichen.



Durch die Ungleichbehandlung der Wohnformen besteht die Gefahr, dass zukünftig die Kostenträger nicht mehr bereit sind, eine Unterbringung in einer Wohngemeinschaft als förderfähig anzuerkennen. Es besteht das Risiko, dass diese bewährte Lebensform wieder verschwinden wird oder aber nur noch der wohlhabende Teil der Bevölkerung sich ein Leben in einer Wohngemeinschaft leisten kann.

8 Pflegemarkt.com, 2020.

Bedarfsgerechte Pflege durch Flexibilisierung der Sektorengrenzen und Pflegeleistungen weiterentwickeln, um Wahlmöglichkeiten für Pflegebedürftige zu schaffen.



4.

Der VKAD ist der Ansicht, dass weiterhin alle vorhandenen Versorgungsmöglichkeiten erforderlich sind, um die vielfältigen Anforderungen der Pflege zu bewältigen. Gleichzeitig bedarf es jedoch einer Flexibilisierung des bisher nicht durchlässigen Systems. Nur so kann Freiraum für innovative Formen einer modularisierten Leistungserbringung entstehen. Die bestehenden Sektorengrenzen müssen demnach flexibilisiert werden, damit Träger regional angepasste Versorgungsstrukturen (weiter)entwickeln und anbieten können und die entsprechenden (Gesamt)Versorgungsverträge abschließen können.

Sektorenflexibles Arbeiten erfordert ein verstärktes Maß an Netzwerkarbeit der Träger mit ihren Einrichtungen und Diensten vor Ort. In vielen Regionen bieten verschiedene Träger unterschiedliche Angebote zur Langzeitpflege an, die im (politisch gewollten) Wettbewerb stehen. Intensive Netzwerkarbeit ist daher notwendig, damit Menschen mit Pflegebedürftigkeit bedarfsgerechte Versorgungsangebote vorfinden und auswählen können. Die dazu notwendige Netzwerkarbeit ist den Anbietern in den Vergütungsverhandlungen anzuerkennen.

► Der VKAD fordert, alle Maßnahmen der Behandlungspflege im

stationären Bereich durch die Krankenversicherung zu finanzieren.

Mit dem Sofortprogramm im Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) sollte ein erster Schritt zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung in Pflegeheimen erreicht werden. Ab 2019 standen zusätzliche Mittel der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung bereit, um 13.000 zusätzliche Stellen zu finanzieren, insbesondere für medizinische Behandlungspflege in Altenheimen. Mit Umsetzung der Personalbemessung (§113c) gehen diese Stellen in den normalen Personalschlüssel über und werden somit über die Pflegesätze und nicht von den Krankenkassen refinanziert.

Die Krankenkasse muss für alle notwendigen Maßnahmen der medizinischen Versorgung und der Rehabilitation zusätzliches Personal der palliativen Versorgung und der gerontopsychiatrischen Behandlungspflege finanzieren. Diese Leistungen sollten ärztlich verordnet und unabhängig vom Wohnort, also auch in einem Pflegeheim, erbracht und abgerechnet werden können. Folglich wären künftig alle Maßnahmen der Behandlungspflege im stationären Setting durch die Krankenversicherung (SGB V) zu übernehmen.

► Der VKAD fordert die Einführung eines Pflegebudgets im

ambulanten Bereich.

Insbesondere im ambulanten Bereich ist eine bedarfsgerechte Versorgung möglich, indem die Leistungen der Pflegeversicherung flexibilisiert werden. In der Praxis sind die unterschiedlichen Leistungen für pflegebedürftige Menschen und für Menschen, die privat Pflege leisten, nicht nachvollziehbar. Die für Laien fast undurchschaubaren Anspruchsregelungen müssen im Sinne der Pflegebedürftigen vereinfacht werden. Das kann durch ein Pflegebudget erreicht werden. Dieses ermöglicht den pflegebedürftigen Menschen, die für sie relevanten Pflege- und Betreuungsleistungen zu kombinieren. Dazu gehört u.a. auch Hilfe bei der Haushaltsführung. Kurzzeitpflege und

Verhinderungspflege gehen im Pflegebudget auf. Leistungsmodule können Pflegebedürftige gemäß den individuellen Lebensumständen gewichten und nach Bedarf entsprechend abrufen. Dadurch wird die Autonomie Pflegebedürftiger und Pflegenden gestärkt.

Neben diesem Pflegebudget bleibt die Tages- und Nachtpflege als eigenständige Leistung mit entsprechender Finanzierung erhalten. Mit dieser Flexibilisierung und damit einhergehenden Impulsen wird die Angebotsstruktur im Bereich der häuslichen Versorgung weiterentwickelt.

► Der VKAD regt eine Diskussion zum Rechtsanspruch auf entlastende

Pflegeangebote an.

Nach Aussage des Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) gibt es in Deutschland mehr als 2,5 Millionen Erwerbstätige, die Angehörige pflegen. Vieles spricht dafür, entlastende Angebote (beispielsweise Tages- und Nachtpflegen) für pflegende Angehörige auszubauen.

Ein Aspekt wird zu wenig öffentlich diskutiert: So wie Kinder und Eltern in der frühen Lebensphase durch die Kita begleitet werden, so sollten auch Senior:innen einschließlich ihrer Familien durch entlastende Pflegeangebote in den letzten Lebensphasen begleitet werden. Pflegende Angehörige sollten ähnliche Rechte bekommen wie Eltern kleiner Kinder, um Pflege und Beruf vereinbaren zu können.

Bei der Ausgestaltung von entlastenden Pflegeangeboten muss den Leistungsanbietern größere Freiheit eingeräumt werden. Auch sind Synergien zu anderen sozialen Einrichtungen im sozialen Umfeld einzubeziehen. Die hohen bürokratischen Anforderungen für Aufbau und Durchführung der entlastenden Angebote, beispielsweise Tagespflegen, sind zu reduzieren.



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



5.

Demografische Kennzahlen belegen, dass der Bedarf an stationärer Versorgung steigen wird. Dabei wird es große regionale Unterschiede geben. Bleibt die Pflegequote (Anteil pflegebedürftiger Menschen an der gesamten Bevölkerung) konstant, wird sich der zusätzliche Bedarf an Pflegeheimplätzen bis 2040 nach vorliegenden Berechnungen im Bundesdurchschnitt um

23,8 % erhöhen. In absoluten Zahlen bedeutet das 2040 eine zusätzliche Nachfrage von in Nordrhein-Westfalen 43.000 Pflegeheimplätzen, in Bayern 42.100, in Baden-Württemberg 32.400 und in Niedersachsen 27.800.⁹ 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 Heimbauverordnungen und Gesetze, die von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich ausfallen, bilden den Rahmen für den Betrieb von Pflegeeinrichtungen. Aktuelle bauliche Vorgaben, geprägt durch föderale Heimindestbauverordnungen, 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 Träger als auch für potenzielle Darlehensgeber. Diese Voraussetzung ist bei den derzeitigen Gegebenheiten aus bundesdeutscher Sicht jedoch nicht gegeben.

Föderal geprägte Vorgaben für Pflegeimmobilien führen zu großen Unterschieden in den Bundesländern mit der Konsequenz unterschiedlicher Qualitätsniveaus und Investitionserfordernissen (z.B. Wohn- und Gemeinschaftsflächen, Ausstattung mit Pflegebädern oder Einzelzimmerquoten).

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

⁹ nach Pflegeheim-Atlas Deutschland 2021, Wüst Partner Deutschland

► **Der VKAD fordert eine anerkannte und refinanzierte Nutzungsdauer von Pflegeimmobilien von maximal 30 Jahren.**

Die Finanzierungskosten sollen auf objektiv begründbaren Baukostenindizes beruhen. Sämtliche Pflegeimmobilien (Pflegeheime, Kurzzeitpflegen, Hospize, Tagesstätten, Wohngruppen) sind in ihrer Ausgestaltung hoch spezialisiert und werden stark genutzt. Dementsprechend ist ihre Nutzungsdauer nicht mit der von Wohnimmobilien gleichzusetzen. Es geht darum, eine Immobilie immer wieder den neuen Bedarfen der Gesellschaft bzw. den Erkenntnissen der Pflegewissenschaften anzupassen, um sie technisch auf dem aktuellen Stand zu halten. Die Refinanzierung dieser Maßnahmen gelingt nicht, wenn sich diese Immobilie noch in der – bisher 50-jährigen – Abschreibung befindet.

► **Der VKAD fordert, Investitionskosten für Klimasanierung und Klimaanpassung steuerfinanziert zu gestalten.**

Wenn stationäre Pflegeeinrichtungen, Hospize, Wohngemeinschaften, Tagespflegen und Seniorenbegegnungsstätten ihre Ökobilanz verbessern und außerdem wirksam vor Hitze schützen sollen, dann muss eine Finanzierung sichergestellt werden, die die Pflegebedürftigen nicht weiter belastet. Die Bundesländer sollten die Kosten für die notwendigen Klimamaßnahmen in Pflegeheimen übernehmen.

Der „Klimapakt Gesundheit“, eine 2022 veröffentlichte gemeinsame Erklärung des Bundesministeriums für Gesundheit, der Spitzenorganisationen



im Gesundheitswesen sowie der Länder und kommunalen Spitzenverbände,¹⁰ zielt darauf ab, die gesundheitliche und pflegerische Versorgung an klimabedingte Herausforderungen anzupassen und gleichzeitig den CO₂-Fußabdruck des Gesundheitswesens zu minimieren. Die in Pflegeeinrichtungen lebenden und arbeitenden Menschen sollen etwa für ein klimaschützendes und klimaangepasstes Verhalten sensibilisiert und befähigt werden. Dazu zählen Energieeinsparungen, energetische Sanierung, Abfallvermeidung, nachhaltige Beschaffung, Nutzung erneuerbarer Energien und ein effizienter Ressourceneinsatz. In den Einrichtungen und Diensten des Gesundheits- und Pflegewesens gibt es zahlreiche innovative Ideen, Treibhausgasemissionen zu vermindern und gesundheitsförderliches Verhalten zu unterstützen. Oft scheitert die Umsetzung jedoch an fehlendem Geld. In den Pflegesatzverhandlungen werden die Kosten für Energieeffizienz in der Regel als „unwirtschaftlich“ gestrichen. Kostenrichtwerte beim Neubau oder Ersatzbau von Einrichtungen berücksichtigen höhere Energiestandards nicht.

Es ist nicht allein die Aufgabe der Träger der Langzeitpflege, diese wichtigen Maßnahmen zu finanzieren. Genauso wenig ist die Finanzierungslast auf die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen abzuwälzen, sondern gesamtgesellschaftlich solidarisch zu tragen.

¹⁰ Gemeinsame Erklärung unterzeichnet am 14. Dezember 2022 von Spitzenorganisationen im Gesundheitswesen, Ländern und kommunalen Spitzenverbänden unter Federführung des Bundesgesundheitsministeriums. Die Botschaft: Klimaschutz ist Gesundheitsschutz, denn der Klimawandel ist die größte Gesundheitsbedrohung für die Menschheit. Gleichzeitig trägt das Gesundheitswesen mit 5 % der nationalen Treibhausgasemissionen zum Klimawandel bei. Wissen über die Wechselwirkungen von Klimawandel und Gesundheit im Versorgungsalltag soll in Aus- und Weiterbildungsangebote integriert werden. Das öffentliche Bewusstsein für gesundheitliche Folgen des Klimawandels soll durch Aufklärung gestärkt werden. Hier wird u.a. der gesundheitliche Nutzen von pflanzenbasierter Ernährung und nicht-motorisierter Fortbewegung genannt.

Digitale Transformation in der Pflege gestalten

6.



Megatrends wie Technisierung, Digitalisierung und demografischer Wandel, aber auch Personalmangel und gesetzliche Vorgaben bedingen tiefgreifende Veränderungen 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 Mitarbeiter:innen im Arbeitsalltag entlasten und die Selbstständigkeit von Menschen mit Pflegebedarf fördern.

Digitale Technologien eröffnen neue Möglichkeiten für die einrichtungsinternen und übergreifenden Arbeits- und Versorgungsprozesse. Neue einrichtungsspezifische Handlungsfelder 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- und Weiterbildung, integrierte Wertschöpfungsketten an der Schnittstelle von Pflege, Betreuung und Wohnen.¹¹

Für Digitalisierungsmaßnahmen in stationären Einrichtungen und ambulanten Diensten unterstützt die Pflegeversicherung über eine 40-prozentige Ko-Finanzierung einmalig die Anschaf-



fung 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 gering bemessen, um Digitalisierungsmaßnahmen langfristig umzusetzen.

¹¹ FORSCHUNG AKTUELL 08/2020, „Digitale Kompetenz“ in der Pflege, Ergebnisse eines internationalen Literaturreviews und Herausforderung beruflicher Bildung, Institut Arbeit und Technik der Fachhochschule Gelsenkirchen.

► **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.**

Zur Strukturierung dieser facettenreichen Aufgabe hat das Verbändebündnis „Digitalisierung in der Pflege“, in dem der VKAD mitarbeitet, einen nationalen Strategieplan entwickelt, in dessen Zentrum ein zentrales Kompetenzzentrum in der Pflege steht.¹²

Die Bausteine und Maßnahmen eines Nationalen Strategieplans Digitalisierung der Pflege sind aus Sicht des VKAD primär an strategischen Zielen auszurichten:

Prävention zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit u. a. durch verstärkte (intelligent vernetzte) präventive und ambulante Angebote in den Quartieren, die Entwicklung und Umsetzung von innovativen Quartierskonzepten, den Einsatz von digital unterstützten Pflegelotsen oder Community Health Nurses sowie durch Erhöhung der Gesundheitskompetenz der Pflegebedürftigen und Pflegenden;

Verbesserung der Versorgung der Nutzer:innen u. a. durch digitale Angebote zur Lösung von Versorgungsproblemen, Förderung sozialer Teilhabe und Verfahrenserleichterungen. Ein wichtiger Aspekt ist die Wahrung des Wunsch- und Wahlrechts hinsichtlich analoger oder digitaler Angebote als Voraussetzung für die Fokussierung auf die Perspektive der Nutzer:innen;

Verbesserungen der Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte u. a. durch Entlastung von administrativen und manuellen Tätigkeiten (beispielsweise bei der Dokumentation), Abbau von Bürokrati-

tie, Verfahrenserleichterungen sowie bessere Vernetzung der Heilberufe untereinander;

Sicherung von technologischer Infrastruktur und Innovationen u. a. durch Schaffung einer flächendeckenden technologischen Infrastruktur in sozialen und pflegerischen Einrichtungen als Basis für die Digitalisierung von Prozessen. Zentrale Punkte zur Ermöglichung von Innovationen und zur Nutzung des technologischen Fortschritts sind Interoperabilität von IT-Systemen und Standardisierung von Schnittstellen;

Wirtschaftlichkeit und Nachhaltigkeit u. a. durch eine auf lange Sicht stabile Finanzierung der Pflege. Entscheidende Grundlage für die Digitalisierung der Pflege ist die dauerhafte Refinanzierung und Gewährleistung (von Prävention, verbesserter Versorgung, verbesserten Arbeitsbedingungen, technologischer Infrastruktur und Innovationen) über einmalige Förderungen oder befristete Projekte hinaus.

Das Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG) sieht vor, das **Kompetenzzentrum Digitalisierung Pflege** beim GKV-Spitzenverband anzusiedeln. Es soll die Potentiale zur Verbesserung und Stärkung der pflegerischen Versorgung sowohl für die Betroffenen als auch für die Pflegenden identifizieren und verbreiten. Zur Gewährleistung der Fachlichkeit und der Orientierung an den Nutzer:innen fordert der VKAD gemeinsam mit dem Verbändebündnis Digitalisierung die Einbeziehung der Beteiligten der Pflegebranche.¹³

¹² www.vkad.de/positionen

¹³ Positionspapier_Verbaendebuendnis_Digitalisierung_Pflege_final_28042021.pdf (vkad.de)

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

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

► **Der VKAD fordert die Einführung der
Telepflege analog der Telemedizin.**

Bestandteile der Digitalisierung in der Langzeitpflege können sein:

- technische Assistenzsysteme
- digitale Kommunikation, um z.B. digitale Teilhabe zu sichern oder die Kommunikation der am Pflegeprozess Beteiligten zu vereinfachen
- Telepflege und Telemedizin
- Robotik zur Unterstützung von Pflege- und Betreuungsprozessen
- Administration zur Entlastung im Bereich der Pflegeorganisation (Dienstplan, Personaleinsatzplanung, Personalabrechnung, Finanzbuchhaltung, Faktura, Beschaffung und Leistungserfassung sowie das Qualitätsmanagement und weitere Softwareanwendungen inklusive relevanter Schnittstellen).
- Digitalisierung des Ordnungswesens (häusliche Krankenpflege) sowie der Abrechnung im ambulanten Bereich ohne zusätzliche Zusendung von Unterlagen



Exkurs Telemedizin

Die Digitalisierung und somit die flächendeckende Einführung telemedizinischer Anwendungen in der Langzeitpflege sollten einer Strategie folgen (siehe oben). Es ist davon auszugehen, dass Telemedizinische Anwendungen zunächst gleich viel Arbeitszeit bindet wie z.B. die hausärztliche Visite in den Einrichtungen. Ressourcen sind hingegen bei den Wartezeiten der Ärzt:in zur Visite oder der Patient:in zum Termin zu verzeichnen (keine Zusatzkosten für Taxi, Krankentransport oder Begleitpersonen). Besonders für Menschen mit einer Demenz ist es von großem Vorteil, wenn sie in ihrer gewohnten Umgebung bleiben können. Telemedizin muss gut in den örtlichen Netzwerken verankert sein. Einzelne telemedizinische Anwendungen allein werden weder Nutzen noch weitere Entlastung bzw. zusätzlichen Erkenntnisgewinn bringen. Soll Telemedizin gefördert werden, muss sie auf einer guten digitalen Infrastruktur aufbauen.

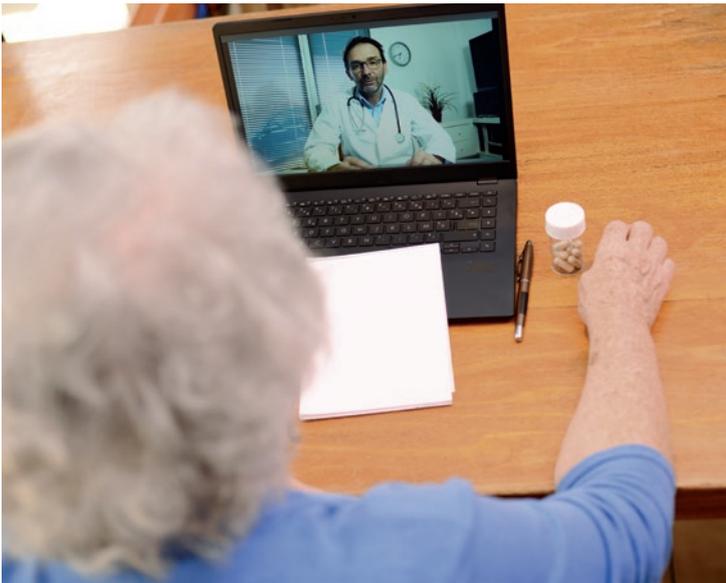
Die Digitalisierungsstrategie des Bundes erstreckt sich im Gesundheitsbereich gerade auf eine Partizipationsphase und erneute Besichtigung dessen, was im Ausland bereits erprobte Praxis ist. Grundproblem bei allen Bemühungen zur Digitalisierung ist, dass Pflege, insbesondere Langzeitpflege, bisher nur mitgedacht und nicht als gesonderter Bereich betrachtet wurde. Das führt zu hohen Schnittstellenverlusten und halbherzigen Basisentwicklungen.

Voraussetzung für den umfassenden Ausbau einer tragfähigen digitalen Infrastruktur, die eine Anwendung digitaler Tools in der häuslichen Pflege, den vorstationären Pflege- und Versorgungsformen und der stationären Pflege sicherstellt, ist ihre Refinanzierung. Kommunen, Länder und Bund sind sich uneinig darüber, wer für welche Kosten aufzukommen hat.

Eine 1:1-Übertragung der analogen Anwendungen wird es nicht geben. Richtig angewandte telemedizinische Module können eine neu organisierte Pflege- und Versorgungsstruktur dabei unterstützen, mit geeigneten Maßnahmen unnötige Krankenhauseinweisungen und Besuche bei Fachärzt:innen zu reduzieren.

So wären z.B. im ambulanten Bereich die Leistungserbringung nicht nur durch Hausbesuche, sondern auch durch Telepflege zu ermöglichen und entsprechend zu refinanzieren.





Unter Telemedizin wird zusammengefasst:

- technikgestützte Interaktion zwischen Ärzt:innen und Patient:innen bzw. Bewohner:innen bei räumlicher Trennung
- Zweitmeinungsportale, Videokonferenzen zwischen Ärzt:innen
- Telemonitoring, d.h. Auslesen von mobilen Messgeräten aus der Ferne bzw. über das Internet, die bei chronisch kranken Personen zuhause oder in der Pflegeeinrichtung angewendet werden können
- ferngesteuerte OP-Roboter, weil der/die Operator:in nicht im selben Raum wie der/die Patient:in

Zukünftig könnte Telemedizin Anwendung finden

- bei der Inaugenscheinnahme in der Häuslichkeit*
- bei der Unterstützung der Kommunikation zwischen Ärzt:in und der zu untersuchenden Person*
- bei der Vitalwerteübermittlung*
- bei verschiedenen Untersuchungen*
- bei Absprachen zwischen Fachpflege, Ärzt:innen und Therapeut:innen
- bei Absprachen zwischen Haus- und Fachärzt:innen
- beim Anpassen oder Erstellen von Verordnungen*
- bei der Pflegedokumentation*, wenn eine ärztliche Meinung notwendig ist, oder beim Transfer zur Diagnoseunterstützung für den/die behandelnde Ärzt:in

All das ist nur möglich *in Begleitung einer Pflegefachperson.

7.



Rahmenbedingungen im Berufsfeld Pflege weiterentwickeln

► **Der VKAD fordert, Personalschlüssel unterstützender Professionen analog den veränderten gesetzlichen Vorgaben anzupassen.**

Die stationäre, teilstationäre wie ambulante Pflege wird von zahlreichen „pflegefernen“ Professionen gestützt, beispielsweise Verwaltung, Hauswirtschaft und Reinigung, Haustechnik, IT, Hol- und Bringdienste u.v.m. Neue Gesetze und Verordnungen bewirken eine Ausdifferenzierung zahlreicher Aufgaben in den Einrichtungen und Diensten der Langzeitpflege (beispielsweise

Kontrollaufgaben im Bereich Lebensmittel, Fahrerlaubnis, Nachhaltigkeit).

Für Mitarbeiter:innen in Einrichtungen und Diensten entsteht dadurch teils ein erheblicher Mehraufwand. Die zunehmende Ausdifferenzierung ist mit bestehenden Personalschlüsseln nicht zufriedenstellend zu bewältigen.





► **Der VKAD fordert Bürokratieabbau, beispielsweise durch Wegfall von Doppelprüfungen.**

Die gesamte Pflege und ihre stützenden Professionen sowie Pflegebedürftige und ihre sorgenden Angehörigen sind einer unüberschaubaren, weit verzweigten gesetzlich geregelten, ausdifferenzierten Bürokratie ausgesetzt. Beantragung von Leistungen, Bewertung der Leistungserbringung, Abrechnung der Leistungen: all das muss einfacher und übersichtlicher geregelt werden.

Eine Prüfung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität ist im Interesse sowohl der pflegebedürftigen Personen als auch der Einrichtungen und Dienste, da so die erbrachte Qualität kontrolliert und bestätigt werden kann. In der Praxis kommt es allerdings z.T. zu unnötigen Doppelprüfungen durch den Medizinischen Dienst und die ordnungsrechtliche Prüfbehörde. Um den Anforderungen der Qualitätsprüfungen zu entsprechen, sind umfangreiche Dokumentationen

anzufertigen. Uneinheitliche Abrechnungsmodifikationen sorgen für unnötig komplizierte Verwaltungsabläufe. All das stellt eine enorme Belastung der Mitarbeiter:innen in den Einrichtungen und Diensten dar.

Neu hinzu kommen aufwendige Datenerhebungen, wie sie etwa in der Nachhaltigkeitsberichterstattung ab 2025 gefordert werden.

Diese komplizierten und zeitraubenden Verwaltungsabläufe regulieren den Pflegebereich mehr als nötig. Dem ist mit geeigneten Maßnahmen entgegenzutreten. Kontrolle ist gut – Vertrauen in den Berufsstand Pflege ist besser. Das Erreichen der vereinbarten Pflegequalität sollte im Zentrum stehen. Wie diese im Einzelnen erreicht wird, kann nicht Gegenstand umfanglicher Überprüfung sein.

Die vorliegende Positionierung wurde zwischen Herbst 2022 und Frühjahr 2023 von einer Arbeitsgruppe innerhalb des Vorstands des VKAD erarbeitet. Sie wurde unter Beteiligung der Mitglieder des VKAD im Rahmen der Mitgliederversammlung am 15. Juni 2023 und weiterer Verfahren ergänzt und verabschiedet.

Verband katholischer Altenhilfe in Deutschland e.V.

Berlin, 4. Dezember 2023

Impressum

Herausgeber

Verband katholischer Altenhilfe in Deutschland e.V.
Reinhardtstraße 13 · D-10117 Berlin
Telefon 030 284 447- 853 · Fax 0761 200-710
E-Mail: vkad@caritas.de · Web: www.vkad.de

Agenturpartner

Köster Kommunikation · www.koester.berlin
GDE | Kommunikation gestalten · www.gde.de

Bildnachweis

Fotos VKAD: Pedro Citoler, Benjamin Pritzkuleit,
Bernd Schumacher
Fotos Adobe Stock: Robert Kneschke, Rawpixel-fotolia.
com, ronstik, salita2010, Westend61, New Africa, Julien
Eichinger, Black Jack, Arnell K/peopleimages.com,
W PRODUCTION, nmann77

Stand

November 2023