carestyle

DIE THEMEN DES DVLAB 2018/2019 | **DOKUMENTATION**

MIT HÖHEPUNKTEN VOM **BUNDES-KONGRESS 2018**

ALTENPFLEGE:
HERAUSFORDERUNG FÜR DIE POLITIK

- **POLITIK – Stellt wichtige Weichen für die Rahmenbedingungen der Pflege**
- **PFLEGEQUALITÄT – Fällt nicht vom Himmel, sondern muss hergestellt werden**
- **ENTWICKLUNGEN – Innovatives Denken schafft neue Ansätze für gute Pflege**
- **FINANZEN – Was kommt rein, was wird investiert, was bleibt als Gewinn?**

Der DVLAB dankt

ALLEN UNTERNEHMEN FÜR DIE PRÄSENTATION IHRER PRODUKTE UND LEISTUNGEN AUF DEM 24. BUNDESKONGRESS

seni

BFS Service GmbH

ATTRAKTIVER ARBEITGEBER PFLEGE

FEXCOM®

opta® data

Peter Dürrmann
Bundesvorsitzender des DVLAB

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

wenn der DVLAB seine Arbeit im Jahr 2018 als erfolgreich beschreibt, so vor allem mit Blick auf seinen gewachsenen fachpolitischen Einfluss. Dass dieser weiter gestärkt werden konnte, ist ein großes Plus im Hinblick auf unsere Kernthemen. Dazu gehört die künftige Qualifizierung von Leitungskräften: Hier steht der Rahmen für den von uns vorgeschlagenen Masterstudiengang, erste Gespräche darüber konnten wir 2018 mit Bundesländern bereits führen.

Zu unseren Kernthemen gehört auch der Kampf um den Erhalt des Altenpflegeberufes. Gerade in Bezug auf die neuen Pflegeausbildungen haben wir mit unseren Partnern im Bündnis für Altenpflege deutlich gemacht, dass es für die Altenhilfe jetzt um alles geht. Wichtig war und bleibt, die Spezialisierungsmöglichkeit Altenpflege im dritten Ausbildungsjahr ins Bewusstsein zu rücken und auf eine angemessene Umsetzung zu drängen. Hier bleiben wir mit unseren Bündnispartnern weiter aktiv.

Auch in der neuen Ausbildungsoffensive der Bundesregierung wirkt der DVLAB mit. Außerdem bringen wir unsere Expertise im Beirat zur Implementierung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ebenso ein wie in vier Arbeitsgruppen der „Konzertierten Aktion Pflege". Daneben gab es Stellungnahmen zu Gesetzesvorhaben des Bundes und der Länder. Nicht zuletzt sind wir 2019 mit der Aussicht gestartet, unsere Arbeit im Qualitätsausschuss bald aufnehmen zu können. Und das alles wird bis heute ehrenamtlich geleistet!

Die vorliegende Ausgabe von „Carestyle" spiegelt diese Arbeit wider. Zugleich wirft sie Schlaglichter auf den wichtigen Bundeskongress in Berlin. Auch dort standen 2018 zentrale fachpolitische Themen im Fokus.

Ich hoffe, dass wir uns zum 25. Bundeskongress am 21./22. November 2019 wiedersehen. Dann sollten viele der geschilderten Entwicklungen einen deutlichen Schritt vorangekommen sein.

Ihr Peter Dürrmann

HERAUSGEBER:
DVLAB Bundesverband e.V.
Bahnhofsallee 16, 31134 Hildesheim
Tel: 05121 - 289 2872
E-Mail: info@dvlab.de
Internet: www.dvlab.de
Der DVLAB ist Mitglied im E.D.E.

KONZEPT, TEXTE & REDAKTION:
Swaantje Düsenberg
Hainhölzer Str. 13, 30159 Hannover
Tel: 0511 - 64 61 633
E-Mail: info@duesenberg-kontext.de

GESTALTUNG:
schwanke+raasch visuelle kommunikation
Foto Titel: istock/Reniw-Imagery
Fotos im Heft: S. Düsenberg
Foto Rückseite: julief514

BESTELLUNGEN:
über den Herausgeber (s.o.)

▲ **Moderation:** Wie in den vergangenen Jahren führte **Dr. Marion Hartfiel,** Leitungskraft in Hamburg und Mitglied im DVLAB-Bundesvorstand, charmant durch das breit gefächerte Programm des 24. Bundeskongresses.
Teamwork: **Jessica Vornkahl** (rechts i. Bild) von der DVLAB-Bundesgeschäftsstelle meisterte die Organisation des Bundeskongress in Berlin mit Bravour. Auch **Nadine Lopuszanski** (Sprecherin des DVLAB Thüringen) und Schatzmeister **Kasten Stiemerling** vom Bundesvorstand waren gesuchte Gesprächspartner am Stand des Verbandes. ■

fotolia/M. Rettenberger

◀ **Berliner Abend:** Traditionell hatte der DVLAB die rund 500 Leitungskräfte nach dem ersten Kongresstag wieder zum Austausch bei zünftiger Currywurst und anderen Leckereien eingeladen. Die bisher gehörten Vorträge klangen in den Gesprächen an allen Tischen kräftig nach. ■

istock/ewg3D

POLITIK

Die Weichensteller

Die professionelle Altenpflege braucht angemessene Rahmenbedingungen, damit sie heute und künftig bedarfsgerecht ihre Aufgaben erfüllen kann. Ein wichtiger Weichensteller ist hier die Politik. Sie hat die Altenpflege und auch den DVLAB in letzter Zeit durch zahlreiche Reformen und einigen Aktionismus in Atem gehalten – aber ein Gesamtkonzept für die Pflege scheint sie nicht zu haben. Das zeigte auch der 24. Bundeskongress am 15./16.11.2018 in Berlin.

„Altenpflege als Herausforderung für die Politik" titelte der Bundeskongress 2018. Beide Seiten stehen vor entscheidenden Fragen, die der DVLAB-Bundesvorsitzende Peter Dürrmann nach der Begrüßung der rund 500 KongressteilnehmerInnen aufzeigte.

■ Wie können in Deutschland flächendeckend die Versorgung von immer mehr (hoch)altrigen, oft multimorbiden, zunehmend an Demenz erkrankten Menschen sichergestellt und gleichwertige Lebensverhältnisse geschaffen werden? Die Folgen der demografischen Entwicklung waren lange absehbar und benannt – scheinen die Politik heute aber dennoch zu überraschen.

■ Wie ist die akute Personalnot zu lösen? Die Altenpflege braucht dringend mehr Fachkräfte, aber der Markt ist leergefegt.

■ Wie kann die Altenpflege über ausreichende Mittel für eine bedarfsgerechte Pflege (und zugleich angemessene Bezahlung der Pflegekräfte) verfügen? Dahinter steckt u.a. die Frage nach der Versorgung von Menschen mit Demenz und erheblichen Verhaltensauffälligkeiten. Für diese Personengruppe bilden die Pflegegrade den tatsächlichen zeitlichen Aufwand für ihre Pflege und Versorgung nicht ab.

■ Auf welchem Wege sind die steigenden Eigenanteile der Bewohner an den Heimkosten zu stoppen? Es besteht die Gefahr, dass schon heute immer mehr ältere Menschen in Armut fallen. Diese Spirale wird sich künftig noch verstärken, wenn die Privatisierung der Pflegevorsorge ausgebaut und staatliche Leistungen zurückgefahren werden würden. Eine mögliche Lösung könnte dagegen eine grundlegende Reform der Pflegeversicherung sein (Vorschlag der Initiative „pro-Pflegereform", vergl. S. 11).

STIMME DES DVLAB:
der Bundesvorsitzende Peter Dürrmann

■ Wie wird das Pflegeberufegesetz mit seinen Verordnungen umgesetzt? „Es muss jetzt alles dafür getan werden, dass die wichtigen Kompetenzen des Altenpflegeberufes erhalten bleiben und die Ausbildungszahlen nicht einbrechen", forderte Dürrmann auf dem Bundeskongress.

■ Welchen Einfluss kann die Altenpflege auf die Ergebnisse der „Konzertierten Aktion Pflege“ der Bundesregierung nehmen?
■ Und schließlich: Welche Wirkung hätte die Einführung eines sozialen Pflichtjahres sowohl auf die Altenpflege als auch auf die jungen Menschen nach ihrer schulischen Ausbildung? Darüber diskutieren aktuell wieder die Politik, Gesellschaft und auch der DVLAB.

Bundesregierung: „Wir tun doch was!“

Ein Bundeskongress, der die Altenpflege als Herausforderung für die Politik beschreibt, muss auch mit einer Stimme aus der Bundespolitik starten, hatte sich Programmmacher Peter Dürrmann gedacht. Diese Stimme repräsentierte Birgit Naase.
Sie leitet die Abteilung 4 „Pflege und Prävention“ im Bundesgesundheitsministerium und stellte auf dem Bundeskongress mit Blick auf die Altenpflege die Ziele und Maßnahmen der Bundesregierung vor. Neben den PSG 1 bis 3 galt ihr Fokus u.a. dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz. Es ist seit 1. Januar 2019 in Kraft und soll der stationären Altenpflege u.a. 13.000 zusätzliche, durch die Krankenkassen finanzierte Fachkräfte bescheren. „Das ist ein erster Schritt, die personellen Engpässe zu überwinden“, sagte Naase. Aber woher sollen diese Fachkräfte bloß kommen, wenn der Markt leergefegt ist? Die Referentin informierte: „Und wenn Sie vier Monate lang keine Fachkraft findet, können Sie auch eine Hilfskraft einstellen, die sich in Ausbildung zur Fachkraft befindet.“ Vermehrte Reaktionen aus dem Publikum legten ihr nahe, dass die anwesenden Leitungskräfte in dieser Möglichkeit kaum eine Lösung der Personalnot erblickten. Da verwies Naase rasch auf die „Konzertierte Aktion Pflege“ (KAP) der Bundesregierung, die sich ja auch in der AG 1 intensiv um das Personalproblem kümmere – und das unter Beteiligung des DVLAB. Es sei gut, dass dieser auch in weiteren Arbeitsgruppen vertreten sei, sagte sie, „denn alles hängt miteinander zusammen. Ich bin froh, dass der DVLAB in der KAP dabei ist, wir brauchen erfahrene Praktikerinnen und Praktiker wie Sie!“
Naase erhoffte sich nach eigenem Bekunden aber auch vom 24. Bundeskongress gute Ergebnisse zu vielen weiteren Zukunftsfragen. „Wie denkt man im Bundesgesundheitsministerium beispielsweise über ein soziales Pflichtjahr?“, wurde sie von Peter Dürrmann z.B. gefragt. Sie hielt kurz inne, verriet dann spontan, man habe im Ministerium sogar schon darüber nachgedacht, es nicht nur für junge, sondern auch für ältere Menschen einzuführen – und erntete für diese Idee tumultartige Empörung im Publikum. Aber gesagt war gesagt, auch wenn die Referentin ihre Worte am liebsten gleich wieder eingeatmet hätte.

„Ich bin froh, dass der DVLAB in der KAP dabei ist, wir brauchen erfahrene Praktikerinnen und Praktiker wie Sie.“

Birgit Naase vom Bundesgesundheitsministerium

DIE KONZERTIERTE AKTION PFLEGE

Mit der „Konzertierten Aktion Pflege“ (KAP) will die Bundesregierung den Pflegenotstand abwenden. Getragen wird die KAP von den Bundesministerien für Gesundheit, für Arbeit und für Familie unter Federführung von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn. Daneben sind rund 40 Repräsentantinnen/Repräsentanten der Verbände und Sozialpartner beteiligt, die aus der Pflege kommen oder für sie zuständig sind.
Gestartet ist die KAP im Herbst 2018 mit fünf Arbeitsgruppen, in denen konkrete Vorschläge und Maßnahmen entwickelt und deren Umsetzung verbindlich vereinbart werden. Voraussichtlicher Abschluss soll im späteren Frühjahr 2019 sein.

In vier dieser fünf Gremien arbeitet der DVLAB direkt mit:

▶ **Die AG 1 „Ausbildung und Qualifizierung“** hat bereits am 21. September 2018 ihre Arbeit aufgenommen. Hier wirkt mit Claire Désenfant, der stellvertretenden Landesvorsitzenden des DVLAB Baden-Württemberg, eine in diesen Fragen erfahrene Expertin mit.

▶ **Die AG 2 „Personalmanagement, Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung“** startete am 11. Oktober 2018 in Berlin unter intensiver Mitarbeit des DVLAB-Bundesvorsitzenden Peter Dürrmann.

▶ **Die AG 3 „Innovative Versorgungsansätze und Digitalisierung“** wurde mit dem DVLAB-Bundesvorstandsmitglied Stephan Dzulko besetzt, der zum Thema eine große Expertise besitzt.

▶ **In der AG 4 „Pflegekräfte aus dem Ausland“** engagiert sich das langjährige DVLAB-Bundesvorstandsmitglied Sebastian Thieswald mit seinem ganzen Erfahrungsschatz.

Die hohe Präsenz des DVLAB in den Arbeitsgruppen der „Konzertierten Aktion Pflege“ zeigt, dass die Stimme des Verbandes gerade in den letzten Jahren deutlich an Gewicht gewonnen hat. ■

ZWEI BUNDESTAGSFRAKTIONEN MIT MODERATOR: Erwin Rüddel (links) sprach für die CDU/CSU, Kordula Schulz-Asche für das Bündnis 90/Die Grünen. DVLAB-Chef Peter Dürrmann (Mitte) stellte die Fragen und bohrte nach.

Auf dem Podium: **Die Bundespolitik**

Dass die Stimme des DVLAB zählt, wurde auch im späteren Verlauf des Kongresses an der Podiumsdiskussion deutlich. Sie führte zwei BundespolitikerInnen aus verschiedenen Fraktionen zusammen. Es ging um die Frage, welche Pläne die Bundesregierung und Opposition in der Altenpflegepolitik hatte – und was umgesetzt wird.

Ursprünglich sollten wie auf dem Bundeskongress im Jahr 2017 auch die SPD und DIE LINKE mit auf dem Podium sitzen, aber daraus wurde nichts. Die Vertreterin der Bundestagsfraktion DIE LINKE stand quasi schon vor der Tür des 24. Bundeskongresses und war im allerletzten Moment dann doch glaubhaft verhindert. Das kann vorkommen. Die Bundestagsfraktion der SPD wiederum hatte es trotz langem Vorlauf und großem Hin und Her einfach nicht hinbekommen, jemandem aus ihren Reihen zum 24. Bundeskongress zu entsenden. Sowas sollte eigentlich nicht vorkommen.

Umso mehr freute sich Moderator und DVLAB-Chef Peter Dürrmann, zumindest zwei Bundestagsfraktionen auf dem Podium begrüßen zu können:

- Für die CDU/CSU war **Erwin Rüddel** gekommen. Er ist auch Vorsitzender des Gesundheitsausschusses des 19. Deutschen Bundestages.
- Bündnis 90/Die Grünen wurden von **Kordula Schulz-Asche** vertreten. Sie ist Sprecherin für Pflegepolitik ihrer Bundestagsfraktion.

Und so lassen sich die im Verlauf der Diskussion geäußerten Positionen im O-Ton zusammenfassen:

Wir brauchen ein „Gesamtkonzept Gesundheitsberufe."

Kordula Schulz-Asche: „Bei der Ausbildungsreform besteht nun akuter Umsetzungsbedarf. Wenn wir uns nicht darum kümmern, befürchte ich, dass die Altenpflege Auszubildende verliert. Das kann sie sich nicht leisten. Die Frage nach einer angemessenen Vergütung der Pflegekräfte ist nicht pauschal zu beantworten, weil hier auch die Lebensverhältnisse eine Rolle spielen. In Ballungsräumen z.B. kann eine Altenpflegekraft nicht von ihrem Lohn leben. Hier müsste die Politik Standards schaffen, die nicht unterschritten werden dürfen. Allerdings ist die Vergütung nur ein Teil der Arbeitsbedingungen in der Altenpflege. Mir ist wichtig, dass das Personal abends zufrieden nach Hause gehen kann. Zum Rahmen gehört für mich daher auch ein neues Personalbemessungssystem dazu, das Pflege nach Bedarf und die Umsetzung von Konzepten entsprechend den Wünschen der Pflegebedürftigen und ihren Familien ermöglicht. Wenn es da ist, werden wir wissen, was und wer gebraucht wird. Dann muss das von den Ländern konsequent umgesetzt werden, alles andere wäre Quatsch. Was ein soziales Pflichtjahr angeht, so sind wir uns doch alle im Grundsatz einig: Wir wollen eine Gesellschaft, die zusammenhält. Dafür brauchen wir jeden Menschen! Ein solches Jahr wäre also durchaus ein Schritt in die richtige Richtung, selbst wenn viele Absolvierende danach nicht in der Altenpflege „kleben" bleiben. Aber als *Pflicht*jahr halte ich das für kontraproduktiv. Wir sollten niemanden zwingen, sondern eher überzeugen und dafür den Freiwilligensektor stärken. Ich sage daher nicht Ja zu einem unbezahlten Pflichtdienst.

Was mir noch wichtig ist: Die Digitalisierung ermöglicht, dass sich die Altenpflege mit anderen Gesundheitsberufen vernetzt. Das muss sein – und zwar auf Augenhöhe. Hier muss die Altenpflege mit ihren speziellen Kompetenzen wahrgenommen werden, auch von ärztlicher Seite. Deshalb brauchen wir ein Gesamtkonzept Gesundheitsberufe, gerade weil es auch um Macht- und Wahrnehmungsfragen geht. Die Altenpflege sollte sich daher berufsständisch viel stärker aufstellen und organisieren. Deshalb bin ich auch für eine Pflegekammer vergleichbar der Ärztekammer. Gleiche Strukturen schaffen mehr Augenhöhe.

Was die künftige Finanzierung der Pflege angeht, so wissen wir: Sie wird teurer. Deshalb plädiere ich für einen Steuerzuschuss, für das Herausnehmen versicherungsfremder Leistungen plus den Zuschuss, und für eine Bürgerversicherung. Wir wissen doch, dass die Kommunen immer mehr Sozialhilfe leisten müssen, wenn der Eigenanteil weiter steigt und die Pflegebedürftigen ihn nicht mehr bezahlen können. Deshalb müssen wir die Kommunen stärken, sie mit mehr Macht ausstatten und alle an der Finanzierung Beteiligte an einen Tisch bringen. Sonst bleibt es beim jetzigen Modell, in dem vorwiegend der Bedürftige zahlt. Aber das ist kein Modell für die Zukunft, hier müssen wir radikal umdenken. Die Betroffenen brauchen Verlässlichkeit ohne Sozialhilfe-Perspektive. Der Eigenanteil muss daher in Höhe und Zeit begrenzt werden. Das würde zu einem Sockel-Spitze-Tausch der Pflegeversicherung führen.

Und noch ein Wort zum Vorschlag des DVLAB, für Einrichtungen, die auf die Versorgung von Menschen mit Demenz und erheblichen Verhaltensauffälligkeiten spezialisiert sind, bundesweit einen regelhaften gerontopsychiatrischen Zuschlag einzuführen: Das sehe ich

auch, dass der zusätzliche Bedarf im jetzigen System nicht abgefedert werden kann. Daher sollten Sie mir die Ergebnisse Ihrer entsprechenden Studie geben – und ich kümmere mich darum."

Kratzen Sie den guten Willen der Politik nicht noch weiter an, es reicht!

Erwin Rüddel: „Wir haben doch bisher schon viel gemacht und geschafft, gerade im Bereich ambulante Pflege. Jetzt konzentrieren wir uns auf die stationäre Pflege. Hier explodieren zum Beispiel die Eigenanteile. Wir müssen diskutieren, wie sie begrenzt werden können und wie das bezahlt werden soll. Ambulant können Familien zum Beispiel durch Mitarbeit die Kosten senken, stationär nicht. Hier habe ich seit dem letztem Jahr dazugelernt und bin nun für eine Abschaffung der Sektorengrenzen ambulant/stationär sowie für einen Sockel-Spitze-Tausch in der Pflegeversicherung. Es gibt keinen anderen Weg.
Mit Blick auf das Personal in der stationären Altenpflege müssen die Arbeitsbedingungen und auch die Bezahlung besser werden, dann wandern Fachkräfte auch nicht von der Alten- in die Krankenpflege ab. Vor allem brauchen wir mehr Personal. Zur Personalbemessung sollten wir aber erstmal die Zahlen von Prof. Rothgang abwarten, dann wissen wir wissenschaftlich begründet, was die Altenpflege wirklich benötigt. Im übrigen hat sie viele Kompetenzen, die bisher nicht genutzt werden dürfen, etwa Assistenten oder Helfer. Diese sollten wir aber nutzen.

PUBLIKUM: Rund 500 Leitungskräfte waren zum 24. Bundeskongress gekommen…

Wir sollten die Dinge überhaupt neu denken. Zum sozialen Pflichtjahr hat die CDU noch keine fertige Meinung, eventuell müsste man es finanziell attraktiv machen. Sehr große Chancen sehe ich in der Digitalisierung: Alle Daten stehen in einer sicheren Cloud – und der Patient entscheidet, wer Zugriff hat. Die Medizin und auch die Pflege werden virtuell, darin liegt ein wahnsinniges Potenzial.
Von Pflegekammern zur Stärkung der Pflege habe ich das Gefühl, das sie in Rheinland-Pfalz der Pflege noch nicht so viel gebracht hat. Jedenfalls hat der Pflege bisher keine Kammer gefehlt. Jenseits davon möchte ich Ihnen heute aber mit auf den Weg geben: Die Pflege muss offen sein und Chancen erkennen, z.B. auch was die von Ihnen angesprochene Versorgung von Menschen mit Demenz und Verhaltensauffälligkeiten angeht. Vor allem müssen zuerst Ideen her, die nicht mehr Geld kosten. Mein Rat an alle, die es mit der Pflege gut meinen, lautet daher: Erfinden Sie solche innovativen Modelle, seien Sie kreativ – aber kratzen Sie den guten Willen der Politik nicht noch weiter an, es reicht!"

… und diskutierten angeregt über Vorträge und Positionen

Pflegekammern: **Kein Nutzen für die Mitglieder**

Aktuell sind in drei Bundesländern Pflegekammern tätig. Die erste wurde 2016 in Rheinland-Pfalz errichtet, im Jahr 2018 folgten dann Schleswig-Holstein und Niedersachsen.

Die niedersächsische Pflegekammer ist die größte und sorgte zum Jahresende 2018 gleich für Schlagzeilen: Kurz vor Weihnachten hatte sie ihren Mitgliedern zum ersten Mal einen Beitragsbescheid zugesandt, in dem der Höchstbetrag von halbjährlich 140 Euro festgesetzt war. Das entspricht einem Jahreseinkommen von rund 70.000 Euro. Wer nicht so viel verdient – und das sind die meisten Pflegekräfte –, musste dem Bescheid zur Anpassung an den tatsächlichen Verdienst widersprechen. Darauf hatte auch der DVLAB-Bundesvorsitzende Peter Dürrmann Leitungskräfte per Info-Mail ausdrücklich aufmerksam gemacht.
Anlässlich des Bescheides startete ein Krankenpfleger aus dem Kreis Osnabrück am 23. Dezember 2018 eine offene Online-Petition für die Beendigung der Zwangsmitgliedschaft und Auflösung der Pflegekammer Niedersachsen. Innerhalb von nur vier Tagen unterzeichneten bereits mehr als 15.800 Unterstützende. Nach drei Wochen stieg die Zahl auf knapp 44.000 Unterschriften. Die Petition läuft noch bis 22. März 2019 und steht unter dem Motto „Pflege bewegt auch ohne Pflegekammer". Im Verlauf dieses Widerstandes hat die Kammer zugesagt, ihre Beitragsordnung zu überarbeiten.

Auch in anderen Bundesländern rumort es zum Thema Pflegekammer. Im Rahmen einer repräsentativen Befragung von Pflegekräften haben sich aktuell in Hessen 51,1 % gegen die Einrichtung einer Pflegekammer ausgesprochen. In Nordrhein-Westfalen votierte bei einer entsprechenden Befragungen dagegen eine Mehrheit von 59 % für die Errichtung einer Pflegekammer – und in Baden-Württemberg waren es sogar 68 % der Befragten. In beiden Bundesländern soll die Kammer nun kommen.

Darüber hinaus haben der Deutsche Pflegerat und die Pflegekammer Rheinland-Pfalz in einer Gründungskonferenz eine Bundespflegekammer beschlossen. Sie soll die Landespflegekammern unter ihrem Dach vereinen, der Bundespolitik Ansprechpartner sein, das Berufsbild der Pflege weiterentwickeln und die Qualität der Pflege sichern.

Der DVLAB spricht sich gegen die Errichtung von Pflegekammern aus und hat das in diversen Aktionen auch begründet. Einer der Gründe ist die Zwangsmitgliedschaft für die überwiegend angestellten Pflegekräfte. Auch für Leitungskräfte mit einer abgeschlossenen Pflegeausbildung ist die Mitgliedschaft übrigens Pflicht. Dagegen hatten in Niedersachsen die Leiterin einer Senioreneinrichtung sowie die Fallmanagerin in einem Krankenhaus geklagt, wie der DVLAB seinen Mitgliedern berichtete. In beiden Fällen wies das Verwaltungsgericht die Klage jedoch zurück und stellte entsprechend dem PflegeKG darauf ab, dass bei der ausgeübten Tätigkeit ggf. „Kenntnisse aus der pflegerischen Ausbildung" anzuwenden seien. Anders urteilte das Verwaltungsgericht Koblenz im März 2018: Es befreite eine Krankenpflegerin, die in den medizinisch technischen Dienst gewechselt war, von der Pflichtmitgliedschaft.

Weiter kritisiert der DVLAB, dass die Kammern für ihre aus der Privattasche zahlenden Pflichtmitglieder keinen Nutzen haben. „Die Pflegekammern haben nämlich keinen Einfluss auf die wesentlichen Rahmenbedingungen der Pflege, etwa die Personalschlüssel, Pflegesatzhöhe oder die Bezahlung der Pflegekräfte", so Peter Dürrmann. Entsprechend können die Kammern auch keinen Beitrag zur Gewinnung von neuen Fachkräften leisten.

PFLEGEBERUFEGESETZ FÜR DIE ALTENPFLEGE GEHT ES JETZT UM ALLES!

Das Pflegeberufegesetz ist beschlossen, seine Verordnungen verkündet. Jetzt geht es an die Umsetzung, die das Bündnis für Altenpflege und der Bündnispartner DVLAB kritisch konstruktiv begleiten wollen.

Der DVLAB ist nach wie vor ein wichtiger Partner im Bündnis für Altenpflege und nimmt dort weiterhin die Sprecherfunktion wahr. Das Bündnis konnte zwar nicht verhindern, dass die bisher eigenständige dreijährige Altenpflege-Ausbildung bald der Vergangenheit angehören wird. Aber zumindest konnte erkämpft werden, dass im neuen Pflegeberufegesetz mit der Spezialisierungsmöglichkeit Altenpflege im dritten Ausbildungsjahr der Berufsstand erhalten bleibt. Auch das ist ein Erfolg!

AUSBILDUNGS- UND PRÜFUNGSVERORDNUNG ZUM PFLEGEBERUFEGESETZ

Als der frisch gekürte Bundesgesundheitsminister Jens Spahn im April 2018 den Entwurf der Verordnung vorgelegte, hagelte es Kritik. Berufs- und Fachverbände, die zugleich Mitglied im Bündnis sind, aber auch das Bündnis selbst hatten den Eindruck, dass die Verordnung regelrecht durchgepeitscht werden sollte. Dabei sah sie ursprünglich für die drei neuen Ausbildungsgänge nicht angemessene Anforderungen auf akademischem Bachelor-Niveau vor. Den Bündnispartnern gelang es jedoch, dies zumindest für die Spezialisierung Altenpflege noch auf den letzten Metern zu verhindern. Entsprechend hat der Bundestag im Juni 2018 eine geänderte Fassung beschlossen, nach der die erhöhten Anforderungen zwar immer noch für die Generalistik sowie die Spezialisierung Kinderkrankenpflege gelten, nicht aber für die Altenpflege. Das macht sie keinesfalls zum Beruf zweiter Klasse!

IN BERLIN: Leitungskräfte vom DVLAB Hessen

WEITERE UMSETZUNG DES PFLEGEBERUFEGESETZES

Sie wird vom Bündnis intensiv begleitet. Zudem fordern die Bündnispartner die Beteiligung an der Fachkommission, welche die gesetzlichen Rahmenpläne erarbeiten soll. Darüber hinaus verdeutlichen Bündnispartner seit September 2018 ihre Positionen im Rahmen der „Konzertierten Aktion Pflege" der Bundesregierung in vier von fünf Arbeitsgruppen. Hier bringt insbesondere der DVLAB seine ganze Kompetenz ein. Aus der AG 1 „Ausbildung und Qualifizierung" berichtet z.B. Claire Désenfant, die vormals langjährige Landesvorsitzende des DVLAB Baden-Württemberg, auf der neuen Homepage des Bündnisses wie auch auf der Homepage des DVLAB.

NEUE BÜNDNIS-HOMEPAGE

Im Herbst 2018 ging das Bündnis unter Federführung des DVLAB mit einem neuen Logo und Internetauftritt online: Er informiert umfassend und fortlaufend über sämtliche Entwicklungen, Hintergründe und Aktivitäten rund um den altenpflegerischen Beruf und seine Ausbildung.

www.buendnis-altenpflege.de

GEORDNETER ÜBERGANG?

Im November 2018 veröffentlicht die Fachzeitschrift „Altenheim" (Vincentz Verlag) einen vierseitigen Artikel der Bündnispartner Peter Dürrmann (DVLAB) und Dr. Birgit Hoppe (AAA) zur Umsetzung des Pflegeberufegesetzes. Darin forderte das Autorenteam u.a. die Sicherung eines geordneten Übergangs von den bisherigen zu den neuen Pflegeausbildungen sowie gleichwertige Strukturen für alle drei Ausbildungsberufe.

WAHRE VERTRETUNG DER ALTENPFLEGE

Schon länger vertritt das Bündnis für Altenpflege die deutliche Mehrheit aller ambulanten, teilstationären und stationären Altenpflegeeinrichtungen in Deutschland und ist auch im Jahr 2018 weiter gewachsen.

Dr. Birgit Hoppe

DR. BIRGIT HOPPE AUF DEM 24. DVLAB-BUNDESKONGRESS

Die Vorsitzende des Arbeitskreises Ausbildungsstätten Altenpflege (AAA) und Partnerin im Bündnis für Altenpflege referierte zur anstehenden Umsetzung der neuen Pflegeausbildungen. Ohne Power Point Präsentation und thematisch absolut sattelfest legte Hoppe dabei Schritt für Schritt die Aufgaben der Altenpflege frei.

▶ **Punkt 1:** „Aufmerksam machen!" Künftig können Auszubildende anstelle des rein generalistischen Zweiges im dritten Ausbildungsjahr die Spezialisierung Altenpflege anwählen und einen entsprechend fachspezifischen Abschluss machen. „Diese Wahlmöglichkeiten möchten die Nicht-Freunde der Altenpflege aber natürlich am liebsten auch noch abschaffen", warnte Hoppe. „Sie wollen die Generalistik und sonst nichts." Aber die Spezialisierungsmöglichkeit ist im Gesetz verankert – „jetzt müssen wir zwingend auf sie aufmerksam machen!"

▶ **Punkt 2:** Ausbildende Einrichtungen der Altenpflege müssen die Kooperation mit Krankenhäusern sichern. „Sonst können Sie nicht ausbilden und zahlen nur! ", so Hoppe. „Also kümmern Sie sich schnellstens darum, Kooperationspartner zu finden, auch wenn das im Gesetz nicht vorgeschrieben ist." Ganz schlecht seien die Voraussetzungen dafür nicht, denn die Krankenhäuser wären für ihre Auszubildenden in den ersten beiden Ausbildungsjahren umgekehrt ja auch auf die Kooperation mit der Altenpflege angewiesen.

▶ **Punkt 3:** Die Rahmenpläne für die neuen Pflegeausbildungen, die von einer Fachkommission erarbeitet werden. Hierzu richtete Hoppe gleich zwei Appelle ans Publikum. „Bestehen Sie darauf, dass auch aus unseren Reihen Expertinnen/Experten in die Kommission berufen werden." Und: „Drängen Sie darauf, dass alle für die Altenpflege wichtigen Kompetenzen in die Pläne hineingeschrieben werden!" ■

PAUSEN-ANSICHTEN: Standpunkte, Blickwinkel, Perspektiven auf dem 24. Bundeskongress

SOZIALES PFLICHTJAHR?

Immer wieder brandet in der Gesellschaft die Diskussion um ein soziales Pflichtjahr für junge Menschen nach der schulischen Ausbildung auf. Die Debatte ist nicht neu, derzeit aber wieder aktuell.

Im Jahr 2011 war die allgemeine Wehrpflicht ausgesetzt worden. Damit entfiel auch der ersatzweise zu leistende Zivildienst. Die neue CDU-Bundesvorsitzende Annegret Kramp-Karrenbauer erklärte nun kürzlich, sie bedauere dies und wünsche sich als Ersatz eine Dienstpflicht für Frauen und Männer im sozialen Bereich und bei der Bundeswehr. Damit befeuerte sie erneut die immer wieder aufflackernde Debatte über ein soziales Pflichtjahr. Aktuell wird darüber nicht nur in der Pflege diskutiert, sondern angesichts der wegbrechenden Infrastruktur (Freiwillige Feuerwehren, THW, gemeinwesenorientierte kirchliche Aktivitäten) auf allen Ebenen.

KritikerInnen des sozialen Pflichtjahres errechnen dafür Kosten von 12 Milliarden Euro jährlich und verweisen zudem auf rechtliche Barrieren: Artikel 12 Grundgesetz sowie die völkerrechtlich bindende Menschenrechtskonvention verbieten Zwangsarbeit. Außerdem dürften die Versäumnisse der Politik, für genügend Pflegepersonal zu sorgen, jetzt nicht als „Dienst an der Gesellschaft" verkauft werden, heißt es.

Einigkeit herrscht dagegen bei allen darüber, dass das soziale und gesellschaftliche Engagement junger Menschen grundsätzlich gefördert werden sollte – aber auf freiwilliger Basis, so fordern viele. Immerhin engagieren sich aktuell rund 42.000 Menschen im Bundesfreiwilligendienst. So argumentiert auch Bundesfamilienministerin Franziska Giffey dafür, die Rahmenbedingungen für freiwillige Dienste zu verbessern, damit sich junge Menschen nicht aus Zwang, sondern aus Überzeugung für ein soziales Jahr entscheiden. Dies könne etwa als Bonus für Wartesemester oder beim Numerus Clausus ausgestalten werden.

Die Befürworter eines sozialen Pflichtjahres wie etwa der ehemalige Arbeits- und Sozialminister Norbert Blüm führen an, jeder müsse lernen, sich für das Gemeinwohl verantwortlich zu fühlen. Das resultiere auch daraus, dass die Funktion der Familie als „primärer Sozialisator" immer weiter zurückgehe. Schließlich muss soziale Verantwortung erst erfahren und gelernt werden. Deshalb spricht sich auch der DVLAB mehrheitlich für ein soziales Pflichtjahr aus. Die Erfahrungen aus dem Zivildienst zeigten außerdem, dass viele „Zivis" an ihrem Einsatzort die Hauptamtlichen erfolgreich unterstützt haben. Und nicht wenige sind bei der späteren Berufswahl doch mit Engagement im sozialen Bereich „kleben" geblieben. Insgesamt möchte der DVLAB nun verfolgen, wie die weiteren Vertreter der Altenpflegebranche zum sozialen Pflichtjahr stehen. ■

istock/dra_schwartz

PFLEGEQUALITÄT

Fällt nicht vom Himmel

Altenpflege hat den Auftrag, die Würde und Rechte betagter Menschen zu wahren und ihnen bis ans Ende ihrer Tage zu bestmöglicher Lebensqualität zu verhelfen. Unter jenen Bedingungen, die den Trägern, Einrichtungen und Pflegekräften von außen gesetzt werden, erfüllen das die allermeisten sehr engagiert. Der Erfolg wird künftig anders überprüft als bisher. Was allerdings die Rahmenbedingungen angeht, unter denen pflegerische Qualität entsteht, so gibt es noch Luft nach oben.

Überprüfung: Künftig anspruchsvoller

Die Prüfung und Darstellung der Qualität von Pflegeheimen wird reformiert. Dazu haben Wissenschaftler ein neues Prüfverfahren sowie eine Alternative zu den bisherigen Pflegenoten entwickelt. Dr. Klaus Wingenfeld ist Wissenschaftlicher Geschäftsführer und Projektleiter am Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld. Auf dem 24. Bundeskongress berichtete er, was die stationäre Pflege künftig erwartet. Das neue Prüfverfahren besteht aus drei Säulen: der externen Qualitätsprüfung, den Angaben der Einrichtung sowie den Qualitätsindikatoren. Grundsätzlich wird bewertet, welche individuelle Versorgung etwas bei jemandem bewirkt hat, z.B. bei der Mobilität. Bei der externen Prüfung wird fokussiert, ob für den Pflegebedürftigen Risiken oder negative Folgen entstanden sind. Bei Auffälligkeiten wird die Einrichtung beraten, ermittelte Defizite führen sowohl zur Beratung als auch zur Bewertung.

Dr. Klaus Wingenfeld

Entsprechend werden vier Stufen von „Keine Auffälligkeiten oder Defizite" bis hin zu „Negative Folgen" unterschieden. In der Gesamtbewertung der Stichproben schlägt sich das erneut in vier möglichen Qualitätsbeurteilungen nieder – von „Keine oder geringe Qualitätsdefizite" bis zu „Schwerwiegende Qualitätsdefizite". Neu für die Einrichtungen ist im Prozedere auch, dass das Fachgespräch künftig genau so gewichtet wird wie die Dokumentation. Diese muss aber in jedem Fall die Planung und Maßnahmen enthalten. Unterm Strich sollte die stationäre Pflege künftig also nachweisen: Wir haben nicht nur Schädigungen beim Pflegebedürftigen vermieden, sondern ihn auch bedarfs- und bedürfnisgerecht versorgt.

Die öffentliche Qualitätsdarstellung soll aus drei Bausteinen bestehen: 1 Informationen zur Einrichtung (z.B. Ausstattung, Spezialisierung), 2 Ergebnisse der Qualitätsprüfung, 3 Ergebnisse der Indikatoren. Dargestellt wird das abgestuft in neutralen Symbolen. Klaus Wingenfeld fasste zusammen: „Das neue System ist insgesamt fachlicher und anspruchsvoller für alle Beteiligten. Es hat Konsequenzen für das Qualitätsmanagement einer Einrichtung. Die Öffentlichkeit erhält künftig mehr Informationen und kann auch besser vergleichen, denn Qualitätsprobleme und -unterschiede werden nun tatsächlich sichtbar gemacht."

Bernhard Schneider

Pflegeversicherung: **Vom Kopf auf die Beine stellen**

Durch die ständig steigenden Eigenanteile an den Heimkosten fallen immer mehr pflegebedürftige Menschen in Armut. Deshalb plädiert die Initiative „Pro-Pflegereform" auf Basis eines Reformgutachtens von Prof. Dr. Heinz Rothgang für einen echten Systemwechsel in der Pflegeversicherung. **Bernhard Schneider** ist Hauptgeschäftsführer der Evangelischen Heimstiftung GmbH (Stuttgart), auf dem 24. Bundeskongress sprach er aber als Sprecher von „Pro-Pflegereform". Der Ausweg aus dem Dilemma von Qualitätsanspruch, Versorgungssicherheit, Arbeitsbedingungen, Bezahlbarkeit und Wirtschaftlichkeit führe nicht über mehr Geld für das „technokratische Monstrum", wie Schneider das derzeitige System nannte, sondern über einen Paradigmenwechsel. „Er bricht die starren Strukturen auf, fördert innovative Pflegearrangements und macht Pflege wieder für alle bezahlbar." Dazu seien zwei wesentliche Schritte nötig.

■ **Aufhebung der Sektorengrenzen zwischen ambulant, teilstationär und stationär:** Zukünftig soll Pflege nach dem Prinzip „Wohnen und Pflegen" organisiert werden. Dann würde jede Versorgungsform in jeder Wohnform dem ambulanten Prinzip entsprechen, „denn nicht mehr die Wohnform bestimmt die Versicherungsleistungen, sondern der jeweilige individuelle Bedarf", sagte Schneider. Pflege zu Hause, im Betreuten Wohnen, im Heim oder in einer WG werde dann unabhängig vom Lebensort nach denselben Prinzipien erbracht und abgerechnet: Die Pflegeversicherung (SGB XI) finanziert alle notwendigen Maßnahmen der Grundpflege und der Betreuung nach einem einheitlichen Sachleistungsprinzip (Care). Die Krankenversicherung (SGB V) übernimmt alle Maßnahmen der Behandlungspflege (Cure). Die Pflegebedürftigen übernehmen alle „Haushaltskosten" für Unterkunft, Verpflegung und Miete.

■ **Ausbau der derzeitigen Pflegeteilversicherung zu einer „Pflege-Vollversicherung" für den Care-Bereich mit gesetzlich festgelegtem fixen Eigenanteil:** „Wir tauschen also quasi Finanzierungssockel und -spitze." In der Folge trage nicht mehr der Einzelne das finanzielle Pflegerisiko, sondern die Solidargemeinschaft. „Das ist gerecht und hat sich im Bereich der Krankenversicherung auch bewährt", so Schneider.

Michael Wipp

Fachkraftquote: **50 % wovon?**

Die Fachlichkeit bestimmt die Pflegequalität. Wer dieser These folgt, muss die Fachkraftquote (FKQ) kritisch hinterfragen. Auf dem 24. Bundeskongress hat das **Michael Wipp** gemacht. Der Inhaber von WippCare (Karlsruhe) und Geschäftsführer Qualitätsmanagement der EMVIA LIVING Gruppe stellte fest: „Die Erfüllung der Fachkraftquote ist noch lange kein Garant für Pflegequalität – und jedes Bundesland hat ohnehin seine eigenen Personalschlüssel. Also 50 % wovon eigentlich?"

In Baden-Württemberg spreche man in diesem Zusammenhang von „Pflegefachkräften", in Brandenburg von „Fachkräften". Aber überall gelte: „Wird die Quote nicht erfüllt, folgt Belegungsstopp." Entsprechend werde jede Fachkraft genommen, die zu kriegen ist, und sei es von Zeitarbeitsfirmen. „Aber bekommen Sie auf diese Weise auch die gebotene Fachlichkeit ins Haus?", fragte Wipp ins Publikum.

Er plädiere nicht für eine unkritische Absenkung oder gar sofortige Abschaffung der Fachkraftquote, so Wipp, sondern für eine vernünftige Zwischenlösung, bis ein valides neues Personalbemessungssystem vorliege. „Mit dem können wir uns dann hoffentlich von der FKQ verabschieden". Dann möge Qualität statt Quantität die Regie übernehmen.

Wipp weiter: Einrichtung sollten sich stets fragen, welche Art Fachlichkeit gebraucht werde. Daraus könne sich dann ein Personalmix ergeben, der sich mit seinen unterschiedlichen Qualifikationen am tatsächlichen Bedarf der Klientel und am jeweiligen Konzept der Pflege und Betreuung orientiert, also letztlich am erforderlichen Leistungsspektrum.

Das Fazit des Referenten: „Nicht der Aufenthaltsort eines Leistungsempfängers ist entscheidend, sondern die Anforderung an die Qualität der Leistungserbringung. Und das ist keineswegs identisch mit der Fachkraftquote. Für Sie heißt das: Argumentieren Sie immer fachlich!"

Gerontopsychiatrischer Zuschlag: **Alternativlos**

Welche Versorgungsbedarfe haben Menschen mit Demenz und ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten? Und kann die stationäre Pflege ihnen unter den momentanen Bedingungen entsprechen? Dieser Frage ging eine vom DVLAB initiierte Studie nach, die mit dem IPW (Universität Bielefeld) umgesetzt wurde. Der Verbandsvorsitzende **Peter Dürrmann** fasste auf dem Bundeskongress die Ergebnisse zusammen. „Der Gesetzgeber hat die Leistungen für Menschen mit Demenz vielfach verbessert. Aber für den benannten Personenkreis ist das nicht gelungen." Nach der Überleitung sei die Personalausstattung zwar gut gewesen, zeigte Dürrmann am Beispiel seiner Einrichtung in Holle, die wie viele andere Häuser trotz einer Spezialisierung ohne besondere Entgeltvereinbarung auskommen muss. „Aber die Talsohle ist noch nicht erreicht." Würde die identische Personengruppe neu eingruppiert werden, ließe das die Pflegegrade sinken. Die Folge im Beispiel Holle: ein Budgetverlust von 20.560 Euro im Monat. Heißt: 6,61 weniger Vollzeitstellen.

Verantwortlich dafür sind die beiden Module zu kognitiven Fähigkeiten und zu Verhaltensweisen, die gesamt mit nur 15 % zu Buche schlagen. „Dabei sind ausgeprägte Verhaltensauffälligkeiten wie Agitation, Depressivität, Angst und Aggressivität bei Bewohnern mit Demenz in der stationären Pflege täglich präsent, hier sprechen die Zahlen eine deutliche Sprache!", sagte Dürrmann. Fast 50 % der betroffenen Heimbewohner weisen in Modul 3 „Verhaltensweisen und psychische Problemlagen" schwerste Beeinträchtigungen auf. Dennoch würde die beforschte Personengruppe, deren Betreuung und Versorgung enorm zeitintensiv ist, bei der Neueinstufung zu ungefähr einem Viertel nur Pflegegrad 3 erreichen. Dürrmann: „Das Belastungserleben der Pflegenden ist aber schon heute enorm hoch! Die hier benannte Personengruppe mit noch geringerer Personalausstattung pflegen zu müssen, grenzt für mich schon an gefährliche Pflege und Körperverletzung".

Die aus der Studie abgeleitete Handlungsempfehlung: ein gerontopsychiatrischer Zuschlag als zusätzliche Leistung der Pflegeversicherung für Häuser mit einer Spezialisierung. „Weil das fachlich der richtige Weg wäre, sollten wir dafür streiten!", forderte Dürrmann. Auf diese Weise könne u.a. eine bessere Qualifizierung des Personals sowie eine Entlastung der Pflege durch zusätzliche Kräfte erreicht werden, was zum Verbleib im Beruf beitrage. ■

Mehr Informationen: www.pro-pflegereform.de

istock/Ivansmuk

ENTWICKLUNGEN

Da tut sich was!

Ob vom Gesetzgeber, aus der Wissenschaft, von der Behindertenhilfe oder vom DVLAB – viele Impulse können für Innovation sorgen und die Entwicklung in der Altenpflege vorantreiben.

Ambulantisierung: Es gibt Tendenzen

Im Geiste des Grundsatzes „ambulant vor stationär" haben jüngere Veränderungen im Ordnungs- und im Leistungsrecht zu deutlichen Anreizen zur Leistungserbringung in ambulant betreuten Wohnformen anstelle der vollstationären Langzeitpflege geführt. Folgerichtig befassten sich zwei Referenten auf dem 24. Bundeskongress mit der Ambulantisierung stationärer Einrichtungen.

Prof. Dr. Heinz Rothgang ist Gesundheitsökonom an der Universität Bremen und Mitautor der Studie „Ambulantisierung stationärer Einrichtungen und innovative ambulante Wohnformen" i.A. des Bundesgesundheitsministeriums. Er stellte „Tendenzen" zur Ambulantisierung fest. Die Zunahme des Wechsels basiere aber (noch) auf bisher „mikroskopisch kleinen Zahlen". Dennoch müsse gefragt werden: Lohnt sich die Ambulantisierung? Hier Rothgangs wissenschaftlich basierte Antworten:

▶ Im Vergleich zu vollstationären Einrichtungen haben ambulante Pflege-Wohngemeinschaften mit oder ohne Tagespflege sowie Einrichtungen des Betreuten Wohnens deutlich höhere Einnahmepotenziale. ▶ Ambulantisierung bietet der Selbstbestimmung der Bewohnerschaft viel Potenzial, das aber noch nicht ausgeschöpft ist. ▶ Ein Viertel der Bewohnerschaft erfährt durch Ambulantisierung eine höhere Lebensqualität. ▶ Im Vergleich Wohngemeinschaften/Heim wurde kein signifikanter Unterschied in der Pflegebedürftigkeit nachgewiesen. ▶ Der größte positive Effekt einer Ambulantisierung ist bei Pflegekräften festzustellen: Sie sind zufriedener.

Prof. Dr. Heinz Rothgang

„Der höhere Nutzen einer ambulanten gegenüber einer stationären Versorgung muss erst noch nachgewiesen werden."

Rothgangs Fazit: Der höhere Nutzen einer ambulanten gegenüber einer stationären Versorgung müsse erst noch nachgewiesen werden. Zielführend sei jedenfalls nicht, quasi durch „Stapelleistungen" das Gleiche ambulant anzubieten, was vorher stationär geleistet wurde, und es auf diese Weise zu verteuern. Insgesamt favorisierte Rothgang die Aufhebung der Sektorengrenzen. „Es ist nämlich keine Lösung, die Mauer zwischen den Sektoren noch höher zu ziehen oder gar zusätzlich einen dritten Sektor – nennen wir ihn mal ´stambulant` – zu schaffen."

Stephan Dzulko von der context Akademie Krefeld befasste sich mit Beispielen nutzerorientierter ambulantisierter Versorgungsmodelle. Die Annahme, Ambulantisierung hieße lediglich, eine Wohnform ambulant abzurechnen, sei ihm schon häufiger begegnet, so Dzulko. Dass sich bei der Ambulantisierung der Schwerpunkt von der Versorgung auf das Wohnen verschiebe, sei dagegen noch nicht überall bekannt. „Die Pflege in Deutschland ist und bleibt eben sehr pflegelastig, gerade in Pflegeheimen", sagte er ironisch. Der Experte forderte einen „echten Perspektivwechsel" bei der Umwandlung

Stephan Dzulko

„Die Pflege in Deutschland ist und bleibt sehr pflegelastig, gerade in Pflegeheimen“

von stationär nach ambulant, vor allem müsse der Schritt den Nutzerinnen und Nutzern auch wirklich dienen. „Sonst hat Ihr Bewohner nämlich nichts davon!“

Erst eine wirkliche Konzeptänderung hin zur Selbstbestimmung des Mieters mache die Ambulantisierung zum Zugewinn für den Pflegebedürftigen. Stephan Dzulko deklinierte das am Beispiel „Putzen in der eigenen Häuslichkeit“ durch und wies darauf hin: „Am Ende bestimmen nicht mehr Sie, wie oft in der Wohnung Ihres Mieters geputzt wird, sondern er bestimmt die Spielregeln selbst. Sie als Dienstleister sind lediglich zu Gast bei ihm.“ In der Folge steige allerdings aufgrund schlechterer Planbarkeit das Risiko des Leistungsanbieters. Im Gegenzug stünde nach der Ambulantisierung mehr Personal zur Verfügung. „Und wenn Sie nicht nur Wohngemeinschaften beherbergen, sondern auch noch eine intelligente Verknüpfung mit der Tagespflege hinkriegen, entsteht unterm Strich tatsächlich mehr Zeit für die Menschen etwa für das gemeinsame Gespräch. Das wäre dann ein echter Zugewinn!“

Inklusion im Wohnquartier: **Schafft Teilhabe**

Inklusion ist ein menschenrechtliches Prinzip. Es ermöglicht allen Menschen mit und ohne Beeinträchtigung in allen Lebensphasen die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Voraussetzung: Die Wohnquartiere sind inklusionsorientiert ausgestaltet. „In diesem Sinne sind entsprechende Konzepte unterstützten Wohnens eine Gegenwelt zu Sonderwelten“, sagte **Prof. Dr. Friedrich Dieckmann** auf dem Bundeskongress. Der Leiter des Instituts für Teilhabeforschung an der Katholischen Hochschule NRW (Münster) klärte zunächst den Begriff „Quartier“, dem sich Menschen zugehörig fühlen und in dem sich ihre täglichen Lebenswelten in einem überschaubaren Wohnumfeld berühren. Wer nun in einem inklusionsorientierten

„Warten Sie nicht ab, sondern beginnen Sie jetzt! Das Bundesteilhabegesetz (BTHG) bietet dafür viele Möglichkeiten.“

Prof. Dr. Friedrich Dieckmann

Wohnquartier Teilhabemöglichkeiten schaffen wolle, müsse dafür verlässliche und vernetzte Strukturen der Unterstützung und Versorgung schaffen, die u.a. auch alte Menschen sowie Menschen mit Behinderungen partizipieren lassen. Die Quartiersentwicklung ist nach Dieckmann primär Aufgabe von Kommunen. Dabei seien die Bereiche Wohnen, Assistenz und Service, Pflege und Gesundheit, Freizeit-, Bildungs- und Kulturgestaltung, Beratung sowie Kommunikation und Partizipation im Sozialraum in den Blick zu nehmen und unter Mitwirkung verschiedener Akteure zu planen und zu gestalten. An die Adresse der Anbieter im Quartier („Altenhilfe und Behindertenhilfe können viel voneinander lernen.“) appellierte Dieckmann, ihre eigenen Organisationen/Angebote ebenfalls sozialräumlich aufzustellen. Konkret: sich zu vernetzen, Impulse zu setzen, andere mit ins Boot zu holen, die Kommune „anzuschieben“, sich an der Planung zu beteiligen und im Gestaltungsprozess zu kooperieren. „Warten Sie nicht ab, sondern beginnen Sie jetzt!“, appellierte der Referent ans Publikum. Das Bundesteilhabegesetz (BTHG) biete dafür viele Möglichkeiten.

Künftige Qualifizierung von Leitungskräften: **Bundesweit verlässlich**

Weil die Aufgaben von Leitungskräften in der Langzeitpflege und Teilhabe sehr komplex und vielschichtig sind, benötigt ein modernes Verständnis ihrer Tätigkeit ein eigenes Konzept zur spezifischen Qualifizierung. In Kooperation mit der Evangelischen Hochschule Freiburg hat der DVLAB einen solchen Qualifizierungsrahmen mit klar gestuften Abschlüssen entworfen. Auf der Jahresmitgliederversammlung des DVLAB in Berlin hat **Prof. Dr. Berthold Dietz** die Ziele dieses Qualifikationsrahmens beschrieben:

Er soll bundeseinheitliche Zugänge zu Leitungspositionen schaffen, den Nachwuchs sichern, Innovationsfähigkeit fördern und sich gesellschaftlichen Herausforderungen stellen. Dietz erläuterte: „Führungskräfte in der Langzeitpflege und Teilhabe müssen unterschiedliche Aufgaben aus dem Sozialmanagement erfüllen.“ Dazu gehöre es etwa, soziale Systeme zu verknüpfen, soziale Innovationen durchzusetzen oder die Teilhabe an der Gestaltung sozialer Wirklichkeit zu ermöglichen. Entsprechend sollten zukünftig nur noch SozialmanagerInnen Einrichtungen leiten. Als Grundvoraussetzung sind dafür entweder ein Studium oder eine dreijährige Ausbildung vorgesehen.

Mögliche Studiengänge sind: Gesundheitswesen, Sozialwesen/Soziale Arbeit, Gerontologie, Pädagogik/Erziehungswissenschaften, Betriebswirtschaft im Gesundheitswesen, Betriebswirtschaftslehre, Hauswirtschaft, pflegewissenschaftliche Studiengänge und Heilpädagogik. Das Studium endet mit dem Masterabschluss oder einer vergleichbaren Weiterqualifizierung. Allen Studiengängen hat sich ein 12-monatiges Anerkennungsjahr als Leitungsassistenz anzuschließen, das mit einer einheitlichen Kompetenzprüfung verbunden ist.

Alternativ zum Studium soll eine dreijährige abgeschlossene Berufsausbildung etwa als Altenpfleger/in, Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Heilerzieher/in oder Kauffrau/-mann den Zugang zur Leitungsfunktion ermöglichen. Hier gilt als weitere Voraussetzung eine Berufserfahrung von mindestens drei Jahren, die durch eine Kompetenzprüfung verkürzt werden kann. Auch bei diesem Zugang zur Leitungsfunktion wird eine 12-monatige Leitungsassistenz erwartet. Diese beinhaltet auch eine berufsbegleitende Weiterqualifikation von mindestens 400 Stun-

Prof. Dr. Berthold Dietz

„Führungskräfte in der Langzeitpflege und Teilhabe müssen unterschiedliche Aufgaben aus dem Sozialmanagement erfüllen.“

KRITIK VOM DVLAB

Der DVLAB sieht eine große Diskrepanz zwischen seinem Konzept zur künftigen Qualifizierung von Leitungskräften und einem aktuellen Gesetzentwurf in Nordrhein-Westfalen. Dort soll das Wohn- und Teilhabegesetz (WTG) geändert werden. Dazu gehört auch die Änderung des § 21, mit der die Qualifikationsanforderungen an Einrichtungsleitungen herabgesetzt werden sollen. Künftig soll allein der Träger entscheiden können, wen er für eine fachlich und persönlich qualifizierte Einrichtungsleitung hält. Lediglich der Nachweis von mindestens zweijähriger Leitungserfahrung soll erhalten bleiben. Außerdem sollen Pflegedienstleitungen in Anlehnung an die Vorschriften für Abteilungsärzte im Krankenhaus künftig weisungsunabhängig Entscheidungen in Fragen der Pflege und Betreuung treffen können. Der DVLAB hat in seiner entsprechenden Stellungnahme zur geplanten Gesetzesänderung sein Konzept einer künftig akademisch ausgerichteten, länderübergreifenden Qualifizierung für Leitungskräfte in der Langzeitpflege/Teilhabe verdeutlicht und die Diskrepanz zu den geplanten Änderungen im WTG aufgezeigt. ■

den, an die sich ein berufsbegleitendes Kontaktstudium oder eine vergleichbare Weiterqualifikation anschließt.
Der DVLAB will sein Qualifikationskonzept für künftige Leitungskräfte nun länderübergreifend etablieren.

Alten- und Behindertenhilfe: **Voneinander lernen**

Menschen mit Lernschwierigkeiten – ein Synonym für geistige Behinderung – haben ein vielfach höheres Risiko, an Demenz zu erkranken. Diese Kombination stellt die Behindertenhilfe vor besondere Herausforderungen. Darüber referierte **Christina Kuhn** von Demenz Support Stuttgart auf dem 24. Bundeskongress. „Von den vom Down-Syndrom betroffenen 50- bis 59-Jährigen liegt bei jedem dritten auch eine Demenz vor", berichtete die gelernte Krankenschwester und Kulturwissenschaftlerin (M.A.). Tritt bei ihnen eine Demenz ein, so belaste das die MitbewohnerInnen wie die BetreuerInnen, aber auch die Kollegien am Arbeitsplatz in vielfältiger Weise. Immer stehen dabei Verhaltensauffälligkeiten im Vordergrund, wie auch eine Praxisbefragung in Baden-Württemberg zeigte. „Also nicht Vergesslichkeit wie in der Altenhilfe, sondern Auffälligkeiten", betonte Kuhn. Entsprechend müsse das Umfeld gut darauf vorbereitet werden, wie es im Bildungsprojekt „Herausforderung Demenz für Menschen mit Lernschwierigkeiten" versucht wurde. Es richtete sich mit unterschiedlichen Modulen über neun Wochen an Mitarbeitende, MitbewohnerInnen und Betroffene in der Behindertenhilfe zur Stabilisierung des Zusammenlebens und der Zusammenarbeit. Im Kern sollten (und konnten!) bei allen Zielgruppen durch mehr Wissen über und ein besseres Verständnis von Demenz die Handlungsmöglichkeiten erweitert werden. „Das

Christina Kuhn

„Von den vom Down-Syndrom betroffenen 50- bis 59-Jährigen liegt bei jedem dritten auch eine Demenz vor."

könnte auch für die Altenhilfe spannend sein", sagte Kuhn, die vom Verlauf und den Erfolgen des Kooperationsprojektes selbst sichtbar beeindruckt war.

Ein Erfolgsmodell: **Buurtzorg aus Holland**

„Buurtzorg" bedeutet so viel wie Nachbarschaftshilfe und ist ein niederländischer ambulanter Pflegedienst. Er startete im Jahr 2007 mit vier Mitarbeitenden und beschäftigt heute 10.000. Mittlerweile gibt es auch in Deutschland Pilotprojekte dieses Erfolgsmodells. Udo Janning, Projektleiter Buurtzorg bei der Sander Pflege GmbH in Emsdetten, berichtete auf dem Bundeskongress von Grundsätzen und Prinzipien, Herausforderungen und Entwicklungen. Die Ausgangssituation in den Niederlanden war nicht anders als in Deutschland: z.B. Personalknappheit auf dem Markt; unzufriedene und resignierte Fachkräfte mit geringem Selbstwirksamkeitserleben, die zum Selbstschutz den Pflegeberuf verlassen; überbordende

Udo Janning

„Wenn Anerkennung, Sinn und Perspektive fehlen, sind hohe Fluktuation und ein hoher Krankenstand die Folge – und Qualitätsverluste in der Pflege."

Bürokratie und frustrierende Rahmenbedingungen. „Wenn Anerkennung, Sinn und Perspektive fehlen, sind hohe Fluktuation und ein hoher Krankenstand die Folge – und Qualitätsverluste in der Pflege", sagte Janning. Das „alte" System habe Zeit gekostet, alle Leistungen in der Pflege waren katalogisiert, Zeit für eine ganzheitliche Pflege gab es nicht. Genau hier setzte Buurtzorg mit folgendem Modell an: ▶ Unabhängige Teams mit 10 - 12 Pflegekräften betreuen 40 bis 50 Personen in Nachbarschaften mit 5.000 bis 10.000 Menschen. ▶ Jedes Team organisiert die Pflege verantwortlich selbst. Dazu gehört: Kunden aufnehmen, Bewerbungsgespräche führen und neue Mitarbeitende einstellen, das eigene Budget verantworten, Weiterbildung organisieren (2 % vom Jahresbudget). ▶ Die medizinische Pflege wird ebenso integriert wie die soziale Pflege. ▶ Alle Teammitglieder sind digital mit allen vernetzt, die an der Versorgung des Patienten beteiligt sind.
„Hierarchien und Leitungskräfte gibt es bei uns nicht", betonte Janning. Die Teams sind autonom, die Teammitglieder gleichberechtigt, alle Entscheidungen werden gemeinsam ausgehandelt und gefällt. „Das heißt: Die Verantwortung kehrt zur Basis zurück, also zu denjenigen, die wissen, welche Unterstützung der Mensch braucht. Und mit Buurtzorg können wir sie ihm auch geben." Abgerechnet wird nämlich nur nach Zeit, nicht nach Leistungsmodulen. Das ermögliche den Pflegenden, mit ganzheitlichem Blick flexibel auf aktuelle Bedürfnisse und Bedarfe zu reagieren, so der Referent. „Manchmal ist es nämlich wichtiger, jemandem im Gespräch Trost zu spenden, statt ihn wie geplant zu duschen." Der Erfolg von Buurtzorg werde also auch wesentlich von der Zufriedenheit der Patienten und der Fachkräfte gespeist. ■

Input und Output

Die Altenpflege muss sich für die Zukunft bereit machen. Dafür braucht sie Konzepte, Investitionen, Kredite und Investoren – und auch selbst eine finanzielle Perspektive.

istock/naumoid

Stationäre Pflege: Trotz Vorteil benachteiligt

Die stationäre Altenpflege hat einen Vorteil gegenüber ambulanten Versorgungsangeboten: Sie lässt sich aus Sicht der Banken leichter finanzieren. Denn sie ist eine Sozialimmobilie, bei der die Refinanzierung über Investitionskosten gesichert ist. Das trug **Ulrich Schartow,** Geschäftsführer der BFS Service GmbH, auf dem Bundeskongress vor. Reformen in der Pflege hätten allerdings zunehmend Verbundprojekte und ambulante Einrichtungen hervorgebracht und die stationäre Pflege benachteiligt. „Dabei ist z.B. das Betreute Wohnen aus unserer Sicht eine Wohnimmobilie, die über ortsüblich durchsetzbare Nettokaltmieten refinanziert wird." Bei Einrichtungen der Altenpflege prüfe die Bank neben dem Businessplan des Gesamtbetriebes immer 1. den Sicherheitenwert und 2. die Frage, was eine Immobilie selbst erwirtschaften kann. Daraus würden sich Zinskonditionen und verschiedene Finanzierungsmöglichkeiten ergeben, z.B. über Kreditfonds. Schartow nahm auch zur häufig gehörten Behauptung Stellung, „die Privaten würden 25 % Eigenkapitalrendite kassieren und sich die Taschen vollmachen". Solchen Anwürfen müsse man sachlich entgegentreten, forderte er vom DVLAB. Aber es brauche natürlich einen Maßstab für die Effizienz eines Unternehmens. Hierfür zog der Referent die Brutto-Umsatzrentabilität heran, die bei 6 bis 8 % liege.

Ulrich Schartow

Gewinne: Wo ist die „Pfui-Grenze"?

Das unternehmerische Risiko der stationären Pflege muss angemessen vergütet werden. Die Frage ist nur: Wie hoch? Und ist das hoch genug, um Investitionsanreize zu schaffen?

Auf dem Bundeskongress hob **Dr. Markus Plantholz** heraus, dass die stationäre Pflege laut § 84 SGB XI jedenfalls einen Anspruch auf Vergütung des unternehmerischen Risikos hat. Der Fachanwalt für Medizinrecht und Partner der Hamburger Sozietät Dornheim Rechtsanwälte & Steuerberater zitierte: „Die Pflegesätze müssen einem Pflegeheim bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, seine Aufwendungen zu finanzieren und seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen unter Berücksichtigung einer angemessenen Vergütung ihres Unternehmerrisikos. (...) Überschüsse verbleiben dem Pflegeheim; Verluste sind von ihm zu tragen."

Gewinnchance und Berücksichtigung der unternehmerischen Risiken, die sich von konkreten und in Pflegesatzverhandlungen zu plausibilisierenden Wagnissen unterscheiden, stünden also allen Heimen gleich welcher Trägerschaft zu. Plantholz fragte allerdings plakativ: „Wo liegt hier die Pfui-Grenze?" Nach verschiedenen Ansätzen und Anknüpfungspunkten zog er einen Vergleich zur Energiewirtschaft, die dem öffentlichen Preisregulierungsrecht unterliegt und für die ebenfalls Zuschläge für das unternehmerische Risiko ermittelt werden. Ausgangspunkt ist laut Referent die mittlere Umsatzrendite aller deutscher Unternehmen in Höhe von 4 % vor Steuer. Auf der hier zugrunde liegenden Zeitreihe 1997 bis 2015 basiere auch die IEGUS-Studie „Unternehmerisches Wagnis in der stationären Pflege". Unter Anwendung der sog. Beta-Faktoren für die Pflege unter den Dienstleistern komme sie zu einem Mittelwert von 5,5 %. Diese Marge fand Plantholz „perspektivisch interessant".

Dr. Markus Plantholz

Jochen Pimpertz

Jochen Pimpertz leitet beim Institut der deutschen Wirtschaft das Kompetenzfeld „öffentliche Finanzen, Soziale Sicherung und Verteilung". Mit Sicht auf Investitionsbedingungen für die Pflegeinfrastruktur lautete seine These: „Auch Sozialwirtschaft ist Ökonomie." Die Bedingungen für Investitionsförderung in der Pflege ließen Volkswirte allerdings schlucken. Der Politik riet Pimpertz, zur Entwicklung der Pflegefallzahlen zu blicken. „Sie steigen ab 2030 stark an, gerade in Ostdeutschland – mit bekannten Folgen für die Investitionsbedarfe bei Infrastruktur und Personal." Aus kaufmännischer Sicht müsse man jedoch fragen: „Wer investiert schon in ein Pflegeheim, das nur ein Prozent abwirft, wenn er woanders drei Prozent kriegen kann?" Das sei ein generelles Problem in der Pflege, „weil alle Träger unter Mangelbedingungen agieren". Pimpertz fasste zusammen: ▶ Der Investitionsbedarf in der Pflege ist hoch, die Anreize sind jedoch problematisch (Investitionshemmnisse durch Gesetze, Verordnungen, Alternativen auf dem Nachbarmarkt). ▶ Die „Erfolgsperspektive ambulant vor stationär" ist beschränkt. ▶ Und nicht zu vergessen: das Risiko Kostenträger Sozialhilfe. „Was bleibt? Das große Fragezeichen hinter der Zahlungsbereitschaft und Zahlungsfähigkeit der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen!" ■

DVLAB e. V. Bundesgeschäftsstelle:
Bahnhofsallee 16, 31134 Hildesheim
Telefon: 05121-2892872, Telefax: 05121-2892879
Email: info@dvlab.de

www.dvlab.de

Mitgliedschaft bringt Vorteile!

- Nutzen Sie für Ihre Fortbildung zwei kostenfreie Management-Seminare Ihrer Wahl aus unserem Programm. Und das jedes Jahr!
- Erleben Sie unseren Bundeskongress zu Vorzugskonditionen. Immer im November in Berlin! Nächster Termin: 21. / 22.11.2019
- Profitieren Sie von allen unseren Veranstaltungen. Stets mit vergünstigter Teilnahme!
- Vertrauen Sie im Fall der Fälle auf die automatische Absicherung durch eine Berufsrechtschutzversicherung. Sie ist im Mitgliedsbeitrag enthalten!
- Stärken Sie sich bei uns durch organisierten kollegialen Austausch. Nutzen Sie unser trägerunabhängiges Netzwerk!
- Entscheiden Sie sich für den DVLAB – dieser Zusammenschluss lohnt sich. Für jährlich 220 Euro!