



TROTZDEM PFLEGE.

Für jeden, zu jeder Zeit



DEVAP STRATEGIEPAPIER
2025 – 2029

TROTZDEM PFLEGE.

FÜR JEDEN



V E R S O R G U N G S S I C H

HANDLUNGSFELD PFLEGEPERSONAL:
PERSONALDECKE, PROFESSIONALITÄT
UND QUALIFIKATION



**VERPFLICHTUNG
DER KOMMUNEN**



**FESTSCHREIBUNG DES
PFLEGEBEDINGTEN FINANZIELLEN
EIGENANTEILS**



NACHHALTIGKEIT



DIGITALISIERUNG



4 von 5

Träger der Langzeitpflege
müssen Angebote
weiterhin einschränken.

65 %

der Pflegeheime
können Leistungen nicht
erbringen.



ZU JEDER ZEIT

HERHEIT

ABBAU DER
SEKTORENGRENZEN



STÄRKUNG PFLEGENDER
ANGEHÖRIGER UND DER
ZIVILGESELLSCHAFT



BEDARFSGERECHTE
ANPASSUNG DER
INVESTITIONSKOSTEN



84 %

der ambulanten Dienste
können die Nachfrage von Neu- und
Bestandskunden nicht erfüllen.



Inhalt

Vorwort	6
Intro	10
DEVAP-Umfrage zur Versorgungssicherheit	18

DIE FORDERUNGEN DES DEVAP

 1 Handlungsfeld Pflegepersonal: Personaldecke, Professionalität und Qualifikation	22
 2 Verpflichtung der Kommunen	30
 3 Festschreibung des pflegebedingten finanziellen Eigenanteils	38
 4 Abbau der Sektorengrenzen	44
 5 Stärkung pflegender Angehöriger und der Zivilgesellschaft	52
 6 Bedarfsgerechte Anpassung der Investitionskosten	58

QUERSCHNITTSTHEMEN

 7 Chancen der Digitalisierung nutzen	66
 8 Nachhaltigkeit fördern und belohnen	74
Einladung zum Dialog & Kontakt	80

Das

**DEVAP Strategiepapier
2025 bis 2029 „TROTZDEM PFLEGE.
Für jeden, zu jeder Zeit“**

zeigt, dass eine grundständige und legislaturübergreifende Struktur- und Finanzreform der Pflegeversicherung zwingende Voraussetzung ist, um die Versorgungssicherheit (wieder) zu gewährleisten und gleichwertige Lebensverhältnisse für die Pflegebedürftigen in Deutschland zu schaffen.



Der Deutsche Evangelische Verband
für Altenarbeit und Pflege e. V. (DEVAP)



Christoph Dürdoth

DEVAP-Vorstand
und Vorstand
Personal
der Johannesstift
Diakonie

Andrea Hirsing

2. Stellvertretende
DEVAP-Vorsitzende
und Bereichsleitung
Diakonisches Werk
evangelischer
Kirchen in
Niedersachsen e. V.

Wilfried Wesemann

Vorstandsvorsitzender
DEVAP e. V.

Anna Leonhardi

Geschäftsführerin
DEVAP e. V.

Thomas Neeb

1. Stellvertretender
DEVAP-Vorsitzender
und Geschäftsführer
Johanniter
Seniorenhäuser
GmbH

Katharina Voß

Fachreferentin
DEVAP



Das DEVAP-Strategieboard hat das Strategiepapier unter enger Einbindung aller DEVAP-Gremien und externer Unterstützer federführend erarbeitet.

„Seid stark und fasset Mut, alle, die ihr auf den Herrn hofft!“

PSALM 31,25

Mit dem vorliegenden Strategiepapier „Trotzdem Pflege. Für jeden, zu jeder Zeit“ legt der Deutsche evangelische Verband für Altenarbeit und Pflege e. V. (DEVAP e. V.) die Weiterentwicklung seiner Strategie vor, um Pflege und die Versorgung der uns anvertrauten Menschen zukunftsfest und generationengerecht zu gestalten.

Trotzdem Pflege – unter diesem Titel laden wir alle Akteure unter den schwierigen Rahmenbedingungen der laufenden und kommenden Legislatur ein, mit uns zu diskutieren, wie Pflege in Deutschland zukunftssicher und krisenfest zu gestalten ist. Pflege geht uns alle an: Die Mitarbeitenden, die zu Pflegenden, die An- und Zugehörigen, jeden in allen Generationen.

Trotzdem Pflege. Für jeden, zu jeder Zeit – unser Fokus liegt dabei auf der Sicherstellung der Versorgung der Menschen. Pflegebedürftigkeit kann jeden treffen, unabhängig von Alter, Status, Religion, Herkunft oder Geschlecht. TROTZDEM verstehen wir dabei innovativ und verbindend zugleich. Wir sehen es als Ermutigung und Würdigung aller, die das System der Pflege in den aktuell herausfordernden Zeiten aufrechterhalten oder in Anspruch nehmen, gestalten und Visionen dazu entwickeln.

Das Brandenburger Tor – als bundespolitischer Fachverband setzen wir uns dafür ein, dass die Sicherstellung der Pflege in die Mitte der Gesellschaft und oben auf die Agenda der Politik gelangt. Leitend für uns ist dabei das christlich diakonische Menschenbild. Das Brandenburger Tor steht als Sinnbild für Berlin, das bundespolitische Zentrum. Die tragenden Säulen der Gesellschaft



symbolisieren die Aufgabe und den Mut, Pflege neu zu denken und in den veränderten, demographischen und demokratischen Bedingungen einen Masterplan zur Erneuerung des 30 Jahre alten Systems der Pflegeversicherung gemeinsam anzugehen.



Versorgungssicherheit – der DEVAP e.V. führt seit 2 Jahren regelmäßig eine Umfrage in der Mitgliedschaft zur Versorgungssicherheit in der ambulanten und stationären Langzeitpflege durch. Die Teilnahmezahlen sind sehr hoch und die Ergebnisse erschreckend. War das tragende Motto unserer Veranstaltung zum internationalen Tag der Pflege im Jahr 2023 noch, dass es 5 nach 12 für die Pflege sei, so ist es jetzt schon dramatisch viel später. Der DEVAP e.V. wurde in seiner letzten Mitgliederbefragung als „**MitMach-Verband**“ gewürdigt und hat sich in einem breit angelegten Partizipationsprozess auf den Weg zur Entwicklung dieser Strategie gemacht.

Wir danken allen Akteuren von Herzen für die Beteiligung. Durch Ihre aktive Mitwirkung ist es uns gemeinsam gelungen, am 17. Oktober 2024, ein Konzept im Naturkundemuseum in Berlin vorzustellen. Mit dem Ziel, der Gefährdung der Versorgungssicherheit aktiv entgegenzuwirken und zu einem legislatur- und parteiübergreifenden Diskurs aufzurufen.

In diesem Sinne rufen wir alle Beteiligten zu einem mutigen, konstruktiven und innovativen Dialog und Handeln auf, mit Gottes Hilfe.



Wilfried Wesemann
Vorstandsvorsitzender
DEVAP e.V.



Anna Leonhardi
Geschäftsführerin
DEVAP e.V.

Intro



Wir leben
Pflege.

Wo kommen wir her?

Der DEVAP hat im Oktober 2020 das „Strategiepapier Altenarbeit und Pflege 2021 bis 2025“ veröffentlicht und eine **legislaturübergreifende „Roadmap für die Pflege“** gefordert, in der alle notwendigen Maßnahmen für die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung berücksichtigt sind.

Unser Ziel ist es, auf gleichwertige Lebensverhältnisse für hilfs- und pflegebedürftige Menschen hinzuwirken. Die Pflege weist in Deutschland trotz einer bundesweit einheitlichen Pflegeversicherung weiterhin deutliche regionale Unterschiede und Defizite auf.

Zudem hat sich seit 2020 die **Versorgungssituation in der Langzeitpflege** massiv verschärft: Die Zahl der Pflegebedürftigen steigt enorm, das erforderliche Pflegepersonal fehlt und eine auskömmliche Finanzierung der Pflegeversicherung ist nicht sichergestellt. Aus all diesen Gründen ist die Versorgungssicherheit nicht mehr gewährleistet. Das ist seit Jahren bekannt und Lösungsvorschläge liegen auf dem Tisch.

2023 und 2024 hat der DEVAP eine Umfrage zur Versorgungssicherheit in der Langzeitpflege durchgeführt. Die Zahlen demonstrieren einen dringenden politischen Handlungsbedarf. Durch fehlende professionelle Pflege und Betreuung sind Angehörige inzwischen gezwungen, ihre eigene berufliche Tätigkeit aufzugeben oder zu verkürzen – zum Nachteil der Wirtschaft, die händeringend Fachpersonal sucht, und zum Nachteil der pflegenden Angehörigen selbst: mit Aussicht auf Altersarmut.

Die für den Herbst 2024 angekündigte **Reform der Pflegeversicherung** bleibt inhaltlich abzuwarten. Allerdings zeichnet sich jetzt schon ab, dass es sich hierbei nicht um die so dringend notwendige grundlegende und legislaturübergreifende Reform, sondern lediglich um kleinere „Reparaturen“ am System handeln wird. Die aktuelle Regierung vertröstet damit auf die nächste Legislatur und steuert sehenden Auges weiter in eine schwere gesellschaftliche Krise, deren Auswirkungen demokratiegefährdendes Potenzial hat.





Wo stehen wir?

Grundlegende Annahmen und Prinzipien der bisherigen Pflegeversicherung funktionieren nicht mehr. Wir befinden uns in einem **gesellschaftlichen Paradigmenwechsel und einem neuen Aushandlungsprozess**:

Es geht dabei nicht um die Quantität, sondern die Qualität von Reformen. Die Pflegeversicherung muss komplett neu gedacht werden. Planungssicherheit ist für alle Beteiligten in der Langzeitpflege entscheidend. Zielgruppenspezifische Versorgungsangebote und die Refinanzierung einer modernen stationären wie ambulanten professionellen Versorgung bilden die Grundlage für eine Pflegeversicherung der Zukunft. Dabei müssen wir auch an andere, sektorenübergreifende Pflegesettings unter Einbindung des Ehrenamts denken, um der gesamtgesellschaftlichen Verantwortung der Pflege passgenau und zukunftssicher gerecht werden zu können.

Nichts zu tun ist die größte Katastrophe für die Sicherung der Langzeitpflege. Die **Konsequenzen für ein „Nicht-Handeln“** werden für Pflegebedürftige, pflegende Angehörige, Pflegepersonal, Träger, die Wirtschaft und die Gesellschaft nachhaltige Auswirkungen haben, die durch eine mangelnde Versorgungssicherheit zu volkswirtschaftlichen und demokratiegefährdenden Faktoren werden können. Ein **Systemwechsel** ist nach 30 Jahren Pflegeversicherung deshalb unausweichlich, eine grundlegende und legislaturübergreifende Finanz- und Strukturreform unabdingbar.



Wie wird die Versorgung wieder sichergestellt?

Die Pflege muss in Deutschland ganz oben auf der politischen Agenda stehen. Kleinteilige Ansätze und Minireformen genügen schon lange nicht mehr, um langfristig eine sichere Versorgung zu gewährleisten. Die guten Ansätze im **Koalitionsvertrag zwischen SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP¹** wurden in der aktuellen Legislatur nicht ansatzweise umgesetzt.

.....

¹ Koalitionsvertrag zwischen SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP 2021 – 2025. https://www.spd.de/fileadmin/Dokumente/Koalitionsvertrag/Koalitionsvertrag_2021-2025.pdf [Stand 12.09.2024]

Das **DEVAP Strategiepapier 2025 bis 2029 „TROTZDEM PFLEGE. Für jeden, zu jeder Zeit“** zeigt, dass eine grundständige und legislaturübergreifende Struktur- und Finanzreform in der Pflegeversicherung nicht nur möglich, sondern dringend geboten ist. Nur so kann die Versorgungssicherheit in der Langzeitpflege (wieder) gewährleistet und können **gleichwertige Lebensverhältnisse** für die Pflegebedürftigen in Deutschland geschaffen werden.

1. FINANZ- UND STRUKTURREFORM DRINGEND NOTWENDIG

Die Pflegeversicherung steht vor einem **finanziellen Kollaps**. Gleichzeitig steigen die finanziellen Belastungen für die Bewohner:innen auf Rekordhöhen. Notwendig sind Sofortmaßnahmen wie die Überführung der Behandlungspflege in der stationären Pflege ins SGB V, die soziale Absicherung der Pflegenden und die Herausnahme der Ausbildungskosten aus den Eigenanteilen. Darüber hinaus braucht es eine **umfassende Finanz- und Strukturreform** der Pflegeversicherung, die bei der Beitragsbemessung weitere Einkommensarten berücksichtigt und die Ungerechtigkeiten zwischen sozialer und privater Pflegeversicherung abbaut. Damit verbunden ist die Forderung nach einer Festschreibung des pflegebedingten Eigenanteils. Dabei sollte geprüft und politisch entschieden werden, inwieweit die Vermögenssituation der Pflegebedürftigen bei der Festlegung des Eigenanteils angemessen berücksichtigt werden kann.

In diesem Zusammenhang sind auch die **länderspezifischen Differenzierungen und Ungleichheiten** bei der Investitionskostenfinanzierung zu harmonisieren. Unabdingbar müssen die Kosten für die Digitalisierung und die Maßnahmen für den Klimaschutz angemessen finanziert, im Ordnungsrecht verankert und sich ergebende Einspareffekte belohnt werden.

Auch ein deutlich **höherer Risikozuschlag** ist zum Erhalt der ambulanten und stationären Einrichtungen unabdingbar. Die Träger brauchen mehr Freiheiten, die sie durch eine Deregulierung des Pflegesystems erhalten würden, und die Befähigung, durch wirtschaftliches und eigenverantwortliches Handeln die professionelle Pflege auch tatsächlich sichern zu können.

Es bedarf zudem einer Regelung zum **Bürokratieabbau** im Rahmen der Sozialhilfe-Antragsverfahren. Heute dauert es häufig viele Monate, bis ein Antrag im Sozialamt bearbeitet ist. Dadurch können sich die teils hohen entstehenden Forderungen bestandsgefährdend auf die Einrichtungen und Träger auswirken. Um dies zu vermeiden, sind Abschlagszahlungen an die Träger vonseiten der zuständigen Sozialämter zeitnah zu zahlen.

Die Absicherung und Stabilisierung der Pflegeversicherung bildet die Grundlage für weitere Reformschritte. Dafür bedarf es vonseiten der Politik eines konkreten **Masterplans für die Pflege**, der in enger Zusammenarbeit

und auf Augenhöhe mit den beteiligten Verbänden zu erarbeiten und in abgestimmten Schritten umzusetzen ist. Wir brauchen hierfür einen **Umgang „auf Augenhöhe“** und eine von Vertrauen geprägte Zusammenarbeit auf einer Ebene mit der Politik und zwischen den Verbänden der Leistungsanbieter und Leistungsträger. Hierzu muss der ernsthafte Wille zur Umsetzung der „Entbürokratisierung“ in messbaren Schritten vorhanden sein, einhergehend mit digitalen Lösungen für alle am Arbeitsprozess Beteiligten.

2. HANDLUNGSFELD PFLEGEPERSONAL: PERSONALDECKE, PROFESSIONALITÄT UND QUALIFIKATION

Abgesehen von der Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens gem. § 113c SGB XI und den damit verbundenen Organisationsentwicklungsprozessen in den Einrichtungen sind angepasste und kompetenzorientierte Personalaufbaukonzepte zu entwickeln, die unterschiedliche Qualifizierungsniveaus beinhalten. Das **Pflegekompetenzgesetz** muss umgesetzt, die Ausbildung der Pflegeassistent:innen vereinheitlicht und gefördert werden. Mit diesen Maßnahmen kann ein wesentlicher Beitrag zur quantitativen sowie zur qualitativen Personalausstattung und damit zur Entlastung der Mitarbeitenden in der Pflege geleistet werden.

Wenn es nicht gelingt, die Arbeitsbelastung in der Pflege nachhaltig zu verringern, werden alle Bemühungen zur **Attraktivitätssteigerung des Pflegeberufs** und zur Gewinnung von Fachpersonal erfolglos sein. Die Bemühungen müssen sich auf die Ausbildung und auf ergänzende kreative einrichtungsindividuelle Lösungen konzentrieren, wie flexible Arbeitszeiten, Dienstplansicherheit, eigenverantwortliches Handeln, partizipative und gesunde Führung, unter Beachtung der psychischen und physischen Gesundheit der Mitarbeitenden.

3. PFLEGE NEU DENKEN: SEKTORENGRENZEN ABBAUEN, PFLEGENDE ANGEHÖRIGE UNTERSTÜTZEN UND KOMMUNEN VERPFLICHTEND EINBINDEN

Wir fordern, dass die Pflegeversicherung künftig modular die Leistungen der Pflege und Betreuung übernimmt, die der Hilfe bei der Haushaltsführung, der Steuerung der Pflege und der Hilfe bei der Bewältigung von krankheits- und therapiebedingten Aufgaben. Nicht der Wohnort soll über Inhalt, Umfang und Qualität der Leistungen bestimmen, sondern der individuell festgestellte Hilfebedarf. Dazu ist eine **Neuausrichtung der Versorgungssettings** erforderlich und ein flächendeckendes Case-Management zu entwickeln.



Die **modularisierte Leistungserbringung** stärkt die ambulante Pflege und fördert die Einbeziehung von Zu- und Angehörigen sowie die Potenziale der Zivilgesellschaft. Voraussetzung dafür ist eine Reform des Pflegegelds mit einer stufenweisen Einführung der Vergütung der Pflegeleistungen (z. B. 40 % der Sachleistung), von Lohnersatzleistungen bis hin zur Anstellung und Entlohnung der pflegenden Angehörigen. Diese Maßnahmen sind dringend erforderlich, um die Pflegebereitschaft der Angehörigen zu erhalten und sie wirksam zu entlasten.

Die Kommunen sind für den Ausbau der pflegerischen Infrastruktur und für den **Aufbau des Gemeinwesens** verantwortlich. Dazu zählen u. a. die Entwicklung neuer Wohnformen, eines altersgerechten Wohnungsbaus, einer Quartiersentwicklung und der Beratung und auch Prävention, um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden bzw. hinauszuzögern. Der Zugang muss so niederschwellig und unbürokratisch wie möglich erfolgen. Es gibt bereits eine Vielzahl an guten und erfolgreichen Projekten, die endlich in die Regelversorgung überführt und flächendeckend etabliert werden müssen.

Die Kommunen könnten zudem als Steuerungsinstanz mit einem etablierten Case-Management bedarfsgerechte Pflegesettings organisieren. ●

ZUSAMMENFASSEND HAT DER DEVAP FOLGENDE SECHS FORDERUNGEN UND ZWEI QUERSCHNITTSTHEMEN FÜR EINE NACHHALTIGE FINANZ- UND STRUKTURREFORM DER PFLEGEVERSICHERUNG:



1 Handlungsfeld Pflegepersonal: Personaldecke, Professionalität und Qualifikation



2 Verpflichtung der Kommunen



3 Festschreibung des pflegebedingten finanziellen Eigenanteils



4 Abbau der Sektorengrenzen



5 Stärkung pflegender Angehöriger und der Zivilgesellschaft



6 Bedarfsgerechte Anpassung der Investitionskosten

QUERSCHNITTSTHEMEN:



7 Chancen der Digitalisierung nutzen



8 Nachhaltigkeit fördern und belohnen

DEVAP-Umfrage zur Versorgungssicherheit

Ergebnisse von Februar 2024



71%

Gefährdung der
Versorgungssicherheit
bestätigt

71 % von 578 Teilnehmenden
mussten
Leistungen aus
personellen Gründen
einschränken (84 % ambu-
lant, 65 % stationär).
Damit bleibt die Versor-
gungslage auch nach einem
Jahr weiterhin kritisch.

2023:

78%

von
501 Teilnehmenden



72%

Fehlendes Personal
verstärkt die fehlende
Versorgungssicherheit
weiter

Gründe für Leistungs-
einschränkungen sind
kurz- und langfristige
Erkrankungen von MA
(77 % bzw. 68 %)
und die Nichtbesetzung
von offenen Stellen –
Steigerung auf 72 %.

2023:

65%

von
501 Teilnehmenden



Der Deutsche Evangelische Verband für Altenarbeit und Pflege e. V. (DEVAP) veröffentlichte im Februar 2024 die Ergebnisse seiner erneuten bundesweiten Umfrage zur Versorgungssicherheit in der ambulanten und stationären Langzeitpflege. Die Ergebnisse von April 2023 wurden bestätigt. Aus den Ergebnissen wurden die acht Forderungen abgeleitet, die im vorliegenden Strategiepapier dargestellt werden. Die Umfrage wird im Oktober 2024 wiederholt und auch in den Folgejahren fortgeführt.



44 %

Stationäre Pflege –
Betten bleiben
weiterhin leer

Neubelegungen nicht
möglich, weil Personal für
Betten fehlt.

44 % der Teilnehmenden
(380 Antworten) konnten
Betten in den letzten
6 Monaten nicht belegen,
teils durchgehend.

71 % gaben als Grund
fehlendes Personal an.

2023:
nicht belegte
Pflegebetten: 59 %,
fehlendes Personal: 50 %



80 %

Personalmangel
in der ambulanten Pflege
führt zu Heimsog

Neukunden finden keinen
ambulanten Dienst.
Bestandskunden können
Leistungen nicht aufstocken.

80 % (214 Antworten)
mussten in den letzten
6 Monaten Neukunden
ablehnen (teils jede
zweite Anfrage).

66 % gaben als Grund
fehlendes Personal an.

2023:
Neukunden ablehnen: 91 %,
fehlendes Personal: 65 %



34 %

Aufstockung
von Leistungen
schwierig

34 % mussten in
den letzten 6 Monaten
die Aufstockung von
Leistungen für ihre
Bestandskunden ablehnen.
58 % geben als Grund
fehlendes Personal an.

2023:
Aufstockung von Leistungen
für Bestandskunden
ablehnen: 29 %,
fehlendes Personal: 50 %



Die acht Forderungen des DEVAP





ANNA STURBECK

Community Health Nurse
St. Pauli gGmbH
(Ambulante Pflege)



Handlungsfeld Pflegepersonal: Personaldecke, Professionalität und Qualifikation

Welche Chancen eröffnet die Etablierung eines kompetenzorientierten Qualifikationsmixes in der Pflege, um dem Personalmangel zu begegnen?



ANNA STURBECK

„Die konsequente Umsetzung des **Qualifikationsmixes** in der ambulanten und stationären Langzeitpflege ist nicht nur eine Chance, sondern eine Voraussetzung für die zukünftige adäquate Versorgung von Pflegebedürftigen.

Aufgrund meines akademischen Hintergrundes bin ich in der Lage, komplexe Pflegeprozesse zu steuern und zu bewerten. Das führt zu einer spürbaren Entlastung des Leitungspersonals. Zudem ist es durch eine konsequente **kompetenzorientierte Aufgabeneuverteilung** möglich, die Qualitätsprozesse gut im Blick zu behalten und ungelernte Mitarbeitende in die Versorgung mit einzubeziehen.

Natürlich ist die Einführung eines Qualifikationsmixes eine Herausforderung für einen Betrieb, stellt er tradierte Strukturen doch zunächst einmal auf den Kopf. Insofern ist hier, wie bei jedem **Change-Management-Prozess**, die Überzeugung und Unterstützung des Leitungspersonals entscheidend für das Gelingen.“ ●



➤ **GENERALISTISCHE PFLEGEAUSBILDUNG ALS CHANCE**

Das Pflegeberufegesetz leistet einen wichtigen Beitrag für eine umfassende, adäquate und gesellschaftlich relevante Aufwertung des Pflegeberufs. Es gilt, das Potenzial neuer pflegerischer **Vorbehaltspflichten** und die Fokussierung auf ein **breites Kompetenzprofil** als Chance zur Entfaltung einer zukunftsweisenden Fachlichkeit in der Pflege zu ergreifen. Wichtig ist hierbei auch die berufs- und leistungsrechtliche Abbildung der erweiterten Kompetenzen.

Die bisherige Erfahrung mit der generalistischen Ausbildung zeigt, dass die Auszubildenden nach dem Ausbildungsabschluss ein sehr breites Kompetenzspektrum aufweisen. Jedoch können die settingspezifischen Kompetenzen von drei Ausbildungen nicht vollständig in den drei Jahren Ausbildungszeit abgebildet werden. Entsprechend wäre eine **refinanzierte Weiterbildung** in dem jeweils gewählten Arbeitsbereich direkt nach der Berufsausbildung sinnvoll.

Der neue Qualifikationsmix führt zu spezifischeren Aufgaben- und Kompetenzbereichen, die die Langzeitpflege langfristig zu einem professionellen und attraktiven pflegerischen Setting weiterentwickeln. Steigen die Möglichkeiten, **akademisch ausgebildetes Pflegepersonal** einzusetzen, dann ermöglicht dies es, pflegewissenschaftliche Erkenntnisse für Pflegephänomene mit komplexen Herausforderungen für die Betroffenen, ihre An- und Zugehörigen sowie für die Pflegepraxis mit einer höheren Fachlichkeit und Qualität zu erlangen.²

Die pflegerische Wertschöpfung steigt durch eine wachsende Verantwortungsübernahme im Rahmen der **Substitution heilkundlicher Tätigkeiten**. Dies ist angesichts der zunehmenden Versorgungsaufgaben in der Pflege ein Gebot der Stunde. Die Kompetenzerweiterung darf langfristig nicht auf die primärqualifizierenden Studiengänge beschränkt werden, sondern sie muss auf die generalistische berufliche Ausbildung ausgedehnt werden, sodass auch entsprechend zertifizierte Pflegeschulen dies für die ambulante und stationäre Langzeitpflege anbieten können.

.....
² Gesetz zur Stärkung der hochschulischen Pflegeausbildung, zu Erleichterungen bei der Anerkennung ausländischer Abschlüsse in der Pflege und zur Änderung weiterer Vorschriften (Pflegestudiumstärkungsgesetz – PfiStudStG), 15.12.2023. <https://www.recht.bund.de/bgbl/1/2023/359/VO.html>

➤ **BUNDESEINHEITLICHE GENERALISTISCHE PFLEGE-HELFER- UND -ASSISTENZAUSBILDUNG**

Folgt man dem Gutachten³ von Prof. Dr. Rothgang zur Personalbemessung in der stationären Langzeitpflege von 2023, gibt es einen enormen Mehrbedarf an Hilfspersonen in der Pflege. Umso dringender ist es, das Personal zur Entwicklung der notwendigen Haltung und Erhaltung der (Beziehungs-)Qualität in den ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen zu schulen, gerade und vor allem unterhalb der dreijährigen Ausbildung, qualitativ wie quantitativ. Die sich permanent wandelnden und wachsenden Herausforderungen erfordern eine **ständige Qualifizierung** von allen Fach- und Assistenzpersonen. Diese landesspezifischen Fort- und Weiterbildungen müssen bundesweit anerkannt werden.

Notwendig ist eine einheitliche Regelung für die Vielzahl⁴ an **Pflegehelfer- und Assistenz-ausbildungen** der Länder zu einer bundeseinheitlichen generalistischen und kompetenzorientierten Ausbildung. Nur durch eine Gleichwertigkeit und Vergleichbarkeit der Abschlüsse über Landesgrenzen hinweg kann der Beruf aufgewertet und dem Personalmangel entgegengewirkt werden. Wichtig ist hierbei eine klare Abgrenzung zwischen den jeweiligen Kompetenzen und den delegierbaren Aufgaben für das Assistenzpersonal im ambulanten und stationären Setting.

➤ **PERSONALENTWICKLUNGS- MAßNAHMEN UMSETZEN**

Die teilweise gravierenden Unterschiede in der **Pflegepersonalausstattung** zwischen den Bundesländern ist äußerst problematisch; fachlich kann sie nicht begründet werden. Das bisherige System muss daher durch ein bundeseinheitliches Verfahren ersetzt werden, das eine wissenschaftlich fundierte und bedarfsgerechte Bemessung des Pflegepersonals auf der Basis valider Verfahren und Instrumente ermöglicht.

Mit dem Personalbemessungsverfahren nach § 113c SGB XI hat Prof. Dr. Rothgang dies vorgelegt. Die Träger der Langzeitpflege setzen die Implementierung aktiv in ihren Einrichtungen um. Dies gelingt jedoch nur, wenn ausreichend Personal gefunden wird und parallel der kompetenzorientierte Qualifikationsmix und vor allem die Finanzreform konsequent umgesetzt werden. Sonst erfolgt die Personalmehrung zulasten der Bewohner:innen über **steigende Eigenanteile**. Zudem muss die Bundesebene im Sinne gleichwertiger Lebensverhältnisse vermeiden, dass es zu unterschiedlichen Umsetzungen in der Landesgesetzgebung kommt.

➤ **KOMPETENZORIENTIERTER QUALIFIKATIONSMIX**

Im Rahmen der Umsetzung einer einheitlichen Pflegepersonalbemessung in der Langzeitpflege gilt es zudem, die Organisationsentwicklung bezüglich ihrer wesentlichen Fragestellungen und Herausforderungen in den Blick zu nehmen.

³ Qualitätsausschuss Pflege, 22.02.2024. https://www.der-paritaetische.de/fileadmin/user_upload/2023_02_22_Empfehlungen_nach_113c_Abs_4_SGB_XI.pdf

⁴ Bundesinstitut für Berufsbildung, 22.02.2024. <https://www.bibb.de/dienst/publikationen/de/19206>

Absehbar ist in den aktuellen Modellen dazu, dass eine veränderte Gewichtung zwischen Fach- und Hilfspersonal im Personaleinsatz eine **Neuordnung des professionellen Miteinanders** mit sich bringt. Dies erfordert eine veränderte Aufteilung bisheriger Aufgaben und Tätigkeiten. Es sind Maßnahmen zur Personalentwicklung, zum Personaleinsatz und zur Personalqualifizierung notwendig, die nicht allein von den Pflegeeinrichtungen geleistet werden können. Wesentlich ist eine **gute Führung** sowie die Anpassung des Leistungsrechts, der entsprechenden Vergütung und der gesetzlichen Anpassungen, die sich aus den Erkenntnissen der Modelle ergeben. Dabei können die Erkenntnisse aus der stationären Pflege nicht einfach auf die ambulante Pflege übertragen werden; dies muss auch in der Kalkulation der Preise Berücksichtigung finden.

Ein „Weiter so“ ist nicht zielführend – die Pflege ist gefordert, jetzt Veränderungsprozesse anzustoßen und den Personaleinsatz gemäß den Kompetenzen neu zu strukturieren. Eine qualitativ hochwertige Versorgung in allen Bereichen der Pflege muss erklärtes Ziel aller sein! Hier sind Politik und Praxis gleichermaßen in der Pflicht.⁵

❖ **BESSERE RAHMENBEDINGUNGEN FÜR DAS PFLEGEPERSONAL**

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

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

Wesentlich sind dabei – neben einer guten Work-Life-Balance – verlässliche Dienstplanungen, planbare Frei- und Urlaubszeiten, eine Steuerbefreiungen für Zuschläge und ein Anspruch auf familienfreundliche Arbeitszeiten (siehe auch Koalitionsvertrag 2021–2025⁶). Eine angemessene tarifliche Entlohnung muss gesichert sein, ebenso deren vollständige Refinanzierung von den Kranken- und Pflegekassen. Der Einsatz von Pflegepersonal muss bundesweit einheitlichen ethischen, fachlichen und vor allem bedarfsorientierten Standards entsprechen und darf kein Ergebnis von Rahmenvertragsverhandlungen auf Länderebene bleiben.

Der Einsatz von Leasingpersonal muss zudem durch die gesetzliche Förderung von Alternativen wie **Springerpools und Flexteams** auf ein gesundes Maß zurückgeführt werden. Dies gilt gerade auch trägerübergreifend.

Dies sind wesentliche Faktoren für die künftige Gewinnung von Auszubildenden und Fachpersonen für die Pflege alter und kranker Menschen. Solchermaßen verbesserte Rahmenbedingungen können auch ehemalige pflegerische Fachpersonen zu einer **Rückkehr in den Beruf** veranlassen. Eine Studie der Hans Böckler Stiftung beschreibt entsprechende Potenziale.⁷

⁵ DEVAP Impulspapier, Juni 2022. https://www.devap.de/fileadmin/Mediathek/02_Unsere_Positionen/pdf/22-05_DEVAP-Impulspapier_zur_Aufgabenverteilung_und_Qualifikation_in_der_Pflege.pdf

⁶ Koalitionsvertrag zwischen SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP 2021–2025. https://www.spd.de/fileadmin/Dokumente/Koalitionsvertrag/Koalitionsvertrag_2021-2025.pdf [Stand 12.09.2024]

⁷ https://www.boeckler.de/de/faust-detail.htm?sync_id=HBS-008520



➤ **PFLEGE BRAUCHT EINE GUTE THEORETISCHE UND PRAKTISCHE AUSBILDUNG**

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

Zudem müssen gute Wege für neue Mitarbeitende z. B. mit Migrationshintergrund oder für Quereinsteiger aus anderen Branchen gefunden werden. Für ihre Integration sind bedarfsgerechte, ausfinanzierte und durchlässige Aus- und Weiterbildungen bzw. Qualifikationsmaßnahmen entsprechend der jeweils vorhandenen Kompetenzen erforderlich.

Die für die **praktische Ausbildung** zuständigen Träger müssen sich neu aufstellen und sich den veränderten Rahmenbedingungen anpassen. Diese Prozesse brauchen Zeit und bedürfen eines Umdenkens bezüglich der bisherigen Personal- und Organisationsentwicklung der Unternehmen.

Für die **theoretische Ausbildung** ist eine Umstellung des Finanzierungssystems der Pflegeschulen auf eine Kurs- statt Pro-Kopf-Finanzierung unabdingbar. Aufgrund teils hoher Abbruchquoten können die Standorte nur so wirtschaftlich abgesichert werden. Zudem muss künftig Personal für eine sozialpädagogische Begleitung refinanziert werden, um ausländische Schüler:innen besser integrieren und Auszubildende mit Unterstützungsbedarf adäquat begleiten und unterstützen zu können.

Die ständige Erhöhung der Eigenanteile – auch durch die **Ausbildungsumlage** – hemmt das Engagement der Träger auszubilden. Hier ist eine stärkere gesamtgesellschaftliche Verantwortung entscheidend, in deren Mittelpunkt eine leistungsfähige Pflegelandschaft mit ausreichendem und gut ausgebildetem Personal steht. Entsprechend muss die Ausbildungsumlage – wie auch im Koalitionsvertrag 2021–2025 geplant – aus den Eigenanteilen herausgenommen und aus Steuern finanziert werden.



➤ **AUSZUBILDENDE SIND LERNENDE, KEINE BESCHÄFTIGTEN**

Im Pflegestudiumstärkungsgesetz werden die Kosten der Ausbildungsvergütung für die hochschulische Pflegeausbildung ohne Anrechnung eines **Wertschöpfungsanteils** finanziert, weil Auszubildende keine Beschäftigten, sondern Lernende sind. Im Sinne der Gleichbehandlung muss daher der Wertschöpfungsanteil für beruflich Auszubildende im 2. und 3. Ausbildungsjahr⁸ gestrichen werden; dies auch wegen der vielen Praxiseinsätze bei anderen Trägern in dieser Ausbildungsphase. Die entsprechenden Kosten sind über den Ausbildungsfonds abzudecken.

➤ **PARTIZIPATIVE UND GESUNDE FÜHRUNG**

Ein partizipativer und gesunder Führungsstil trägt ebenfalls zur Mitarbeitendenbindung bei. Der Begriff „**gesunde Führung**“ (healthy leadership) beschreibt Maßnahmen und Methoden, mit denen Führungs- und Leitungskräfte die Gesundheit, Zufriedenheit und Leistung ihrer Beschäftigten fördern. Dabei spielt die Sozialkompetenz der Führungspersonen eine entscheidende Rolle.

Aber auch die Selbstführung ist essenzieller Bestandteil einer gesunden Führung, wie beispielweise das eigene Zeitmanagement und die Achtsamkeit. Zur gesunden Führung gehört das Bewusstsein, als Führungsperson auch eine Vorbildfunktion für andere Beschäftigte zu haben.

➤ **INTEGRATION VON PFLEGEPERSONAL UND AUSZUBILDENDEN AUS DEM AUSLAND UNTERSTÜTZEN**

Im Hinblick auf den Pflegepersonalmangel begrüßt der DEVAP, dass die Bundesregierung die Einwanderung von Pflegefachpersonen aus dem Ausland erleichtert und fördert. Die internationale Anwerbung von Pflegefachpersonen und Auszubildenden der Pflege wie auch deren Integration können jedoch nur gelingen, wenn der Gesetzgeber **aufenthaltsrechtliche Sicherheit, soziale Stabilität und berufliche Zukunftsaussichten** gewährleistet.

Zudem überfordern die Voraussetzungen der staatlich unterstützten Anwerbungsprogramme für ausländisches Fachpersonal die Träger oftmals: Weder Unterbringungskosten noch Sprachkurse oder Mobilitätskosten werden refinanziert. Für eine schnellere Integration müssen auch die **Anerkennungsverfahren** erleichtert und bundesweit vereinheitlicht werden. Denkbar sind hier Kompetenzvermutungen bei ausländischem Pflegefachpersonal, automatische Anerkennung von Schulabschlüssen aus festgelegten Ländern und bundesweit einheitliche Schulungsmodule.

Insofern setzt eine **ethisch vertretbare Anwerbung** ausländischer Fachpersonen auch eine angemessene staatliche Unterstützung für die dazu erforderlichen Organisations-, Bildungs- und Integrationsleistungen voraus. Hierzu gehören unterstützende Integrationshelfer, die entweder beim Träger angestellt sind und refinanziert werden oder vonseiten der Kommunen gestellt werden. ●

⁸ § 27 Abs. 2 Satz 1 PflBG



DAGMAR VOGT-JANSSEN

Leiterin Fachbereich Senioren,
Landeshauptstadt Hannover

.....



Kommunen
verpflichten

Welche Bedeutung werden quartiersnahe Sorgekonzepte einnehmen – und was können die Kommunen tun?



DAGMAR VOGT-JANSSEN

„Die älter werdende Gesellschaft, die gesundheitliche Versorgung, die Zuwanderung und die (oftmals verdeckte) Altersarmut stellen Kommunen vor große Herausforderungen. Die Kommunen werden sie nur gemeinsam im Verbund mit anderen Akteur:innen vor Ort bewältigen können, wie insbesondere mit den Wohlfahrts- und Sozialverbänden, den Wohnungsunternehmen und den Menschen in den Quartieren.

Um sowohl den Chancen einer älter werdenden Gesellschaft als auch der Notwendigkeit der Unterstützung älterer Menschen Rechnung zu tragen, sind die Kommunen mit den Akteur:innen vor Ort aufgefordert, mit zukunftsorientierten Konzepten den jeweiligen Bedarfs- und Bedürfnislagen vor Ort Rechnung zu tragen. Eine solche Konzeptionierung zur Gestaltung des Sozialraums bedarf einer **kommunalen integrierten, kooperativen Sozialplanung**, die Planungsperspektiven unterschiedlicher Fachbereiche/Ämter und deren Fachplanungen in eine gemeinsame Strukturplanung einfließen lässt, also auch die Pflege- und Altenplanung.

Es müssen mit den Menschen vor Ort und allen anderen Akteur:innen im Sozialraum **gemeinsam soziale Infrastrukturen** entwickelt und ausgebaut werden. Nur dann kann es gelingen, Maßnahmen zu Prävention, Gesundheitsförderung, Pflegehinauszögerung, Einsamkeits- und Armutssreduzierung wirksam werden zu lassen. Um einer ungleichen Infrastrukturausstattung in den Kommunen entgegenzuwirken und damit zugleich den Auf- und Ausbau gleichwertiger Lebensverhältnisse zu fördern, braucht es eine **pauschalierte finanzielle Unterstützung** der Länder pro Einwohner:in 60 plus (ähnlich der pauschalierten Unterstützung durch die Pflegekassen bei den Pflegestützpunkten).“ ●

Die Rolle der Kommune muss präzisiert und die Partizipation in der Kommune gefördert werden.

Der Auf- und Ausbau der pflegerischen Infrastruktur und die Förderung eines zukunftsfähigen Gemeinwesens müssen zur **kommunalen Pflichtaufgabe** werden. Damit die Kommunen dieser Verantwortung gerecht werden können, müssen sie auch finanziell entsprechend ausgestattet werden.

Für eine ganzheitliche Versorgung älterer Menschen ist es notwendig, Pflege, Gesundheitswesen und soziale Dienste eng zu verzahnen. **Integrierte Versorgungsmodelle** und interdisziplinäre Zusammenarbeit können sicherstellen, dass ältere Menschen nicht nur pflegerisch, sondern auch medizinisch und sozial umfassend unterstützt werden.

Wird die Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege in das SGB V überführt, werden die Kommunen als Sozialhilfeträger deutlich entlastet. Dadurch werden finanzielle Mittel frei, die genutzt werden sollten, um neue Wohnformen zu entwickeln und um in altersgerechten Wohnungsbau, Quartiersentwicklung und Beratung zu investieren.

Um die kommunale Pflegelandschaft auszubauen und weiterzuentwickeln, bedarf es zusätzlich eines engeren Zusammenrückens aller Akteure und Institutionen vor Ort. Dazu gehört auch die Etablierung eines unabhängigen **Case-Managements**, das anhand der lokalen Strukturen zu entwickeln ist. Dabei spielen die **Kommunen als Steuerungsinstanzen** und die zertifizierten Anbieter (Pflegestützpunkte, ambulante Dienste und neutrale Trägerverbände) als Durchführungsinstanzen zusammen.



In dem **Projekt ReKo** (Regionales Pflegekompetenzzentrum)⁹ haben sich sehr positive Effekte auf die Menschen mit Pflegebedürftigkeit gezeigt. Hier wurden Case-Manager:innen als Koordinierung und Bindeglied in vorhandene bekannte und etablierte Angebote eingeflochten. Dabei wurde auch deutlich, dass die Gefahr einer Über-Inanspruchnahme von Leistungen nicht bestand, da das Case-Management eine Koordinierungsaufgabe wahrnimmt und dies entsprechend verhindert.

9

<https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/reko-regionales-pflegekompetenzzentrum-innovationsstrategie-der-langzeitversorgung-vor-ort.268> [Stand 11.09.2024]

❖ **KOMMUNEN MÜSSEN SICH WEITERENTWICKELN**

Die Kommunen müssen sich wieder für die pflegerische Versorgung vor Ort verantwortlich fühlen. Entsprechend muss die subsidiäre Förderung der pflegerischen Infrastruktur als **Pflichtaufgabe in § 71 SGB XII** formuliert werden (vergleiche Bundesteilhabegesetz). Erst damit wird den Kommunen die entscheidende gestaltende Funktion bei der Pflegeinfrastruktur zugeschrieben, die sie dann durch eine regelmäßige und verbindliche Altenhilfeplanung umsetzen.

Dafür müssen die Infrastruktur bedarfs- und wirkungsorientiert gesichert und die kommunalen Ebenen weiterentwickelt werden. Letztere werden in ein **alten- bzw. seniorenpolitisches Gesamtkonzept** eingebettet. Dieses Konzept muss unter Einbeziehung der Akteure der Pflege entwickelt werden. Dazu bedarf es eines wirksamen Steuerungsinstruments. Dies wird allerdings nur mit entsprechenden **Pflegeförderprogrammen** funktionieren.

❖ **QUARTIERSMANAGEMENT ALS ZENTRALEN BAUSTEIN NUTZEN**

Zwei Drittel der Pflegebedürftigen werden zu Hause versorgt. Die finanzielle Absicherung der Pflegenden ist eine Sache. Die andere ist, diese Versorgungsform auch strukturell zu stützen. Ein zentraler Baustein wäre die flächendeckende Einführung und zuverlässige Refinanzierung eines **Quartiersmanagements**.

Das vorhandene **Hilfs- und Unterstützungsangebot** ist für viele Bürger:innen unübersichtlich. Daher sollte neu in Betracht gezogen werden, Beratungsangebote sowie Koordinations- und Moderationsaufgaben in einem Quartiersmanagement stärker zusammenzuführen. Der Sozialraum und die Kooperationen vor Ort sind der entscheidende Bezugsrahmen, in dem die demografischen Veränderungen bewältigt werden. Ohne eine steuernde, koordinierende Struktur auf kommunaler Ebene wird dies allerdings nicht gelingen.

❖ **REGELHAFTE GESUNDHEITS- UND PFLEGEKONFERENZEN ALS GARANTEN FÜR STABILE GESUNDHEITSREGIONEN**

Gesundheitsregionen sollen eine vernetzte und koordinierte Gesundheitsförderung und -versorgung über die Sektorengrenzen hinweg sicherstellen. Zur Stärkung der regionalen Vernetzung und Kooperation sowie für die zu entwickelnden und umzusetzenden Strategien ist ein strukturiertes sektoren- und akteursübergreifendes Handeln gefordert. Dabei kommt regionalen **Pflege- und Gesundheitskonferenzen** eine Schlüsselrolle zu.

Handlungsfelder der Konferenzen sind meist die Steuerung der Angebotsstrukturen vor Ort, die Entwicklung von effizienten Kooperations- und Koordinationsstrukturen und die Verbesserung der Verzahnung der kommunalen Beratung im Rahmen der **Daseinsvorsorge**. Dazu kommt, im Rahmen der Rolle der Kommunen

als Sozialleistungsträger, die Verzahnung mit den Beratungsangeboten und -aufgaben der Pflegekassen.

In **kommunalen Gesundheitskonferenzen** stehen die gesundheitliche und soziale Versorgung wie auch die Prävention und die Gesundheitsförderung im Vordergrund.

Dazu gehört zwingend, die entsprechende Personalausstattung in den Landkreisen und in den Gemeinden durch einen nachhaltigen finanziellen Rahmen abzusichern: erstens, um eine zukunftsorientierte ressortübergreifende Planung, und zweitens, um gesundheitsfördernde, präventive Strukturen im Gemeinwesen zu etablieren. Außerdem müssen bedarfsrechte, innovative Unterstützungs- und Pflegestrukturen entwickelt sowie die informelle Pflege unterstützt werden.

❖ **GOVERNANCE – VERZAHNUNG DER ERGEBNISSE AUS DEN GESUNDHEITSREGIONEN MIT DER LANDES- UND BUNDESPOLITIK**

Eine nachhaltige und wirksame Arbeit der Gesundheits- und Pflegekonferenzen kann nur dann gesichert werden, wenn die Ergebnisse der Kommunikation und Vernetzung nicht ausschließlich auf der Ebene der Gesundheits- und Pflegekonferenzen verbleiben, sondern wenn es auch zur Einflussnahme der Politik kommt und die Entscheidungsfindung gestärkt wird.

Um eine Gefährdung der Versorgungssicherheit abzuwenden, muss auf allen Ebenen

der **politische Wille** vorhanden sein, dem Pflegebedarf und der Pflegebedürftigkeit gesamtgesellschaftlich entgegenzuwirken. Hier können **Förderprogramme** zur flächendeckenden Implementierung von Gesundheits- und Pflegekonferenzen unterstützen.

Es ist anspruchsvoll, eine kommunale Gesundheits- und Pflegekonferenz zu initiieren und diese nachhaltig zu betreiben. Daher müssen Anreize geschaffen werden, die die Umsetzung einer Gesundheits- und Pflegekonferenz erleichtern, vor allem beim Aufbau.

Bereits heute gibt es in verschiedenen Bundesländern gute und längerfristig laufende **Modellprojekte**, die über Förderprogramme subventioniert werden. Sie brauchen verlässliche finanzielle Strukturen. Diese bestehen beispielsweise in einer verpflichtenden Umformulierung des § 71 SGB XII oder auch in einer pauschalierten finanziellen Unterstützung der Länder pro Einwohner:in 60plus. Dieser Ansatz findet sich bereits bei den Pflegestützpunkten in den Ländern.

❖ **PFLEGERISCHE BEDARFS- PROGNOSE VOR ORT**

Eine verbindliche Bedarfserhebung kann den jeweiligen örtlichen Bedarf an Pflegeleistungen prognostizieren. Danach können entsprechende passgenaue Lösungen gesucht werden. Viele Bürger:innen würden von deutlich wahrnehmbaren **quartiersnahen Beratungs- und Koordinierungsangeboten** enorm profitieren. Da in vielen Kommunen finanzielle Ressourcen für die Wahrnehmung dieser Aufgaben fehlen, sind die Kommunen vom Bund entsprechend auszustatten.



❖ **CHANCEN DER DIGITALISIERUNG NUTZEN**

Die Digitalisierung kann dazu beitragen, mithilfe von Informations- und Kommunikationstechnologien verbesserte integrierte und vernetzte kommunale Infrastrukturen zu entwickeln.

Die Kommunen sind bei der Gestaltung digitaler Angebote und Dienstleistungen für ältere Menschen wichtige Akteure. Sie sind aufgefordert, im Rahmen von Versorgungskonzepten für ihre Regionen entsprechende **Digitalisierungsstrategien** einzuplanen. Die Digitalisierung fördert und vernetzt auch den Auf- und Ausbau von quaternahen Unterstützungsstrukturen in den Kommunen. ●







Festschreibung des pflegebedingten Eigenanteils

DR. BODO DE VRIES

DEVAP-Vorstand und
stellv. Vorsitzender des
Vorstands und der Geschäfts-
führung Ev. Johanneswerk

Wie kann verhindert werden, dass Pflege- bedürftige und ihre Angehörigen an den Rand der finanziellen Belast- barkeit geraten?



DR. BODO DE VRIES

„Eine tiefgreifende Reform der Pflegeversicherung ist unerlässlich, damit die existenzgefährdenden Belastungen für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen in Deutschland zu bewältigen sind. Nur Instrumente wie der **Sockel-Spitze-Tausch**, der den pflegebedingten Aufwand abdeckt und die Eigenbeteiligung zeitlich begrenzt, können sicherstellen, dass Pflegekosten für Durchschnittsrentner tragbar bleiben. Gleichzeitig muss eine ergänzende **staatliche Unterstützung** die Kosten für das Wohnen und die Verpflegung für Bedürftige abfangen, um Armut zu vermeiden. Personen mit finanziellen Rücklagen müssen diese im Pflegefall einsetzen, um eine Balance zwischen Eigenverantwortung und Solidarität zu wahren.

Eine zusätzliche, verpflichtende private Pflegeversicherung könnte die finanzielle Tragfähigkeit des Systems langfristig sichern, ohne dabei die intergenerative Gerechtigkeit zu gefährden. Ein **solidarischer Ansatz** ist entscheidend für die Nachhaltigkeit und Gerechtigkeit des Pflegesystems. Dieser muss sowohl Bedürftige unterstützen als auch angemessene Beiträge von Vermögenden einfordern und zukünftige Generationen mit einbeziehen.“ ●



❖ PFLEGE VOR DEM KOLLAPS

Die aktuell brisante Mischung aus steigenden Kosten und fehlendem Fachpersonal bringt nicht nur viele Pflegeeinrichtungen derzeit an den Rand ihrer Existenz. Auch für die Betroffenen wird es immer schwieriger, den dringend benötigten Platz im Pflegeheim zu erhalten. Doch damit nicht genug: Durch steigende Eigenanteile werden die finanziellen Belastungsgrenzen vieler Menschen erreicht und überschritten.

Eine Auswertung des Verbands der Ersatzkassen e. V. (vdek) vom 1. Juli 2024 macht deutlich, dass der Anteil, den Pflegebedürftige in Pflegeheimen aus eigener Tasche bezahlen müssen, erneut angestiegen ist. So zahlen die zu Pflegenden im Bundesdurchschnitt monatlich einen **Eigenanteil von 2.871 Euro** im ersten Aufenthaltsjahr. Das sind 211 Euro mehr als ein Jahr zuvor (1.7.2023: 2.660 Euro).¹⁰

Aktuelle Berechnungen des DEVAP zeigen, dass aufgrund von steigenden Sach- und Personalkosten auch weiterhin mit deutlichen Mehrbelastungen der Betroffenen zu rechnen ist. Beispielrechnungen für Nordrhein-Westfalen prognostizieren zeitnah einen weiteren **Anstieg um 16 %**. Dies kann Eigenanteile von bis zu 3.500 € zur Folge haben. Mit vergleichbaren prozentualen Kostensteigerungen wird auch in allen anderen Bundesländern zu rechnen sein, auch wenn die absolute Höhe niedriger ist.

❖ **DER DEVAP FORDERT DAHER NACH DEM GRUNDSATZ „FOKUS AUF FÜNF“ EIN SOFORTPROGRAMM, UM DIE SITUATION FÜR DIE BETROFFENEN ZEITNAH ZU VERBESSERN:**

❖ **1. EIGENANTEILE DECKELN**

Die bisherige Deckelung des Eigenanteils für den pflegebedingten Aufwand in § 43c SGB XI reicht nicht aus, um die Heimkosten für die Betroffenen wirksam zu reduzieren. Wissenschaftliche Gutachten zeigen, dass die Kostendeckelungen nur vorübergehend wirken und die Eigenanteile voraussichtlich bereits zum Ende des Jahres 2024 wieder das vorherige Niveau erreicht haben werden. Die im **PUEG (Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz)** vorgesehenen Maßnahmen sind völlig ungeeignet und mit Blick auf die aktuelle Inflation darüber hinaus auch unzureichend. Mindestens bedarf es analog zu den bereits beschlossenen Deckeln für Strom

¹⁰ <https://www.vdek.com/presse/pressemitteilungen/2024/finanzielle-eigenbeteiligung-in-pflegeheimen-steigt-weiter.html>
[Stand 10.07.2024]

und Gas auch einer verlässlichen, absoluten **Deckelung der Eigenbeteiligung** in der Pflege, um weiteren Kostensteigerungen wirksam zu begegnen. Aus Sicht des DEVAP bietet der Sockel-Spitze-Tausch nach wie vor die beste Chance für eine generationengerechte Ausgestaltung der finanziellen Eigenbeteiligung in der Pflege.

2. BEHANDLUNGSPFLEGE SYSTEMKONFORM AUSGESTALTEN

Pflegebedürftige in der stationären Pflege dürfen nicht länger zusätzlich durch die Übernahme von Kosten für die **Behandlungspflege** belastet werden. Der Koalitionsvertrag der Ampel-Regierung sieht vor, die Behandlungspflege-Kosten in der stationären Versorgung in die gesetzliche **Krankenversicherung** zu übertragen. Der Gesetzesentwurf zum PUEG hingegen enthält hierzu keine weiteren Schritte. Allerdings bildet die Umsetzung für die Betroffenen einen weiteren Baustein zur Entlastung und ist auch aus Gerechtigkeitsgründen längst überfällig.

3. AUSBILDUNGSKOSTEN AUS STEUERMITTELN FINANZIEREN

Die Finanzierung der Pflegeausbildung ist eine **gesamtgemeinschaftliche Aufgabe** und sollte nicht weiter zu Lasten der Pflegebedürftigen erfolgen. Der Koalitionsvertrag der Ampel-Regierung sieht vor, die Ausbildungskostenumlage aus den Eigenanteilen herauszunehmen. Dieses wichtige Vorhaben ist ebenfalls kein Bestandteil des PUEG gewesen, stellt jedoch auch einen wichtigen Baustein zur Entlastung der Betroffenen dar.

4. INVESTITIONSKOSTEN IN DEN LÄNDERN VEREINHEITLICHEN

Die Vereinheitlichung der Investitionskosten-Finanzierung in der **ambulanten und stationären Pflege** durch die Bundesländer wäre ein weiteres wichtiges Signal für die Entlastung der Pflegebedürftigen und überdies ein wichtiger Schritt zur Umsetzung gleicher Lebensverhältnisse in Deutschland. Hierzu bedarf es aber den Willen, dies auch politisch umzusetzen. Benötigt werden zwischen den Bundesländern **harmonisierte Grundlagen und angeglichebene Bewertungsinstrumente** für die Berechnung von Investitionskosten.

5. PFLEGE GENERATIONENGERECHT FINANZIEREN

Sagen wir es ehrlich: **Es ist genug Geld für die Pflege da!** Neben notwendigen Beitragserhöhungen in der Pflegeversicherung können Steuerzuschüsse, eine sinnvolle Neuordnung von sozialer und privater Pflegeversicherung sowie eine angemessene Besteuerung von Kapitalerträgen dazu beitragen, nicht nur finanzielle Löcher zu stopfen, sondern vor allem eine menschenwürdige Pflege zu ermöglichen. Auch für künftige Generationen müssen attraktive Instrumente geschaffen werden, um für das eigene Risiko eines Pflegefalls vorzusorgen.

Ziel aller Sofortmaßnahmen muss es sein, die existenzielle Gefährdung durch einen Pflegefall wieder auf ein für den Einzelnen kalkulierbares Lebensrisiko zurückzuführen. Dies wird langfristig nur durch eine umfassende Finanz- und Strukturreform gelingen, die auch die Arbeitsbedingungen berücksichtigt und geeignet ist, die Versorgungssicherheit in der Pflege wiederherzustellen. Kurzfristig führt kein Weg an den dargestellten Sofortmaßnahmen vorbei. ●





White handwritten scribbles on the left side of the page.





CHRISTOPH DÜRDOETH

Geschäftsführender DEVAP-Vorstand und
Vorstand Personal Johannesstift Diakonie

.....



Sektorengrenzen abbauen

Wie sehen die Pflegestrukturen der Zukunft aus, um den Bedarf der Pflegebedürftigen widerzuspiegeln?



CHRISTOPH DÜRDOTH

„Menschen wollen so lange wie möglich in ihrem gewohnten Umfeld leben und dort auch pflegerisch versorgt werden. Damit nicht die Leistungen der Pflegeversicherung die Entscheidung bedingen, wo und von wem die pflegebedürftige Person versorgt wird, muss die Ungleichheit zwischen Ambulant, Teilstationär und Stationär aufgehoben werden. Es ist von entscheidender Bedeutung, die Strukturen aufzubrechen und durch flexible, integrierte und modulare Strukturmodelle die Versorgung nachhaltig zu sichern.

In den Ländern wird mit viel Mühe nach Insellösungen für die Refinanzierung von bspw. Wohngemeinschaften gerungen. Das reicht aber nicht: Wohn- und Versorgungsformen müssen differenzierter und innovativer werden. Hierfür müssen die **rechtlichen Hürden** abgebaut werden, um jedem Menschen diejenige Pflege zu ermöglichen, die für sie/ihn passend ist und in einer solidarischen Zivilgesellschaft getragen werden kann.

Ziel muss es sein, die sektorale Trennung zwischen Ambulant und Stationär aufzuheben und durch die Einteilung in Pflege und Wohnen zu ersetzen. Auf diese Weise können innovative und bedarfsgerechte Wohnformen entstehen. Ebenso können Angehörige und Zivilgesellschaft stärker an der Pflege in allen Wohnsettings beteiligt werden. Zudem muss mit der Überwindung der Sektorengrenzen das Thema Prävention eine bedeutende Rolle spielen. Frühzeitige Interventionen und präventive Maßnahmen können dazu beitragen, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu verzögern.“ ●

SEKTORENGRENZEN ABBAUEN – NEUORGANISATION DES LEISTUNGS- GESCHEHENS ENTLANG DER GRENZLINIE WOHNEN/PFLEGEN

Mit dem ambulanten und dem stationären Pflegebereich haben sich über die Jahre hinweg in der Versorgung starre Sektoren gebildet, die nach grundsätzlich verschiedenen Regeln funktionieren. Diese gegenwärtigen Pflegestrukturen sind jedoch nicht zukunftsfähig. Die starre Trennung dieser Versorgungsbereiche birgt Einschränkungen und Hindernisse für einen ganzheitlichen Blick auf den Menschen und die Pflege, die den individuellen Bedarfen und Bedürfnissen der Pflegebedürftigen nicht gerecht wird. Menschen wollen so lang wie möglich in ihrem gewohnten Wohnumfeld leben und dort auch pflegerisch versorgt werden. Damit nicht die Leistungseinteilung der Pflegeversicherung die Entscheidung bedingt, wo und von wem die betroffene Person versorgt wird, müssen diese Strukturen durch **flexible, integrierte und modulare Strukturmodelle** ersetzt werden, um damit die Versorgung nachhaltig zu sichern.

Wohn- und Versorgungsformen müssen entsprechend differenzierter und innovativer ausgestaltet werden. Hierfür müssen die rechtlichen Hürden so gering wie möglich sein, um jedem Menschen das für ihn passende Pflegeangebot zu ermöglichen.

Wohnformen „zwischen“ den Sektorengrenzen sind in der Regel nicht auskömmlich

refinanziert. Oft werden Modelle erprobt, die es aber nicht in die Regelfinanzierung schaffen. In den Ländern wird mit viel Mühe nach **Insellösungen** für die Refinanzierung von bspw. Wohngemeinschaften gerungen. Bisher ist es nicht gelungen, ein dauerhaft funktionierendes Modell zu implementieren. Im Gegenteil: Wohngemeinschaften werden geschlossen, alternative Wohnformen nicht mehr eröffnet.

Die sektorale Trennung zwischen Ambulant und Stationär sollte durch die Einteilung in **Pflege und Wohnen** ersetzt werden. So können innovative und bedarfsgerechte Wohnformen entstehen und Angehörige und Zivilgesellschaft stärker an der Pflege und der Unterstützung in allen Wohnsettings beteiligt werden. Dazu bedarf es auch einer Bewusstseinsbildung in der Gesellschaft, in der der Blick auf eine solidarische Gemeinschaft gestärkt wird.



Die Überwindung der Sektoren erfordert eine integrierte und koordinierte Herangehensweise, die sicherstellt, dass die Bedarfe der pflegebedürftigen **Menschen im Mittelpunkt** stehen und dass die Pflege nahtlos zwischen verschiedenen Settings bereitgestellt werden kann.

Mit der Überwindung der Sektorengrenzen in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung muss das Thema **Prävention** zudem eine bedeutende Rolle spielen. Ziel ist es dabei, Informationen zu potenziellen Risiken für Krankheit und/oder Pflegebedürftigkeit zu verbreiten, sodass diese auch erkannt werden. Frühzeitige Interventionen und präventive Maßnahmen können dazu beitragen, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu verzögern. Verschiedene Angebotsstrukturen mit präventivem Ansatz können zur Aufrechterhaltung der Selbständigkeit und zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beitragen.

❖ **SCHRITTE ZUR AUFLÖSUNG DER SEKTORENGRENZEN**

❖ **1. INTEGRIERTE VERSORGUNGSMODELLE**

Wir benötigen eine Förderung integrierter Pflegeangebote, bei denen ambulante, teilstationäre und stationäre Leistungen nahtlos ineinandergreifen. Dies könnte durch die Einführung von integrierten **Pflege- und Gesundheits- bzw. Versorgungszentren** oder -netzwerken erfolgen, die Pflegeleistungen und soziale Dienste unter einem Dach anbieten. Die behandlungspflegerischen Aspekte sind dabei mit einzubinden.

Begleitet werden diese von Case-Management-Programmen, die sicherstellen, dass die Patient:innen eine koordinierte Pflege erhalten, die auf ihre Bedarfe und ihre individuellen Bedürfnisse zugeschnitten ist.

❖ **2. BEDARFSORIENTIERTE PFLEGEPLANUNG / GEMEINSAME STANDARDS UND RICHTLINIEN**

Um sich auf regionale Bedarfe vorzubereiten, müssen bedarfsorientierte Pflegepläne implementiert werden. Dies könnte bedeuten, dass Pflegeleistungen flexibler an verschiedene Settings (ambulant, teilstationär, stationär) angepasst werden können. Die Entwicklung und Implementierung gemeinsamer Standards und Richtlinien für die Pflege über verschiedene Sektoren hinweg kann dazu beitragen, die Qualität und Kontinuität der Pflege zu verbessern. Dies kann die Entwicklung einheitlicher Pflegeprotokolle, die Standardisierung von Dokumentation und Berichterstattung sowie die Festlegung **gemeinsamer Qualitätsindikatoren** umfassen. Regelungen hierzu müssen im Sinne gleichwertiger Lebensverhältnisse auf Bundesebene beschlossen werden.

❖ **3. DEZENTRALISIERUNG DER PFLEGEINFRASTRUKTUR**

Dezentrale Pflegeeinrichtungen und -dienste sollten gefördert werden, um die Versorgung näher an die Menschen zu bringen. Entsprechende Versorgungsangebote in Wohnvierteln könnten zudem eine bessere Anpassung an die **lokalen Bedarfssituationen** ermöglichen.

❖ 4. EINBINDUNG VON TECHNOLOGIE

Technologien wie Telemedizin, Telepflege und intelligente Assistenzsysteme sind zu integrieren. Sie können die Pflege effizienter gestalten, die Abhängigkeit von physischen Standorten verringern und die Koordination und Kommunikation zwischen den verschiedenen Pflege-settings verbessern.

❖ 5. FLEXIBLE FINANZIERUNGSMODELLE

Flexible und bedarfsorientierte Finanzierungsmodelle sind zu entwickeln. Möglicherweise könnte eine Pauschalisierung der Finanzmittel für Pflegeleistungen, die sich nach den individuellen Bedarfen und Bedürfnissen des/der Pflegebedürftigen richtet, effektiver sein als starre sektorale Budgets. Die mit der **modularen Finanzierung** erreichte Flexibilität ist damit ein wesentlicher Bestandteil der neu strukturierten Pflegeversicherung.

Durch eine gemeinsame Finanzierung und Budgetierung für medizinische und pflegerische Leistungen können Ressourcen flexibel eingesetzt werden. Die Bedürfnisse der pflegebedürftigen Menschen werden berücksichtigt und unnötige Barrieren abgebaut.

- **Eine sektorenfreie Definition und Budgetierung von Leistungsmodulen**

Das Leistungsbudget wird in kommunaler Verantwortung nach den Präferenzen des/der Pflegebedürftigen in ein individuelles Pflegearrangement von professionellen und zivilgesellschaftlichen Leistungserbringern umgewandelt

(Care- und Case-Management). Dabei bestehen die **Aufgaben des Case-Managements** in der Erstellung eines Leistungsplans zur Steuerung, in der Verteilung des Budgets und in der Beratung über lokale professionelle Anbieter, in der Koordination der Leistungserbringer sowie in der vertraglichen Ausgestaltung der Erbringung konkreter Leistungsinhalte zwischen Pflegekassen und zivilgesellschaftlicher Pflegeperson.

- **Die Ermöglichung der Übernahme von bestimmten Modulen/Leistungen durch Zu- und Angehörige bzw. die Zivilgesellschaft**

Die Aufgabe der professionellen Anbieter wird sich mit der Einbindung von Zu- und Angehörigen bzw. der Zivilgesellschaft massiv verändern. Neben der Leistungserbringung werden sie das Case-Management unterhalb der kommunalen Ebene übernehmen. Außerdem müssen sie das Bindeglied zwischen dem Medizinischen Dienst (MDK) und den Pflegebedürftigen sein. Sie passen den **Pflegeplan** regelmäßig an bzw. stoßen eine Neubegutachtung an und stellen sicher, dass die zivilgesellschaftliche Leistungserbringung in einer hinreichenden Qualität erbracht wird.

Ausgenommen von der Übernahme durch Angehörige oder die Zivilgesellschaft sind insbesondere diejenigen Leistungen, die dem **Modul „Steuerung der Pflege“** zugeordnet sind. Hier sind Leistungen subsumiert, die zur Leistungszumessung erforderlich sind, wie das verpflichtende Care- und Case-Management. Diesem Modul sind bei zivilgesellschaftlicher Übernahme zusätzlich die Leistungen zur Pflegeprozesssteuerung und zur Qualitätssicherung

bei zivilgesellschaftlicher Übernahme zugewiesen; sie können nicht extern vergeben werden.

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

6. FÖRDERUNG VON GEMEINSCHAFTS- UND FAMILIENPFLEGE

Gemeinschafts- und Familienpflege muss gefördert werden, um die Eigenverantwortung und das soziale Umfeld der Pflegebedürftigen zu stärken. Dies könnte durch Schulungsprogramme, finanzielle Anreize oder flexible Arbeitsmodelle für pflegende Angehörige erfolgen.

Politisch wäre eine solche Umstrukturierung durch eine aktive Beteiligung aller relevanten Akteure möglich, also Politik, Verbände, Pflegeeinrichtungen, Krankenkassen und Vertreter:innen der Pflegebedürftigen bzw. der Angehörigen. Ein **breiter Konsens und eine transparente Kommunikation** sind entscheidend, um etwaige Bedenken und Widerstände zu überwinden.

Die Finanzierung hat durch eine Neugestaltung der Pflegeversicherung zu erfolgen, die stärker auf die individuellen Bedarfe und Bedürfnisse der pflegebedürftigen Menschen eingeht. Dies könnte auch eine stärkere Einbindung von privaten Versicherungsmodellen beinhalten, von staatlichen Zuschüssen und möglicherweise von steuerfinanzierten Mitteln.

Eine erfolgreiche Umorganisation der Pflegestrukturen erfordert einen **langfristigen und multidimensionalen Ansatz**, der die Bedarfe und Bedürfnisse der Pflegebedürftigen, die Anforderungen des Pflegepersonals und die finanziellen Realitäten gleichermaßen berücksichtigt.

PRÄVENTION

Insbesondere die Prävention wird als wesentlicher Teil der zukünftigen Pflegeinfrastruktur benötigt. Dazu gehören Gesundheitschecks, Beratung zu gesunder Lebensführung und die Vermittlung von Unterstützungsangeboten. Gezielte Aktivitäten, therapeutische Maßnahmen und soziale Interaktionen können dazu beitragen, den physischen wie auch den psychischen Zustand der noch nicht Pflegebedürftigen stabil zu halten oder sogar zu verbessern.

Viele Menschen leben im Alter allein und leiden unter **Einsamkeit**. Programme zur Förderung der generationsübergreifenden Solidarität und Stärkung der Gemeinschaft (lebendige Nachbarschaft), der Gesundheit und Lebensqualität sind dafür vorzuhalten. Darunter sind zum Beispiel Bewegungsangebote, kulturelle Aktivitäten, Ernährungsmanagement und seelische Betreuung zu verstehen.

Durch **lokale Initiativen** können präventive Maßnahmen auf die Bedarfe der Gemeinschaft zugeschnitten werden. Wichtige Bestandteile sind dabei Aufklärungskampagnen, Seniorentreffpunkte, präventive Hausbesuche und Netzwerke für nachbarschaftliche Hilfe.

Auch **digitale Lösungen** können dazu beitragen, frühzeitig auf Veränderungen des Gesundheitszustands zu reagieren, indem sie kontinuierlich Daten sammeln und Analysen ermöglichen. Um die Investition in digitale Lösungen zu forcieren, bedarf es einer umfassenden Finanzierung, die nicht den pflegebedürftigen Menschen aufgeladen werden darf. Es handelt sich um Versorgungssicherheit der Gesellschaft: Daher ist dies eine hoheitliche, staatliche Aufgabe. ●







JOCHEN SPRINGBORN

Pflegender Angehöriger und
Mitglied im Verein Wir Pflegen!
Interessenvertretung
pflegender Angehöriger



Stärkung pflegender
Angehöriger und der
Zivilgesellschaft

Wie kann gesellschaftliche Unterstützung für gute Pflege entfacht werden?



JOCHEN SPRINGBORN

„Im Gegensatz zur öffentlichen Wahrnehmung und zur Schwerpunktsetzung der Politik erfolgt die Langzeitpflege hauptsächlich zu Hause und durch pflegende Angehörige. Zudem beginnt wirkliche Langzeitpflege bereits im Kindes- oder im jüngeren Erwachsenenalter und nicht erst im fortgeschrittenen Alter mit dem Einzug in ein Pflegeheim. Denn Pflege ist keine Frage des Alters, sondern der **Würde des Menschen**. Irgendwann ist jede:r davon betroffen, entweder selbst oder als Angehörige:r. Wir Angehörigen sind damit die tragende Säule der Pflegeversorgung in unserem Land. Ohne uns würde die Pflege nicht funktionieren. Darauf können wir stolz sein! Wir brauchen aber endlich eine **öffentliche Anerkennungskultur** und Respekt für unsere Leistung, denn gute Pflege muss gepflegt werden. Nur wenn es uns Angehörigen gut geht, können wir gut für unseren Nächsten sorgen.

Wir Angehörige brauchen dringend Entlastung. Wir sind immer im Dienst, 24 Stunden am Tag, 7 Tage die Woche, 365 Tage im Jahr. Wir funktionieren immer und streiken nicht. Die psychische Belastung durch diese Dauerbereitschaft und das Nicht-ausfallen-Dürfen sind dabei die größten Herausforderungen.

Wir haben in Deutschland kein Erkenntnisproblem, was in der Langzeitpflege nötig ist, sondern wir haben einen **Pflegeunterstützungs- und Entlastungsnotstand**. Um das zu ändern, fehlt aus unserer Sicht der Handlungswille der politisch Verantwortlichen.“ ●

Im Gegensatz zur öffentlichen Wahrnehmung und zur Schwerpunktsetzung der Bundespolitik erfolgt ein Großteil der Langzeitpflege zu Hause und durch pflegende Angehörige. Nur 15 % der 5,3 Millionen Pflegebedürftigen werden stationär versorgt. Mehr als **4,5 Millionen Menschen** werden von Angehörigen zu Hause gepflegt, wobei nur 20 % davon Unterstützung durch einen ambulanten Pflegedienst in Anspruch nehmen können, da diese nicht mehr Kapazitäten haben.

Die informelle Pflege zu stärken, ist eine wesentliche Lösung für das Problem des Personal mangels in der professionellen Pflege – es gibt keine Alternative hierzu.

❖ **MAßNAHMEN**

Verschiedene Maßnahmen sind zu ergreifen, um die Position von pflegenden Angehörigen und der Zivilgesellschaft kurz- (Punkte 1 bis 4 a) und langfristig (Punkte 4b bis 7) zu stärken:

❖ **1. DECKELUNG DER EIGENANTEILE IN DER HÄUSLICHEN PFLEGE**

Eine kurzfristige Deckelung der Eigenanteile in der häuslichen Pflege bei Einsatz eines Pflegedienstes. Für die stationäre Pflege wurden Leistungszuschläge eingeführt – für die häusliche Pflege ist dies bisher nicht vorgesehen. Diese **Ungleichbehandlung** muss dringend beseitigt werden. Es muss auch für die häusliche Pflege Leistungszuschläge geben.

❖ **2. FLEXIBLE ENTLASTUNGSBUDGETS**

Einführung eines umfassenden und auskömmlichen flexiblen Entlastungsbudgets, in dem alle zusätzlichen Leistungen enthalten sind. Dazu gehören nicht nur die Budgets für Kurzzeit- und Verhinderungspflege, sondern auch die für den Entlastungsbetrag, die Verbrauchsmittelpauschale und die Tagespflege. Das flexible Entlastungsbudget sollte nach **persönlichem Bedarf und örtlichen Möglichkeiten** flexibel eingesetzt werden können.

❖ **3. VEREINBARKEIT VON PFLEGE UND BERUF**

Die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf muss nicht nur möglich, sondern Standard werden. Hierfür sind das flexible Entlastungsbudget und der **Ausbau der Entlastungsinfrastruktur** wesentliche Voraussetzungen, so wie die soziale Absicherung, wenn nur noch eine Beschäftigung in Teilzeit möglich ist. Ziel muss sein, dass die Angehörigen möglichst lange in ihrer originären Arbeit bleiben können, denn pflegende Angehörige sind wertvolle Mitarbeitende, da sie gut organisiert, strukturiert, stresserprobt und belastbar sind.

Zum **Erwerbsstatus von Pflegenden Angehörigen** gibt es nur wenige valide Daten. Festgestellt werden kann aber, dass etwa ein Drittel der Pflegenden im Ruhestand ist, bei den Hauptpflegepersonen mit einer Pflegezeit von mindestens zehn Stunden pro Woche sind es sogar knapp 40%.¹¹ Hier besteht ein dringender Evaluationsbedarf.

11 Büscher, A., Peters, L., Stelzig, S. & Lübben, A. (2022): Zu Hause pflegen – zwischen Wunsch und Wirklichkeit. Die VdK-Pflegestudie. Dritter Zwischenbericht. https://www.vdk-naechstenpflege.de/wp-content/uploads/2022/05/VdK-Pflegestudie_Hochschule_Osnabrueck_9-5-2022.pdf



❖ 4. FINANZIELLE UND SOZIALE ABSICHERUNG

Pflegende Angehörige, die nur in Teilzeit oder gar nicht arbeiten können, brauchen eine **finanzielle und soziale Absicherung** über die gesamte Pflegezeit als Lastenausgleich, damit die Pflege eines Angehörigen nicht automatisch in die eigene Armut führt:

- a. Dafür ist in einem ersten Schritt umgehend und für die gesamte Dauer der Pflegezeit die Einführung einer **Lohnersatzleistung** für pflegende Angehörige nach dem Vorbild von Elternzeit und Elterngeld notwendig, wie vom unabhängigen Beirat zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf gefordert.
- b. In weiteren Schritten müssen Konzepte für die Einführung eines **Care-Gehalts** diskutiert werden, beispielsweise das Pflegegeld 2.0 (für die Pflegenden). An- und Zugehörige können dabei Leistungsmodul ganz oder teilweise verbindlich übernehmen. Für

die Übernahme werden beispielsweise 40 % des Leistungsbetrags bei Leistungserbringung durch einen professionellen Pflegedienst als steuer- und beitragsfreies Pflegegeld an die Pflegeperson ausgezahlt. Zivilgesellschaftliche Personen erhalten eine Grundqualifikation, die Leistungserbringung wird qualitätsgesichert.

- c. Perspektivisch sollten die bisherigen informell Pflegenden in ein **Festanstellungsverhältnis** wechseln können. Das sozialversicherungspflichtige Festanstellungsverhältnis sollte die pflegenden Angehörigen, andere private Pflegepersonen sowie die sogenannten **Live-Ins** umfassen. Die pflegenden Angehörigen werden dadurch deutlich bessergestellt, da sie eine der Arbeitsleistung entsprechende Rentenvorsorge treffen können und nicht durch die Pflege von Angehörigen später von Altersarmut betroffen sind. Sie erhalten eine wirkungsvolle Form der sozialen Absicherung.

Als Konsequenz wäre dann ein professionelles Case-Management verpflichtend, das die Arbeitgeber (z. B. die Kommunen) organisieren und vorhalten.

➤ 5. AUSBAU DER UNTERSTÜTZUNGS-INFRASTRUKTUR

Es ist zudem ein erheblicher Ausbau der Unterstützungsinfrastruktur erforderlich, vor allem an Kurzzeit-, Nacht- und Tagespflegeplätzen. Diese muss sich am tatsächlichen Bedarf vor Ort orientieren und auch bezahlbar sein. Das gilt insbesondere für pflegebedürftige Kinder, jüngere Pflegebedürftige mit körperlichen Einschränkungen und Menschen mit den Pflegegraden 4 und 5, die in der Häuslichkeit versorgt werden. Hier sind vor allem die **Kommunen** in der Pflicht, die Bedarfe und Angebote passgenau zu koordinieren.

➤ 6. PROAKTIVE AUFSUCHENDE BERATUNG

Eine proaktive aufsuchende Beratung muss etabliert werden. Dafür sollte die Pflichtberatung nach **§ 37 Abs. 3 SGB XI** zu einem umfassenden Beratungsbesuch ausgebaut werden, wie es in Modellprojekten schon erfolgt ist. Entsprechend ist die Arbeit der Pflegestützpunkte weiter auszubauen. Alternativ werden die Träger vor Ort hierzu berechtigt.

➤ 7. SOLIDARGEMEINSCHAFT

Das individuelle Risiko, pflegender Angehöriger zu werden, muss über die Solidargemeinschaft abgesichert werden können. Denn die Gesellschaft verpflichtet zur Pflege der Angehörigen, bietet jedoch keine Versicherung für dieses Risiko, obwohl dies eine sozialversicherungspflichtige Tätigkeit sein sollte. Dies wäre auch ein wichtiges **Zeichen der Wertschätzung** für diese Arbeit.

Im Rahmen der geforderten Aufhebung der Sektorengrenzen wird die stationäre pauschale Vollversorgung ersetzt durch das Wohnen mit zugewählten Pflege- und Betreuungsleistungen (Zuwahllogik). Damit wird es auch im stationären Setting, im betreuten Wohnen und anderen innovativen Wohnformen möglich, bestimmte Module verbindlich durch Angehörige erbringen zu lassen.

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

Grundsätzlich gilt es, die besonderen Leistungen pflegender Angehöriger anzuerkennen und gesamtgesellschaftlich zu würdigen, denn Pflegebedürftige brauchen ebenso wie ihre Angehörigen eine **echte Teilhabe am täglichen Leben**. Die genannten Maßnahmen sind wichtige Schritte, um dies künftig zu gewährleisten. ●





SEBASTIAN KÖBBERT

Geschäftsführer Die Zieglerschen und
Vorstandsvorsitzender Württembergischer
Evangelischer Fachverband für Altenhilfe
(WEFA)



Bedarfsgerechte Anpassung der **Investitionskosten**

6

Wie können die Träger bei notwendigen Investitionen unterstützt werden?

SEBASTIAN KÖBBERT

„Die Finanzierung der Investitionskosten für ambulante Dienste und stationäre Pflegeeinrichtungen sicherzustellen ist nach unserem Verständnis aus Sicht eines Trägers eine wesentliche Aufgabe der Länder. Dies muss u. a. durch Steuermittel erfolgen. Der Verantwortung haben sich die Länder jedoch bereits vor einigen Jahre weitgehend entzogen. Pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen tragen die Kosten für die notwendigen und gesetzlich erforderlichen Instandhaltungen fast vollständig allein. Sie bezahlen diese Summen – zum Beispiel für den Erhalt der Gebäude – zusätzlich zu den Ausgaben für Pflege, Betreuung, Unterkunft und Verpflegung. Die Kosten für eine qualitativ angemessene und professionelle stationäre Pflege sind Teilhabekosten im Sinne der sogenannten **Daseinsvorsorge**.

Um stationäre Pflege nachhaltig bezahlbar zu gestalten, um Pflegebedürftige zu entlasten und um Trägern die Möglichkeit zu geben, dem prospektiv steigenden Bedarf infrastrukturell adäquat zu entsprechen, müssen Investitionskosten **vom Bund und von den Ländern** wieder spürbar teilweise bzw. vollständig übernommen werden.“ ●

Pflege darf nirgendwo in Deutschland ein Armutsrisiko darstellen. Deshalb fordert der DEVAP, gleichwertige Lebensverhältnisse für hilfs- und pflegebedürftige Menschen zu schaffen. Ein wesentlicher Beitrag dazu ist die bedarfsgerechte Anpassung der Übernahme von Investitionskosten.

Hier bedarf es klarer, einfacher und bundeseinheitlicher Refinanzierungsregeln. Bau und Unterhalt der Infrastruktur müssen wirtschaftlich sichergestellt werden.

❖ **DIESE KERNFORDERUNG WIRD NACH AUFFASSUNG DES DEVAP MIT FOLGENDEN KONKRETEN UMSETZUNGSSCHRITTEN ERFÜLLT**

❖ **1. DIE INFRASTRUKTUR IN DER VOLLSTATIONÄREN PFLEGE REFINANZIEREN**

Das können die Bundesländer entweder durch Förderung der Gebäude (**Objektförderung**) oder durch Förderung der Bewohner:innen (**Subjektförderung**) gewährleisten. Zudem bedarf es einer Vereinheitlichung im Rahmen der Bundesgesetzgebung, die durch Fördermittel des Bundes unterstützt wird.

❖ **2. DIE PREISUNTERSCHIEDE IN DEN BUNDESLÄNDERN MÜSSEN ABGEBAUT WERDEN**

Die Abschreibungsfristen und die Angemessenheitsgrenzen beispielsweise pro Pflegeplatz sind dringend zu vereinheitlichen,



ebenso wie die Refinanzierung des Eigenkapitaleinsatzes und die Mindestgrößen von Zimmern und Gemeinschaftsflächen. Dazu gehört auch, baukonjunkturelle Bedingungen zu berücksichtigen und die Baukostenrichtwerte entsprechend flächendeckend zu harmonisieren. Nur so können die inakzeptablen Preisunterschiede beseitigt werden.

❖ **3. (BAU)TECHNISCHE ERFORDERNISSE BERÜCKSICHTIGEN**

Maßstab für die technische Grundausstattung in der stationären Pflege müssen moderne Wohngebäude sein. Bei Bestandsgebäuden bzw. vorhandener Bausubstanz sollten ebenfalls neue Standards umgesetzt werden.

4. UMWELTSCHONENDE UND ENERGIESPARENDE BAUWEISE

Sie wäre ein Beitrag zur Bewältigung des Klimawandels.

Bei energetischen Sanierungsmaßnahmen besteht das Dilemma, dass diese zwar politisch gewollt, jedoch nicht oder nur restriktiv von den zuständigen Behörden genehmigt werden. Hierbei handelt es sich nach der IDW-Stellungnahme (IDW ERS IFA 1 n.F.)¹² um Abgrenzung, Erhaltungsaufwand und Herstellungskosten, wenn der Endenergieverbrauch oder -bedarf um mindestens 30 % gegenüber dem ursprünglichen Zustand gesenkt wird: Dann kann von einer wesentlichen Verbesserung der Gebäudequalität im Sinn von § 255 Abs. 2 HGB ausgegangen werden. Soweit Maßnahmen zur energetischen Sanierung von den zuständigen Behörden genehmigt werden, werden **Investitionskostenzuschüsse aus Förderprogrammen** angerechnet.

In den einzelnen Bundesländern begrenzt üblicherweise ein Baukostenrichtwert die **maximal** von den Kostenträgern anerkennungs-fähigen Kosten pro Pflegeplatz. Allerdings berücksichtigen diese Kostenrichtwerte bei Neubauprojekten oder Modernisierungsmaßnahmen üblicherweise höhere Energieeffizienzstandards nicht oder nur unzureichend.

5. FACHLICH GEBOTENE AUFLAGEN

Bei behördlichen Auflagen (Brandschutz etc.) muss ebenfalls eine Refinanzierung gewährleistet sein. In der **Grundausstattung moderner Wohngebäude** sind die bestehenden Anforderungen zwar heute schon schwer zu refinanzieren. Daran angelehnt ist aber auch eine Umsetzung neuer Standards in Bestandsgebäuden notwendig.

6. BEDINGUNGEN AN DAS WOHNUMFELD VOLLSTATIONÄR VERSORGTEN PFLEGEBEDÜRFTIGER HARMONISIEREN

Deutschlandweit müssen einheitliche Anforderungen gelten, beispielsweise im Hinblick auf die Einzelzimmerquote, den Umgang mit Doppelzimmern, Zimmergrößen und Gemeinschaftsflächen.

7. TATSÄCHLICHE AUSLASTUNG

Aktuelle Erhebungen zeigen, dass die tatsächliche Auslastung nicht zuletzt aufgrund des bestehenden Personalmangels bei einer Vielzahl der Pflegeeinrichtungen inzwischen unterhalb von 90 % liegt. Da der Kalkulation der Investitionskostensätze regelmäßig eine höhere Auslastung zugrunde liegt, wäre ein Ansatz bei der **Auslastung** stationärer Pflegeeinrichtungen sachgerecht, der die tatsächliche Situation berücksichtigt.

8. REFINANZIERUNG DER REALEN KOSTENSTEIGERUNGEN

Wirtschaftliche Schief lagen und Insolvenzen im Bereich von Pflegeeinrichtungen häufen sich. Dies ist auch auf eine fehlende zeitnahe bzw. unzureichende Refinanzierung der realen Kostensteigerungen sowie auf Verzögerungen bei den Verfahren zur Erteilung von Investitionskostenbescheiden zurückzuführen. **Liquiditätseingpässe** bei Pflegeeinrichtungen sind durch ein strukturiertes Verfahren zu vermeiden, das eine zeitnahe Refinanzierung durch die Pflegekassen und Sozialhilfeträger gewährleistet.

¹² <https://www.idw.de/idw/idw-aktuell/idw-ers-ifa-1-n-f-zur-abgrenzung-von-erhaltungsaufwand-und-herstellungskosten-bei-gebaeuden.html> [Stand 13.08.2024]

❖ 9. VEREINHEITLICHUNG VON REFINANZIERUNGSREGELN IN DER AMBULANTEN PFLEGE

Der Flickenteppich an unterschiedlichen Finanzierungsformen und zuständigen Kostenträgern muss im Bereich des SGB XI eine Harmonisierung erfahren. Für den SGB V-Bereich ist dies über die Krankenkassen geregelt.

❖ 10. DIE REFINANZIERUNG DER INVESTITIONSKOSTEN IN DER AMBULANTEN PFLEGE MUSS EINEN RELEVANTEN BEZUG ZU DEN KOSTEN FÜR DAS BENÖTIGTE ANLAGEVERMÖGEN HABEN

Die bisherigen Kriterien zur Ermittlung von Refinanzierungsbudgets für notwendige Anlagegüter (wie Fahrzeuge und Büroräume) setzen bei Umsatzerlösen und ähnlichen Werten an. Dies führt jedoch nicht zu einer Deckung der Kosten. Die Basiskriterien für die **Ermittlung der Refinanzierung** müssen die Anlagegüter selbst sein. Grundsätzlich gilt: Um die Pflegebedürftigen zu entlasten, müssen die Investitionskosten in der ambulanten Pflege von den Kommunen in allen Bundesländern verpflichtend übernommen werden.

❖ 11. LÖSUNGSANSATZ FÖRDERMITTEL VS. INVESTITION AUS „ÜBERSCHÜSSEN“ (NUTZUNG VON EINSPAREFFEKTEN)

Finanzmittel für die notwendigen Investitionen stehen kaum noch zur Verfügung. Überschüsse aus Investitionskosten sind nicht mehr zu realisieren, steigende Zinsen belasten die

Aufnahme von Fremdkapital. Für die Umsetzung von Neubauprojekten und Modernisierungsmaßnahmen sind daher **Fördermittelprojekte** notwendig, um die bereits eingetretene Stagnation zu überwinden.

Weiter zu verfolgen ist der Ansatz, dass Mittel aus Einspareffekten, die sich aus nicht besetzten Stellen in der Pflege (temporär) ergeben, zweckgebunden in **Digitalisierung und Robotik** investiert werden können – wenn die Pflegequalität hierunter nicht leidet. Dieser Gedanke ließe sich auch übertragen auf Investitionen in die energetischen Transformationen, sodass **Einspareffekte** bei den Energiekosten temporär zur Realisierung von notwendigen Investitionen genutzt werden können.

❖ 12. BÜROKRATIEAUFWAND REDUZIEREN

Bei allen notwendigen Veränderungen ist darauf zu achten, den bürokratischen Aufwand weitgehend zu reduzieren.

❖ 13. DIGITALISIERUNG FÖRDERN

Da auch zukünftig von einem fortbestehenden Personalmangel auszugehen ist, müssen digitale Technologien zwingend besser genutzt werden. Bürokratische und papierbasierte Dokumentations- und Abrechnungsverfahren sind ineffizient und binden hohe personelle Ressourcen. Das (manuelle) Datenmanagement erweist sich als zentraler Zeitfresser. Möglichkeiten der Systemintegration können häufig nicht ausgeschöpft werden. Die softwareseitige Vernetzung von Rechnungswesen und Controlling mit anderen Fachbereichen ist ausbaufähig. Auch für Pflegeeinrichtungen nehmen **digitale (Software-) Lösungen** einen immer höheren Stellenwert bei der täglichen

Bewältigung von Aufgaben ein. Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen müssen durch eine angemessene Finanzierung von Investitionen in die Digitalisierung in die Lage versetzt werden, Verwaltungsprozesse effizient zu gestalten, die Mitarbeitendenzufriedenheit und die Arbeitsbedingungen zu verbessern sowie die Spielräume zur Klienten- und Bewohnerorientierung zu erweitern.

➤ **PFLEGEBEDÜRFTIGE ENTLASTEN**

Altersarmut entsteht in der Langzeitpflege nicht allein aus der Tatsache, dass in Bezug auf die pflegebedingten Aufwendungen hohe Eigenanteile zu zahlen sind. Sie entsteht auch, weil die Betroffenen für die Unterbringung und Investitionskosten aufkommen müssen. Neubauprojekte erreichen inzwischen **Investitionskostensätze von über 50 € pro Tag**. Im Vergleich zu einer durchschnittlichen Einrichtung mit einem Investitionskostensatz von ca. 15 € am Tag sind das Mehrkosten von 1.000 € pro Monat. Pflege wird damit unbezahlbar!

Die Investitionskosten sollten einheitlich und sozial- und zielgruppenangemessen von den Ländern getragen werden, um Heimentgelte in geförderten ambulanten und stationären Einrichtungen zu reduzieren. Der **Verarmung von Lebenspartner:innen** muss so entgegengewirkt werden.

Der DEVAP fordert, dass die Länder endlich ihre gesetzliche Verantwortung ernst nehmen und ausreichend, modern und umweltschonend in die Pflege investieren. Zahlen des GKV-Spitzenverbandes zeigen, dass in den vergangenen

zehn Jahren Heimbewohner:innen rund **39 Milliarden Euro** zu den Investitionskosten beitragen¹³ – diese Aufgabe haben die Bundesländer zu übernehmen.

Für die Festlegung des durch Pflegebedürftigkeit bedingten Mehraufwands für das Wohnen (Investitionen in die Sonderimmobilie Pflegeheim) müssen **bundesweit einheitliche Regelungen** gefunden werden. Der Mehraufwand in der Immobilie, der durch die Pflege entsteht, muss staatlich und bundesweit einheitlich unterstützt werden. Eine Maßnahme, die im sozialen Bereich beispielsweise durch Mietzuschüsse seit Jahrzehnten Standard ist.

Die Formulierung im § 9 SGB XI muss entsprechend gesetzlich nachgeschärft werden, um die Investitionspflicht der Länder und Kommunen rechtlich klarzustellen.

Der Bund sollte – analog der Entwicklung des bundesweit einheitlichen Personalbemessungsverfahrens gemäß § 113c SGB XI in der Langzeitpflege – die Initiative ergreifen, um einheitliche **Bemessungsgrundlagen** für die operative Bewertung von Investitionskosten zu schaffen. Harmonisierte bauliche Vorgaben und angegliche Bewertungsinstrumente zur Investitionskostenberechnung sind zwingend notwendig.

Analog zum Personalbemessungsverfahren besteht hierzu dringender Forschungsbedarf.

Dies könnte die heutigen länderspezifischen Differenzierungen und Ungleichheiten harmonisieren und im Ergebnis zu **einheitlichen Lebensbedingungen** pflegebedürftiger Menschen führen. Der DEVAP bietet sich an, dies als kompetenter Projektpartner zu begleiten. ●

¹³ <https://www.aerztezeitung.de/Politik/Bewohner-von-Pflegeheimen-tragen-hohe-Investitionskosten-255167.html> [Stand 13.08.2024]







TOBIAS KLEY

Verbundkoordinator
Pflegepraxiszentrum Berlin,
Evangelisches Johannesstift
Altenhilfe gGmbH



Chancen der Digitalisierung nutzen

Wie kann die Digitalisierung Pflegeprozesse gestalten?



TOBIAS KLEY

„Digitalisierung in der professionellen Pflege kann und soll die Mensch-Mensch-Interaktion nicht ersetzen. Digitalisierung kann dieses Beziehungsge-
schehen jedoch neu gestalten und im besten Falle zum Wohle der Pflegenden
und der Menschen mit Pflegebedarf Ressourcen neu verteilen.“

Für uns in der stationären Langzeitpflege liegen die Chancen der Digitalisierung in vier wichtigen Bereichen:

- der Reduzierung von Wegen durch digitale Informationen,
- der Beschleunigung von Entscheidungen durch telemedizinische Unterstützung,
- der Verbesserung der Kommunikation, asynchron und ohne Informationsverluste, und
- der Verringerung der Administrationsaufwände durch die Digitalisierung aller Verwaltungsprozesse.“ ●

Die Digitalisierung und die Nachhaltigkeit sind zwei große Transformationsthemen in der Langzeitpflege, die verlässlich und regelhaft im bestehenden Pflegesystem implementiert werden müssen.

Richtig angewendet und achtsam implementiert, erweist sich die Digitalisierung in der Pflege als hilfreich für Pflegebedürftige und Pflegendende. Trotz dieser Potenziale geht die Implementierung nur schleppend voran. Anstatt die Digitalisierung als wirksame Option zur Bewältigung von Herausforderungen zu nutzen, führt der **Digitalisierungsstau** jedoch zu zusätzlichen Belastungen im Alltag.

Der DEVAP setzt sich für den Ausbau und die Finanzierung einer digitalen pflegeunterstützenden Infrastruktur ein. Gleichzeitig wird ein generationsübergreifender Diskurs zu diesem Thema gefordert. Dabei steht im Vordergrund, dass die Technologie dem Menschen dient und den Beteiligten konkrete Vorteile bringt. Einerseits sollen **technische Assistenzsysteme** und digitale Technologien eingeführt werden, um die Selbstständigkeit von Menschen mit Pflegebedarf zu fördern und Pflegendende im Arbeitsalltag zu entlasten. Dies schafft mehr Zeit für menschliche Zuwendung. Andererseits soll der

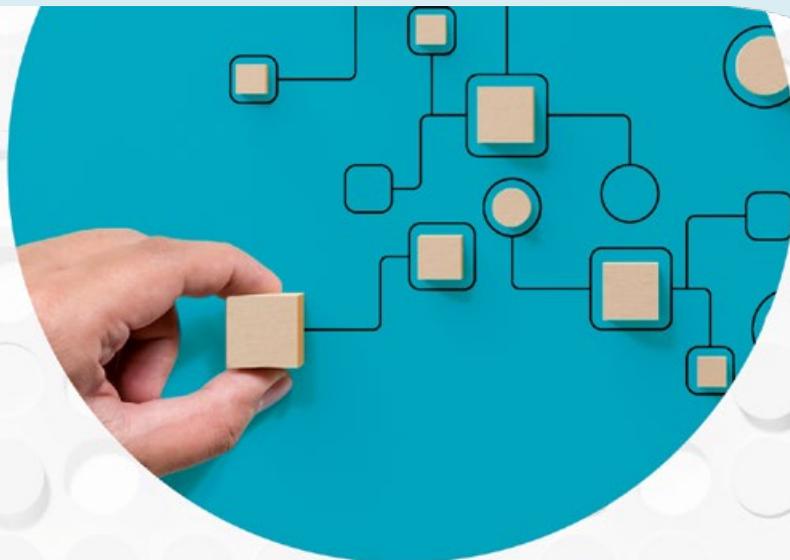
Verwaltungsaufwand durch die Umstellung auf digitale Verfahren reduziert werden, von der Leistungsbeauftragung über die Leistungserfassung bis zur Abrechnung sowie zur Kommunikation mit Kranken- und Pflegekassen. Dies soll sicherstellen, dass mehr Zeit für die eigentliche Pflege und weniger für bürokratische Aufgaben verloren geht.

➤ **STRATEGISCHES ZIEL I**

FINANZIERUNG UND SCHAFFUNG VON ANREIZEN

Das gegenwärtige System der Pflege-(Re-)finanzierung bietet keine Anreize für die Implementierung von Digitalisierungsmaßnahmen jenseits der vorgegebenen Instrumente, wie zum Beispiel der **Telematikinfrastruktur (TI)**. Die Träger werden mit den folgenden Herausforderungen weitgehend allein gelassen:

- Digitalisierung verursacht Kosten und muss sich rechnen: Zusätzlichem Aufwand muss entweder eine Einsparung oder eine zusätzliche Einnahme gegenüberstehen. Die enge Verzahnung von Digitalisierung und struktu-



rellen Veränderungen muss sich in der Finanzierung niederschlagen. Einsparungen müssen als Kompensation dafür anerkannt werden, Anreizsysteme zu etablieren.

- In gesetzlichen Regelungen zur Erstellung von Pflegedienstleistungen gibt es zwar marktwirtschaftliche Elemente, jedoch geben diese einen engen Rahmen mit vorgegebenen Leistungsdefinitionen vor.
- Da die Pflegeleistung als personale Dienstleistung angesehen wird, muss diese auch durch eine reale Person geleistet werden (hier besteht kein Rationalisierungspotenzial).
- Dagegen ist ein breiteres Pflegeverständnis als Grundlage für die (Re-)Finanzierung erforderlich. Der Fokus auf körperbezogene Pflegemaßnahmen muss verlassen werden.
- Information, Organisation, Kommunikation und Steuerung sollten – etwa im Kontext von Case- und Care-Management – mitgedacht werden. Hiervon eignet sich die Steuerung besonders für die Digitalisierung.
- Länder können im Rahmen ihrer Infrastrukturverantwortung Informationssysteme finanzieren.
- Mit TI und Bewohner-WLAN (WTG BauV) werden Technologien gefordert/gefördert, für die in einigen Unternehmen noch die Infrastruktur fehlt (ein strukturiertes Netzwerk), welche nachgerüstet werden muss. Diese zum Teil sehr teuren Maßnahmen sind nur über die Investitionskosten (re-)finanzierbar, bedeuten jedoch eine zusätzliche **Cash-flow-Belastung**. Im Kontext der aktuellen Situation sind diese Investitionen nicht an Bewohner:innen weiterzugeben.

Die Finanzierung von Digitalisierungsaufwendungen muss den Trägern von ambulanten Diensten und stationären Pflegeeinrichtungen (re-)finanziert werden. Sie kann nicht auf die pflegebedürftigen Menschen abgewälzt werden. Dies sind **zusätzliche Ausgaben**, die im bestehenden Finanzierungssystem bisher nicht mitgedacht wurden, die aber zusätzlich und dauerhaft implementiert werden müssen. Die **(Re-)finanzierung** umfasst dabei sowohl die Sachkosten und die Kosten für Netzwerkinfrastruktur als auch die zusätzlichen Personalaufwände bei der Implementierung.

❖ STRATEGISCHES ZIEL II

KEINE HALBFERTIGEN LÖSUNGEN UND KEINE ADMINISTRATIVE MEHRARBEIT FÜR PFLEGENDE. DIE ELEKTRONISCHE PATIENTENAKTE (EPA) KANN EINE ZENTRALE ROLLE IM AUSTAUSCH VON INFORMATIONEN SPIELEN, WENN DIE RAHMENBEDINGUNGEN GESCHAFFEN WERDEN!

Die Auswertung der im Jahr 2022 durchgeführten DEVAP-Kurzbefragung „Digitalisierung & Umsetzung der TI“ zeigt, dass neben den „Entwicklungen & allgemeinen Informationen zur TI“ die „Elektronische Patientenakte (ePA)“ von besonderem Interesse ist. Die ePA ist ein zentraler Kern der TI, die alle Akteure im Gesundheitswesen miteinander vernetzt.

Damit die ePA-Entwicklung eine praxistaugliche Anwendung werden kann, ist ihre Benutzbarkeit auch durch Bürger:innen wichtig, sodass die Nutzungsfragen nicht alle beim Gesundheits- und Pflegepersonal landen.

Fragen der Interoperabilität sind zentral für die Akzeptanz und die nutzbringende Anwendung, ebenso wie die Nutzbarkeit der ePa bei der Integration in die Primärsysteme. Deswegen sollten die Systeme auch auf ihre **Nutzbarkeit** durch die Verantwortlichen geprüft werden (Gematik, Mio42). Bei der Entwicklung müssen also die Anwender:innen aus der Pflege und der Bevölkerung mit am Tisch sitzen.

Die Dienste und die Einrichtungen der Pflege sind kein Beta-Testlabor! Der DEVAP insistiert darauf, dass Digitalisierungsanforderungen wie die ePA sowie andere digitale Pflege- und Gesundheitsanwendungen (DiPA und DiGA) als einsatzfähige Lösungen mit entsprechendem Supportkonzept für Anwender:innen auf den Markt kommen müssen. Es ist inakzeptabel, dass administrative **Zusatzaufwendungen** für digitale Prozesse und der Beratungsbedarf für die Kund:innen/Bewohner:innen allein durch das Pflegepersonal bewältigt werden müssen.

❖ STRATEGISCHES ZIEL III

INFORMATIONSAUFBEREITUNG, ERPROBUNGSRÄUME UND ZUSATZPERSONAL

Der DEVAP fordert die Förderung von Digitalisierungs-Modellprojekten, eine flächendeckende Kommunikation über Ergebnisse und Handlungsempfehlungen sowie eine angemessene **Vergütung für zusätzliches Personal** (jenseits des Bestands- und Pflegepersonals) in Projekten und im regulären Betrieb. Dies schließt die Förderung und finanzielle Ausstattung pflegefremder Berufsgruppen für Montage, Installation und Beratung (von Diensten und Einrichtungen / Kund:innen und Bewohner:innen) mit ein.

❖ STRATEGISCHES ZIEL IV

VERNETZUNG VON STAKEHOLDERN AUS DER PFLEGE MIT ANDEREN LEISTUNGSERBRINGERN FÜR EINE DIGITALISIERUNG IM SINNE VON PFLEGEBEDÜRFTIGEN, ANGEHÖRIGEN UND PERSONAL

Der DEVAP fordert eine Vernetzung, um einen fachlichen Austausch zu etablieren. Dies ist Grundlage für eine effektive, koordinierte und effiziente pflegerische Versorgung, um bei Digitalisierungsvorhaben auch voneinander und gemeinsam zu lernen, sowie um die Qualität der Versorgung zu verbessern.

❖ STRATEGISCHES ZIEL V

KOMPETENZEN ANSCHLUSSFÄHIG IN DIE CURRICULA DER AUSBILDUNG EINBETTEN

Die Integration digitaler Lösungen verändert nicht nur Arbeitsprozesse, sondern auch Aufgaben, Rollen und Verantwortlichkeiten in der Pflege. Infolgedessen ist es essenziell, auf den verschiedenen Ausbildungsniveaus klare Kompetenzen für die Digitalisierung zu definieren. Sie gehen deutlich über die digitale Pflegedokumentation hinaus. Neben der Fähigkeit zur **technikgestützten Pflegearbeit** sind kritisch-reflexive Kompetenzen auf verschiedenen Niveaus entscheidend. Sie ermöglichen die verantwortungsbewusste Steuerung von Arbeitsprozessen, das Erkennen von Ausfällen, das Erfassen von Fehlern und besonderen (Pflege-) Situationen sowie bei Bedarf die Substitution einzelner Schritte.

Die Bedeutung von Datenkompetenz wird zunehmend wichtiger. Das betrifft den Umgang mit Daten, ihre Interpretation und Nutzung wie auch die Kommunikation. Derzeit fehlt eine Abstimmung der **Curricula** auf den verschiedenen Qualifikationsstufen bezüglich der Digitalisierung. Kritisch-reflexive Kompetenzen sind hauptsächlich bei hochschulisch qualifizierten Pflegenden zu finden. Die Anpassung der Curricula sollte parallel zu den Anforderungen des Berufs auf den einzelnen Qualifikationsstufen erfolgen. Dabei ist auch die Qualifikation des Lehrpersonals an Pflegeschulen und in den Einrichtungen der praktischen Ausbildung zu berücksichtigen.

Der DEVAP fordert die Einführung verbindlicher Mindeststandards bezüglich der Digitalisierung in allen pflegerischen **Ausbildungs- und Studiengängen**. Eine koordinierte Anpassung der Curricula auf verschiedenen Qualifikationsstufen und die Qualifikation des Lehrpersonals sind zentrale Schritte für die erfolgreiche Integration digitaler Lösungen in die Pflegepraxis.

❖ STRATEGISCHES ZIEL VI

DIE ALTENPFLEGE BRAUCHT EINEN FESTEN PLATZ AM TISCH, WENN DIGITALPOLITISCHE ENTSCHEIDUNGEN GETROFFEN WERDEN.

Die Leistungserbringer der Altenpflege sind direkt an der Pflege und Betreuung der Menschen beteiligt. Ihre Einbeziehung in die Entscheidungsfindung in politischen, verwaltungsbezogenen, gesetzgeberischen und technischen Prozessen ist eine Voraussetzung, damit die realen Herausforderungen und Bedürfnisse

berücksichtigt und praxisorientierte Lösungen entwickelt werden. Nur so können auch dringend benötigte Innovationen in der pflegerischen Versorgung realisiert werden. Der DEVAP setzt sich dafür ein, dass Leistungserbringer in der Altenpflege in sämtliche sie betreffende Entscheidungen der Digitalisierung mit einbezogen werden. Der **Digitalisierungstau** in der Pflege kann nur mit den Leistungserbringern gemeinsam bewältigt werden.

❖ STRATEGISCHES ZIEL VII

MEHR RAUM FÜR NEUE VERSORGUNGSMODELLE UND VERSORGUNGSFORMEN SCHAFFEN!

Der demografische Wandel und die Urbanisierung fordern veränderte Versorgungsformen. Die Digitalisierung schafft hier neue Möglichkeiten. Von telepflegerischer Versorgung über Telemedizin und digitale Beratungsmöglichkeiten bis zur sensorgestützten Alltagsunterstützung bieten neue Technologien **vielfältige Versorgungsoptionen**. Diese sind derzeit noch nicht in den bisherigen Versorgungsformen unterzubringen bzw. zu strukturieren und in dieser Folge auch nicht zu (re-)finanzieren. Hier brauchen wir neue Wege.

Entsprechend fordert der DEVAP eine **größere Flexibilität bei der Erprobung neuer Versorgungsformen jenseits der bisherigen Denkmuster**. ●







.....
CHRISTIAN SCHEHLE

Leiter Stabsstelle Umwelt- und
Nachhaltigkeitsmanagement
Lafim-Diakonie



Nachhaltigkeit fördern und belohnen

Welche Rahmenbedingungen müssen geschaffen werden, damit eine nachhaltige Betriebsführung in der Pflege möglich ist?

8

CHRISTIAN SCHEHLE

„Ohne aktiven Klimaschutz auch im Gesundheitssektor wird Deutschland seine Klimaschutzziele nicht erreichen können. Zudem ist Klimaschutz für die vulnerablen Menschen, welche besonders vom Klimawandel betroffen sind, auch Gesundheitsschutz.“

Viele ordnungsrechtliche Neuerungen geben gute Impulse für mehr Klimaschutz, Achtung von Menschenrechten und Nachhaltigkeit in der Pflege. Die nötigen Ressourcen für deren Umsetzung müssen künftig jedoch auch in den Kostensatzverhandlungen Berücksichtigung finden.

Aktuelle **Fördermitteltöpfe** helfen den Trägern zwar bei Investitionen in die Nachhaltigkeit der Unternehmen. Hier dauert jedoch die Bearbeitung der Anträge oft zu lange; im Fall der Lafim-Diakonie sprechen wir von ein bis zwei Jahren. Dies demotiviert und bremst die Bemühungen aus.

Zudem bestehen strukturelle Probleme bei der Refinanzierung von beispielsweise Photovoltaikanlagen. Diese Anlagen zur Gewinnung erneuerbarer Energien könnten in Pflegeeinrichtungen hoch wirtschaftlich betrieben werden. Von den Kostenträgern werden allerdings nur die auf der Stromrechnung ausgewiesenen Stromkosten erstattet, welche sich durch den selbstproduzierten Strom vom Dach sogar noch reduzieren würden. Dementsprechend gibt es keine finanziellen **Anreize für Pflegeeinrichtungen**, in Photovoltaikanlagen zu investieren.“ ●

Die Nachhaltigkeit ist neben der Digitalisierung der zweite wichtige Transformationsprozess in der Langzeitpflege.

Die Bundesregierung hat sich dem Klimaschutz verpflichtet. Auch in einzelnen Koalitionsverträgen auf Landesebene finden sich (u. a. in Baden-Württemberg, Hessen und Nordrhein-Westfalen) vergleichbare Erklärungen. NRW ist schon einen Schritt weiter: Dort hat das Landesparlament die Landesregierung beauftragt, Klimaschutz bei der Änderung der Gesetze zur Investitionsförderung für Einrichtungen der Wohlfahrtspflege und gemeinnützige Vereine (z. B. Altenpflegegesetz) zukünftig zu berücksichtigen. **Konkrete gesetzliche Regelungen** zur Sicherstellung einer verbindlichen Finanzierung stehen noch aus.

GESETZLICHE VERANKERUNG AUF BUNDESEBENE GEFORDERT

Der DEVAP fordert daher eine verbindliche und planbare Regelung seitens der Bundesgesetzgebung, alle Bundesländer zu verpflichten, **Klimaschutzmaßnahmen in den Investitionskosten** der Träger der Langzeitpflege zu berücksichtigen. Die Bundesregierung steckt dabei den Rahmen ab, nutzt ihre Richtlinienkompetenz und weist die Länder an, die Maßnahmen der energetischen Transformation als betriebsnotwendig zu definieren (Konnexitätsprinzip).

Daneben sind auch weitere gesetzliche Verankerungen denkbar:

So könnte eine grundsätzliche Verankerung des Nachhaltigkeitsziels im SGB I den Rahmen für eine Verpflichtung zur Regelung der



Investitionskosten der Länder für alle Sozialgesetzbücher enthalten. Falls dies nicht kurzfristig umsetzbar ist, bieten sich Ergänzungen in bestehenden gesetzlichen Regelungen an. Konkret kann hierfür die Ergänzung „zu denen auch Maßnahmen des Klimaschutzes und der Klimaanpassung zählen“ in § 82 Abs. 2 Nr. 1 SGB XI dienen.

❖ ANERKENNUNG ALS BETRIEBSNOTWENDIGKEIT

Der DEVAP fordert weiterhin gemäß dem IDW-Standard, dass Maßnahmen, die den Energieverbrauch um 30 % reduzieren, als betriebsnotwendig anerkannt werden.

Die Nachhaltigkeit hält Einzug in die Bilanzierung. Alle Pflegeeinrichtungen wollen und können ihren Teil zur **CO₂-Reduktion** beitragen und dabei Kostensteigerungen für die Bewohner:innen vermeiden. Eine Evaluation der Energieverbräuche der stationären Pflegeeinrichtungen im Auftrag des BMG zeigt, dass die Pflegeeinrichtungen unabhängig vom Alter der Einrichtung und einer Inanspruchnahme der **Ergänzungshilfe gemäß § 154 SGB XI** ihren Energieverbrauch in den zurückliegenden Jahren reduziert haben. Ein Großteil der bisher umgesetzten Maßnahmen ist operativer und verhaltensorientierter Natur. Investive und strategische Maßnahmen haben aufgrund bestehender **Investitionshemmnisse** demgegenüber eine bisher zu vernachlässigende Bedeutung, verfügen aber üblicherweise über die größte Hebelwirkung. Da eine energetische Sanierung von den Sozialhilfeträgern als nicht betriebsnotwendig angesehen wird, werden derartige Maßnahmen in der Regel auch nicht über die gesonderte Berechnung der Investitionskosten (re-)finanziert.



Berechnungen zeigen, dass die Energiekosten in den stationären Einrichtungen aufgrund der CO₂-Besteuerung überproportional steigen werden. Das kann in den nächsten Jahren bis zu einer Verdopplung der Energiekosten führen. Schon jetzt machen die Energiekosten einen großen Teil der Gesamtkosten in den stationären Einrichtungen aus. Diesen Kostensteigerungen kann mit Investitionen in **Energieeffizienz und Substitutionsmaßnahmen** in der Energieversorgung begegnet werden. Im ambulanten Bereich gilt dies analog für die Fahrzeugkosten.

❖ RAHMENBEDINGUNGEN SCHAFFEN

Mit einer Anpassung des Pflegeversicherungsgesetzes bezüglich der Pflegefinanzierung müssen dafür die richtigen Rahmenbedingungen geschaffen werden. Dabei sind zwei Aspekte von zentraler Bedeutung:

1. Es müssen **Anreize für Investitionen** in den Klimaschutz geschaffen werden. Dafür ist es erforderlich, dass der Widerspruch zwischen einerseits der Berechnung und Vereinbarung von Investitionskosten und andererseits der kostenbasierten Ermittlung der Heimentgelte im Bereich der Energiekosten aufgehoben wird. Dieser Widerspruch verhindert effizientes Verhalten.
2. Es muss sichergestellt werden, dass Investitionen in Energieeffizienz unabhängig von bestehenden Vereinbarungen für Investitionskostensätze (re-)finanziert werden können.
Dabei sind die **Einspareffekte** in die Betrachtung der (Re-)finanzierung miteinzubeziehen; davon würden auf lange Sicht auch die Sozialhilfeträger profitieren.

Darüber hinaus sieht es der DEVAP als notwendig an, die Rahmenbedingungen zu ändern, damit auch die Pflegeeinrichtungen die neue Taxonomie-Verordnung der EU umsetzen können.

❖ **KLIMAPOLITISCHE ZIELE DEFINIEREN**

Bei älteren Gebäuden bzw. älterer Anlagentechnik haben investive Maßnahmen eine größere Wirkung als bei neueren Gebäuden/Anlagentechniken. Wenn die klimapolitischen Ziele erreicht werden sollen, dann müssen zunächst die Vorgaben für die **Reduzierung des Energieverbrauchs** und der CO₂-Emissionen definiert werden.

Wenn dies geklärt ist, müssen in einem nächsten Schritt diejenigen investiven Maßnahmen von den Sozialhilfeträgern als **betriebsnotwendig** anerkannt werden, die zur Erreichung dieser klimapolitischen Ziele führen.

Hier ist auch der Gesetzgeber gefordert. Die gesetzlichen Rahmenbedingungen müssen so gestaltet werden, dass die (Re-)finanzierung der als betriebsnotwendig anzuerkennenden **Investitionen „on top“** in den bestehenden Investitionskostensätzen berücksichtigt werden.

❖ **AUSWIRKUNGEN KLIMAWANDEL UND NACHHALTIGKEIT AUF DIE GESELLSCHAFT**

Der fortschreitende Klimawandel konfrontiert uns zudem mit neuen Krankheitsbildern und Gesundheitsrisiken. Sie haben direkte Auswirkungen auf pflegebedürftige Menschen, Pflegepersonal und Unternehmen. Daher müssen präventive Maßnahmen und Anpassungsstrategien entwickelt werden, um die Resilienz der Pflegeinfrastruktur gegenüber **klimabedingten Herausforderungen** zu stärken.

Dazu zählt die Schulung des Pflegepersonals und die Beratung von pflegenden Angehörigen in Bezug auf klimawandelbedingte Gesundheitsrisiken. Dazu zählt auch die Anpassung der Pflegeeinrichtungen an extremere Wetterbedingungen und die **Integration klimaresilienter Praktiken** in die alltäglichen Abläufe. Dies gilt im Weiteren gleichfalls für das private Umfeld bedürftiger Menschen.

Die Implementierung dieser Maßnahmen wird nicht nur zur Sicherung der Gesundheit und des Wohlbefindens der pflegebedürftigen Menschen beitragen, sondern auch die Nachhaltigkeit und Zukunftsfähigkeit der Pflegearbeit im Kontext des Klimawandels gewährleisten. ●





**Sprechen Sie
uns gerne an.**



.....
WWW.DEVAP.DE

KONTAKT

.....

Deutscher Evangelischer Verband für Altenarbeit und Pflege e. V. (DEVAP)

Invalidenstraße 29 • 10115 Berlin
Tel. 030 83 001-277 • info@devap.de

www.devap.de

IMPRESSUM

.....

HERAUSGEBER DEVAP e. V.

TEXT & REDAKTION DEVAP e. V.

GESTALTUNG www.verbum-berlin.de

DRUCK www.katalogdruck-berlin.de

Für diese Publikation wurde FSC®-Naturpapier eingesetzt.

FOTONACHWEISE

Tim Flavor: S. 2, 5 • Veit Mette: S. 34 • Foto-Sicht: S. 40 • Pass-Studio: S. 62

Lafim-Diakonie: S. 70 • Privat: S. 18, 26, 48, 54

AdobeStock: S. 2, 4, 6, 8, 12, 16, 18, 20, 23, 24, 26, 28, 31, 32, 34, 36, 38, 40,
42, 46, 48, 51, 53, 54, 56, 60, 62, 64, 68, 70, 72, 73, 75

Unsplash: S. 5, 20, 23, 36, 42 • Freepik: Umschlag innen und S. 15

.....



.....
WWW.DEVAP.DE