



Deutscher Berufsverband für Altenpflege e.V.

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz)

Zum Gesetzentwurf der Bundesregierung nimmt der DBVA e.V. wie folgt Stellung:

Der von der Bundesregierung vorgelegte Gesetzentwurf sieht eine Weiterentwicklung der Pflegeversicherung vor. Dieses begrüßt der DBVA e.V. grundsätzlich.

In dem nun vorgelegten Entwurf wird jedoch **keine grundlegende Reform** angegangen, da

- über eine Beitragserhöhung um 0,25 % keine nachhaltige Finanzierungssicherheit gewährleistet wird,
- die Einbeziehung der privaten Pflegeversicherung in die Solidarität fehlt,
- der Begriff der Pflegebedürftigkeit um die Bedürfnisse psychisch kranker und dementer Personen nicht ausreichend Berücksichtigung und Erweiterung findet und die vorgesehenen finanziellen Mittel bei Weitem nicht ausreichen,
- ein „flexibler“ Personalschlüssel unscharf formuliert wurde und ein Instrument zur qualitätsbezogenen Personalbemessung noch zu entwickeln ist,
- es bei Verträgen mit Einzelpersonen zu Dumpingpreisen kommen kann,
- die Dynamisierung erst ab 2015 greifen soll
- und die Aufnahme der Ausübung „heilkundlicher“ Tätigkeiten der Pflegeberufe nicht in Gänze geregelt werden (so z.B. Vorgabe zum Umfang der Qualifizierung, Ausbildungsvergütung).

Insbesondere sieht der DBVA e.V. die derzeit herrschende Alltagssituation der Pflegefachpersonen nicht genügend berücksichtigt. Es herrscht aufgrund der enorm eingeeengten Einstufungspraktik eine drastische Überforderung des Pflegepersonals, die zu nicht hinzunehmenden Belastungssituationen führt. Dieses stellt eine Gesundheitsgefährdung für Pflegende dar und führt langfristig zu der bereits bekannten Flucht aus dem Beruf.

Stationäre Leistungsbeiträge sind zu erhöhen, um die z.T. permanente personelle Unterbesetzung entgegen zu wirken. Eine Fachkraftquote von mind. 60% ist abzusichern.



Deutscher Berufsverband für Altenpflege e.V.

Aufgrund der in den Pflegsatzverhandlungen ablehnenden Haltung kommt es zu einer reduzierten Qualifizierungsoffensive und somit zu einem sich bereits in naher Zukunft abzeichnenden Personalmangel.

Folgend greift der DBVA e.V. den Pflegebedürftigkeitsbegriff, den Ausbau von Pflegestützpunkten und die Kompetenzerweiterung heilkundlicher Tätigkeiten auf und nimmt hierzu ausführlicher Stellung.



Deutscher Berufsverband für Altenpflege e.V.

Zeit für ein neues Verständnis

Im Zuge der Pflegeversicherungsreform soll auch der Pflegebedürftigkeitsbegriff überprüft und neu definiert werden. Der Deutschen Berufsverband für Altenpflege e.V. leistet mit diesem Schreiben seinen Anteil an der Diskussion zur zukünftig grundlegenden Ausgestaltung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes und seiner Erfassung.

Diejenigen alten Menschen, die heutzutage in den Pflegeeinrichtungen der Altenhilfe betreut werden und unter den derzeitigen Pflegebedürftigkeitsbegriff fallen, sind in der Regel chronisch mehrfach erkrankt – polymorbide Menschen. Wie Studien bestätigen leidet dieses Klientel im Durchschnitt an 5 Erkrankungen, die sich gegenseitig beeinflussen oder bedingen.

Polymorbid chronisch erkrankte Menschen können nicht in ein Gesundheits-, Krankheitskoordinatensystem integriert werden. Diese beiden Eckpunkte schränken die Sichtweise auf den Menschen zu sehr ein. In der Altenhilfe ist es daher üblich, den Begriff „ganzheitlich“ zu verwenden, denn lediglich in der Veranschaulichung eines komplexen Netzwerksystems kann ein mehrfach - pflegebedürftiger Mensch verstanden werden.

Pflegerisch bedeutet das, dass wir unseren Blick auf viele einzelne Teile richten müssen und diese Teile zu einem Gesamtkomplex fein justiert zusammensetzen, um einen pflegerischen (und selbstverständlich individuellen) Interventionsbedarf festzulegen. Das macht unsere Arbeit in der Altenpflege so reizvoll, aber auch so kompliziert.

Chronisch erkrankte Menschen können auch nicht mehr, wie bisher üblich, unter dem Gesichtspunkt der „Heilung“ angesehen werden. Unsere Aufgabe sehen wir darin, diese Menschen langzeitpflegerisch zu begleiten, die vorhandenen Ressourcen zu verbessern oder zu erhalten. Nur allzu oft ist es aber gegeben, Verschlechterungen im Gesundheitszustand lediglich zu verzögern. Die bestmögliche Lebensqualität im progredient verlaufenden Gesundheitszustand ist daher unser Bestreben.

Gleichwohl darf allerdings das hohe Potential an Prävention und Rehabilitation nicht vergessen werden. Beide Begrifflichkeiten sind für uns untrennbar miteinander verwoben. Und gerade in diesem Bereich schlummern (besonders im Hinblick auf zukünftig erhöhte Pflegebedürftigkeit) sehr hohe Einsparpotentiale.



Deutscher Berufsverband für Altenpflege e.V.

In einem zukünftigen Pflegebedürftigkeitsbegriff muss dieses Grundverständnis altpflegerischer Arbeit einfließen. Er darf nicht mehr ausschließlich auf somatische Grundlagen beruhen. Diesbezüglich gibt es schon gute Ansätze, die unsere ungeteilte Zustimmung erhalten.

Ein zukünftiger Pflegebedürftigkeitsbegriff muss unserer Ansicht nach folgenden Anforderungen gerecht werden:

- Er muss die Gesamtheit des Menschen erfassen und darf sich nicht nur auf Teilaspekte somatisch kompensatorischer Fakten beruhen. Besonders kommunikative Aspekte müssen integriert werden.
- Er bezieht den Präventions- und Rehabilitationsbedarf mit ein und hält nicht nur den „Ist – Zustand“ fest. Daraus abgeleitete Leistungen werden anerkannt.
- Messinstrumente müssen zeitgleich erarbeitet werden. Diese müssen sowohl den individuellen pflegerischen **Interventionsbedarf**, als auch den pflegerischen **Leistungsaufwand** valide und reliabel wiedergeben.

Gerade dieser Aspekt ist von enormer Bedeutung, da zwischen den beiden Eckpunkten - Interventionsbedarf mit tatsächlich erbrachter pflegerischer Leistung auf der einen Seite und vergüteter Leistung / angerechneter Zeit / erhobene Pflegestufe auf der anderen Seite – eine hohe Differenz auszumachen ist. Die pflegerisch - kompensatorische Arbeit muss einen höheren Stellenwert bekommen, da letztendlich von diesem Blickwinkel die Anzahl von Pflegekräften (Stichwort Stellenschlüssel) abhängig ist.

- Aus dem Begriff der Pflegebedürftigkeit erwachsen Leistungsansprüche. Festzulegen ist daher eine Begriffsbestimmung, die langfristig rechtspolitisch und sozialpolitisch standhält und ausreichende Mittel für die Umsetzung guter Pflege gewährleistet. Ein tragfähiges Konzept zur Finanzierbarkeit muss entwickelt werden. Pflegebudgets können (bei aller Vorsicht) hilfreich sein.
- Besonders im Hinblick auf wiedererlangte Selbständigkeit dürfen Leistungsansprüche nicht gekürzt werden. Das ist demotivierend für den pflegerisch betreuten Menschen und den Pflegepersonen. Besonders die Umsetzung von Rehabilitationsbedarfen sind in der Langzeitpflege permanent notwendig. Fehlende konsequente Weiterführung dieser Maßnahmen führen letztendlich in fast allen Fällen zum Verlust zurück gewonnener Fähigkeiten.



Deutscher Berufsverband für Altenpflege e.V.

- Gerade demenzerkrankte Menschen fallen zurzeit durch das Pflegebedürftigkeitsraster. Da zukünftig aber mit einer verstärkten Zunahme an Demenzerkrankten zu rechnen ist und diese Personengruppe besonders langzeitigen pflegerischen Interventionsbedarf benötigt, dürfen diese Menschen nicht ausgegrenzt werden.
- Das starre 3-Stufen-Schema wird durch ein mehrstufiges System abgelöst, dass individuellere Bewertungen zu lässt.

Zusammenfassend sehen wir in der Veränderung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes und der Erstellung geeigneter Erfassungsverfahren eine große Chance, fehl gelaufene Entwicklungen zu korrigieren. Die Auswirkungen werden die Zukunft der Pflege in Deutschland gravierend prägen.

Als Berufsverband für Altenpflege wünschen wir uns durchdachte und praktikable Lösungsmöglichkeiten – auch wenn deren Erstellung noch einige Zeit benötigt. Daher ist eine stufenweise Reform der Pflegeversicherung notwendig.



Deutscher Berufsverband für Altenpflege e.V.

Pflegestützpunkte

Der Deutsche Berufsverband für Altenpflege e.V. (DBVA) begrüßt grundsätzlich die Schaffung von Pflegestützpunkten, als eine der entscheidenden Verbesserungspunkte im Pflegeweiterentwicklungsgesetz (PfWG).

Die Versorgungslücken für hilfe- und pflegebedürftige Menschen und deren Angehörigen könnten hier (so ist unsere Hoffnung) geschlossen werden. Wenn es gelingt fachübergreifende Hilfsangebote von Leistungserbringern mit einander zu vernetzen, Kostenträgern den Nutzen sichtbar zu machen und selbstverständlich das Vertrauen der Betroffenen zu erlangen, könnte dieser Aufbau als Meilenstein in der Versorgung gefeiert werden.

Gleichwohl werden hierzu noch etliche Fragen beantwortet werden müssen:

- *Leistungserbringer:*
Es müssen regionale wie überregionale Leistungserbringer ins Boot geholt werden. Monopolstellungen (z.B. durch Exklusivverträge) gilt es zu vermeiden. Leider sind uns diesbezüglich schon einige Beispiele aus der Vergangenheit bekannt.
- *Beratungsstelle / Pflegebegleiter:*
Diese benötigt die Akzeptanz der Leistungserbringer, Kostenträger und der Betroffenen. Um diese Bedingung zu erfüllen, muss diese Einrichtung der Neutralität verpflichtet sein. Qualifikationsstandards für Mitarbeitenden müssen erarbeitet werden.
- *Kostenträger:*
Alleine die Kostenreduzierung als Maßstab zu nehmen wird zu Leistungsabsenkungen führen. Damit würde die Akzeptanz der Pflegestützpunkte gefährdet.
- Kostenbegrenzung bzw. –reduzierung kann (bzw. wird) ein positiver Nebeneffekt sein. Sparen um des Sparens willen wird jedoch die Akzeptanz der Betroffenen untergraben.



Deutscher Berufsverband für Altenpflege e.V.

- Bestehende Beratungsstellen sollten zu Pflegestützpunkten ausgebaut werden. Doppelstrukturen und Bürokratiewachstum müssen vermieden werden.

Von einem fachübergreifenden Management könnten Alle profitieren. Der pflegebedürftige Mensch und seine pflegenden Angehörigen sollten jedoch die Gewinner dieses Systems sein.

Der Erfolg individueller Versorgung ist der Maßstab und gleichzeitig das Ziel gut funktionierender vernetzter Pflegesysteme. Entsprechende Konzeptionen für Fall- und Systemsteuerungen gilt es zu entwickeln und anzuwenden.



Deutscher Berufsverband für Altenpflege e.V.

**Kompetenzerweiterung heilkundlicher
Tätigkeiten**

Hintergrund:

- Auf der Grundlage des § 63 SGB V sollen zeitlich befristete Modellvorhaben der Ausbildungen in Gesundheits- und Krankenpflege und in der Altenpflege durchgeführt werden.
- Ziel: Zusätzlich zum Berufsabschluss sollen erweiterte Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten vermittelt werden.

Wir begrüßen die Entscheidung, dass der Beruf der Altenpflege mit in den Kabinettsentschluss aufgenommen wurde. Dies ist für uns ein großer Erfolg, nachdem wir uns verstärkt für die Aufnahme eingesetzt haben. Schließlich ging es uns darum, folgende Fehlentwicklungen zu vermeiden:

- Die Berufsausbildung zur Altenpfleger/in wäre nicht zugangsberechtigt zur Akademisierung und damit zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten.
- Ebenso bedeutsam wie in der Pflege akut kranker Menschen ist die Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten in der Langzeitbetreuung alter Menschen (auch der Altenpflegeberuf ist ein medizinisch – pflegerisch ausgerichteter Heilberuf). Grundlage ist, dass das Altenpflegegesetz seit vier Jahren die Ausbildung bundeseinheitlich regelt; die aktuelle Ausbildung sieht erweiterte medizinische Inhalte vor! Es gibt also keinen Ausschlussgrund für den Altenpflegeberuf.
- Auch Altenpflegefachkräften müssen Akademisierungsmöglichkeiten offen stehen! Die Altenpflege darf von der Akademisierung der Pflegeberufe nicht ausgeschlossen werden.
- Für zukünftig zu gestaltende gemeinsame Ausbildungsformen der Krankenpflege und der Altenpflege müssen beide Berufsgruppen auf gleicher Augenhöhe stehen. Hier eine falsche Hierarchie zu integrieren wäre kontraproduktiv.



Deutscher Berufsverband für Altenpflege e.V.

Zur, im Gesetzentwurf nur leider angedeuteten, Umsetzung müssen nachfolgend insbesondere folgende Fragen geklärt und geregelt werden:

- Um welche heilkundlichen Bereiche und Verordnungsbereiche handelt es sich?
- Welche Kernkompetenzen erreichen die Absolventen?
- Wie wird die Kompetenzerweiterung in der Berufsbezeichnung deutlich?
- Werden Vorbehaltstätigkeiten festgelegt?
- Wie werden Absolventen eingestuft? (u.a. Gehalt,)?

Der DBVA e.V. sieht eine verbindliche Regelung zu Umfang und Inhalt von Seiten des Bundes als unumgänglich an. Ein Genehmigungsverfahren zweier Bundesministerien stellt einen erheblichen Bürokratieaufwand dar und ist in der derzeitigen Ausbildungslandschaft schwerlich umzusetzen. Die Hinzuziehung der ärztlichen Fachprüfer in der praktischen Abschlussprüfung für die Altenpflegeausbildung ist in der praktischen Durchführung nicht umsetzbar und stellt eine Ungleichbehandlung zur Krankenpflegeausbildung dar! Dieses ist entsprechend zu ändern. Ebenso ist die Zahlung einer Ausbildungsvergütung festzulegen.