

Altenhilfe im Deutschen Roten Kreuz - eine Positionsbestimmung -

Juni 2014

Inhaltsverzeichnis:

1. Präambel
 2. Umsetzung der Pflegereform
 - Pflegebedürftigkeitsbegriff und neues Begutachtungsassessment
 - Personalbemessung
 - Zeitvergütung
 3. Qualitätsberichterstattung in der Pflege
 4. Personalsituation
 - Pflegefachkräftemangel
 - Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufes
 - Verbesserung der Ausbildungsbedingungen
 - Gesteuerte Zuwanderung
 5. Entbürokratisierung
 6. Entlastung von Angehörigen
 7. Finanzierung
 - Nachhaltige Finanzierung unter Demografiegesichtspunkten
 - Dynamisierung
- Anhang: Grundsatzaussagen zur Gesamtstrategie Pflege

1. Präambel

In der Altenhilfe ist das Deutsche Rote Kreuz als Spitzenverband der Freien Wohlfahrtspflege ein Anbieter vielfältiger Dienst- und Hilfeleistungen¹ mit ca. 47.500 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in diesem Arbeitsbereich.² Das Deutsche Rote Kreuz nimmt entsprechend seinem Selbstverständnis "die Interessen derjenigen wahr, die der Hilfe und Unterstützung bedürfen, um soziale Benachteiligung, Not und menschenunwürdige Situationen zu beseitigen sowie auf die Verbesserung der individuellen, familiären und sozialen Lebensbedingungen hinzuwirken."³ Im Zeichen der Menschlichkeit setzt sich das Deutsche Rote Kreuz für das Leben, die Gesundheit, das Wohlergehen, den Schutz, das friedliche Zusammenleben und die Würde aller Menschen ein.⁴

Die zukünftigen Herausforderungen in der Altenhilfe sieht das Deutsche Rote Kreuz nur durch eine ganzheitliche, systemische Bearbeitung der Fragestellungen sowie durch eine optimale Vernetzung von Prävention, Kranken-, Pflege- und Betreuungsversorgung als lösbar an. Dieses Positionspapier bezieht sich vor allem auf die Bereiche der Altenhilfe (ambulant, teilstationär, stationär) sowie auf aktuelle pflegepolitische Reformen und Debatten.

Maßgebliches Ziel der Altenhilfe ist aus Sicht des Deutschen Roten Kreuzes, ältere Menschen - so lange es geht - aktiv in die Gesellschaft zu integrieren und ihnen Teilhabe am Leben der Gemeinschaft zu ermöglichen. Das DRK bietet hierzu kompetente Beratung und Unterstützung für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen an. Als Träger aller Angebote im ambulanten, teilstationären und stationären Bereich bietet das DRK auch neue Wohnformen und Versorgungsmöglichkeiten an und entwickelt diese kontinuierlich weiter. Der Anspruch, älteren Menschen die Teilhabe an der Gesellschaft zu ermöglichen, muss durch eine nachhaltige Finanzierung unterstützt werden.

Ausgehend von der bevorstehenden Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ist sicherzustellen, dass Bestandsschutz gewährt wird, um Benachteiligungen zu vermeiden. Es sind aber auch Alternativen neu- oder weiterzuentwickeln, die Modelle der ambulanten oder teilstationären Pflege stärker in den Blick nehmen.

Neben der staatlichen und gesellschaftlichen Verantwortung gegenüber hilfe- und pflegebedürftigen Menschen hat auch der Einzelne eine Verantwortung für eine gesunde Lebensführung. Um ihm dies zu ermöglichen, bedarf es geeigneter Unterstützungsangebote und Hilfen, damit gegebenenfalls eine Hilfe- und Pflegebedürftigkeit hinausgezögert oder gemindert werden kann.

Ehrenamtliches Engagement spielt für das Altern in Würde eine maßgebliche Rolle. Um Ehrenamt zu gewinnen, zu gestalten und zu qualifizieren ist eine Strukturförderung, z. B. in der Form hauptamtlicher Ehrenamtskoordination erforderlich. Ehrenamt wirkt stets ergänzend und kann nicht die pflegerische oder hauswirtschaftliche Versorgung der Menschen ersetzen.

2. Umsetzung der Pflegereform

Pflegebedürftigkeitsbegriff und neues Begutachtungsassessment

Schon bald nach der Einführung der Pflegeversicherung standen der Pflegebedürftigkeitsbegriff und das darauf basierende Begutachtungsassessment in der Kritik.

Bemängelt wird, dass die Prüfung zur Leistungsgewährung auf somatische Pflegebedürftigkeit ausgerichtet ist und zu wenig den Hilfebedarf bei psychischen Veränderungen berücksichtigt. Zusätzlich ergeben sich individuelle Ungerechtigkeiten im Gesamtsystem, da für die

¹ Hierzu zählen u. a. stationäre Altenpflegeheime, Kurzzeit- und Tagespflegeeinrichtungen, ambulante Pflegedienste, mobile soziale Hilfsdienste, Hausnotruf, Essen auf Rädern, Seniorenbegegnungsstätten, Betreute Seniorenreisen.

² vgl. dazu u. a. "Gesamtstrategie Pflege" DRK 2001

³ DRK-Satzung § 1 Abs. 3

⁴ Aus dem Leitsatz des DRK.

Bestimmung einer Pflegestufe Minuten für den Hilfe- und Pflegebedarf in den einzelnen Prüfbereichen geschätzt und zusammengezählt werden.

Vor diesem Hintergrund arbeitete ein Beirat von 2006 bis 2009 im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit an der Überprüfung des alten und der Entwicklung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes. Nicht mehr der zeitliche Aufwand für einzelne, vorwiegend auf körperliche Beeinträchtigungen bezogene Maßnahmen soll Maßstab für die Einschätzung von Pflegebedürftigkeit sein, sondern der Grad der Selbständigkeit des Menschen. Dies und die flexible Ausgestaltung von Leistungen soll die gesellschaftliche Teilhabe von Pflegebedürftigen erhöhen. Ein weiterer Beirat arbeitete von 2012 bis 2013 an Umsetzungsfragen, so dass eine Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes zeitnah erfolgen könnte.

Das Deutsche Rote Kreuz fordert eine zügige und vollständige Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes. Dazu gehören:

- ein verbindlicher Zeitplan zur Einführung in dieser Legislaturperiode,
- eine politische Beschlussfassung über die finanzielle Ausgestaltung der Pflegegrade,
- eine Verbesserung der finanziellen Leistungen für alle Pflegebedürftigen,
- dass alle Leistungsangebote für alle Pflegebedürftigen unabhängig von der Ursache ihrer Pflegebedürftigkeit nutzbar werden,
- dass Leistungen flexibler und mit wenig bürokratischem Aufwand untereinander verknüpft werden können.

Grundsätzlich erachtet das Deutsche Rote Kreuz eine gleichzeitige und vernetzte Einführung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes und eines daran angepassten Begutachtungsassessments zusammen mit den notwendigen Leistungsverbesserungen für sinnvoll. Denn erst dadurch wird der Rahmen für Umfang, Arten und Inhalte der Leistungen der Pflegeversicherung gesetzt. Bei vorgezogenen Leistungsverbesserungen wird das Risiko gesehen, dass zum einen der finanzielle Spielraum für die spätere Umsetzung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes eingeschränkt wird. Zum anderen wird befürchtet, dass die vorgezogenen Leistungsverbesserungen eine möglicherweise zukünftig nicht angemessene Leistungsstruktur zementieren und sich Umsetzungsschwierigkeiten ergeben, wenn neue Leistungen durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff erforderlich werden.

Personalbemessung

Das Deutsche Rote Kreuz spricht sich dafür aus, die auf Landesebene geltenden Personalschlüssel in der teilstationären und stationären Pflege zu verbessern.

Bei einer wissenschaftlichen Überprüfung des Pflegebegutachtungsassessments im Rahmen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes sollte auch die bisherige Personalbemessung in der teilstationären und stationären Pflege, d. h. die Frage der bisherigen Personalschlüssel, einbezogen werden.

Im derzeitigen System ist ein pflegfachlicher Zusammenhang zwischen dem tatsächlichen Pflegebedarf der Menschen, den Pflegestufen (bzw. zukünftig den Bedarfsgraden) und den entsprechenden Personalschlüsseln schwerlich abzuleiten. Die bisherige Personalbemessung in der teilstationären und stationären Pflege muss deshalb weiterentwickelt werden. Die Personalbemessung ist dringend den steigenden fachlichen Anforderungen im pflegerischen Alltag anzupassen.

Mithin sollte die Bemessung und Zusammensetzung des Personals nicht länger anhand starrer, formaler, politisch festgelegter Personalschlüssel erfolgen.

Zeitvergütung

Die seit dem 1.1.2013 geltende Regelung, dass Pflegebedürftigen alternativ zu den pauschalen Leistungspaketen auch eine Vergütung nach dem tatsächlichen Zeitaufwand anzubieten ist, stellt die Pflegedienste vor massive Umsetzungsprobleme.

§ 89 SGB XI verpflichtet die ambulanten Pflegedienste seitdem, ihren pflegebedürftigen Kunden alternativ zu den pauschalen Leistungspaketen (oder Komplexleistungen) auch eine Vergütung nach dem tatsächlichen Zeitaufwand für diese Leistungen (Zeitvergütung) anzubieten. Die nun obligatorische Zeitvergütung ist minutengenau abzurechnen (Minutenpflege). Nach § 120 Abs. 3 SGB XI ist im Pflegevertrag jede Leistung oder Komplexleistung einschließlich aller hierfür mit den Kostenträgern vereinbarten Vergütungen gesondert zu beschreiben. Der Pflegedienst hat ferner den Pflegebedürftigen vor Vertragsabschluss sowie bei jeder wesentlichen Veränderung darüber zu unterrichten, wie sich die vom Zeitaufwand unabhängige Vergütung im Vergleich zu einer rein zeitbezogenen Vergütung darstellt und den Kunden auf seine Wahlmöglichkeiten bei der Zusammenstellung dieser Vergütungsformen hinzuweisen. Die Gegenüberstellung muss in der Regel schriftlich erfolgen, also etwa durch die Vorlage von zwei Kalkulationen für die Durchführung des konkreten Pflegeauftrages. Sie ist Grundlage der Entscheidung des Pflegebedürftigen und wie diese im Pflegevertrag zu dokumentieren.

Im Modell der Komplexleistungssystematik wird eine pauschalierte Vergütung für Leistungen gezahlt, unabhängig von der individuell notwendigen Dauer. In diesem Mischkalkulationsmodell findet somit automatisch ein Ausgleich zwischen den unterschiedlichen und individuellen pflegerischen Versorgungsleistungen bei den Pflegebedürftigen statt.

Durch die Umsetzung der neuen Regelungen zum Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz wird die Wahlmöglichkeit des Pflegebedürftigen zwischen dem Komplexleistungsmodell und alternativ dem Zeitleistungsmodell geschaffen. Dies führt zu massiven Veränderungen und gravierenden Einschnitten, die unmittelbare Folgen für die ambulante pflegerische Versorgung haben werden:

- Durch die Wahlfreiheit der Kunden müssten ständig neue Mischkalkulationen für die Preisgestaltung erfolgen, da sich die Kundenzusammensetzung und damit die durchschnittliche Leistungszeit ständig ändern kann. Dadurch müssten die Preise ständig neu kalkuliert und damit auch unterjährig mehrfach verhandelt werden.
- Sollte ein Pflegebedürftiger mehr als die Durchschnittszeit einer Verrichtung benötigen, müsste er mehr bezahlen und würde vermutlich die Komplexleistung wählen. Dies würde wiederum eine neue Kalkulation erfordern und die Komplexleistung müsste verteuert werden.
- Eine minutengenaue Leistungsabrechnung sollte den Kunden schützen, stellt ihn jedoch in der Praxis vor unlösbare Probleme. Preisbewusste Kunden können die gesetzliche Pflicht zur aktivierenden Pflege und zur Führung einer Pflegedokumentation aus Kostengründen zur Disposition stellen. Ein Nacheinander von zu erbringenden Leistungen nach Komplex- und nach Zeitvergütung in der konkreten Pflegesituation führt zu Abgrenzungs- und Erfassungsproblemen. Ein schwankender Leistungsumfang aufgrund gesundheitlicher Veränderungen führt bei der Zeitvergütung zu für den Pflegebedürftigen nicht kalkulierbaren monatlichen Kosten.

In keinem anderen Sektor sind Abrechnungsmodelle zu finden, in denen der Kunde eine Wahl zwischen pauschaler und zeitbezogener Vergütung bei gleichzeitigem Kontrahierungszwang für den Anbieter hat.

Diese im System angelegten Grundproblematiken machen es schwer, in den Verhandlungen auf Landesebene zu Lösungen zu kommen. So gibt es nach knapp zwei Jahren Verhandlungen erst in drei Bundesländern Regelungen zur Zeitvergütung, die in diesen Ländern zudem von den Pflegebedürftigen kaum in Anspruch genommen werden.

Um für die Pflegebedürftigen zu einem verlässlichen System und für die Anbieter zu einer leistungsgerechten Vergütung zu kommen, besteht noch deutlicher Nachsteuerungsbedarf durch den Gesetzgeber.

Das derzeitige Nebeneinander zweier Vergütungsmodelle führt zu unnötigem Bürokratismus und verhindert die Vereinbarung auskömmlicher Vergütungssätze. Das Deutsche Rote Kreuz fordert deshalb im Sinne der Pflegebedürftigen und zur Entbürokratisierung in der aktuellen Pflegereform, die gesetzliche Begrenzung auf die Anwendung eines Vergütungssystems und eine Erhöhung der Wahlmöglichkeiten innerhalb dieses ausgewählten Vergütungssystems umzusetzen. Dieses System müsste eine Mindestleistungszeit und eine angemessene Zeittaktung enthalten, die in der Praxis umsetzbar ist. Hierzu sind Änderungen von § 89 Abs. 3 und § 120 Abs. 3 SGB XI notwendig.

3. Qualitätsberichterstattung in der Pflege

Für die Zufriedenheit und Lebensqualität pflegebedürftiger Menschen ist die Qualität der Pflege maßgeblich.

Das derzeitige System der Pflege-Transparenzvereinbarungen (PTVs) setzt die gesetzlichen Vorgaben, insbesondere die Ergebnis- und Lebensqualität darzustellen, jedoch nicht hinreichend um. Die PTVs stehen wegen grundsätzlicher methodischer Mängel in der Kritik und waren nur als Übergangslösung gedacht bis zur Erarbeitung eines wissenschaftlich fundierten Systems.

Das Deutsche Rote Kreuz fordert, die vergleichende Qualitätsberichterstattung in der stationären Pflege auf ein System von Qualitätsindikatoren der Ergebnisqualität umzustellen, das auf den Instrumenten beruht, die im Bundesmodellprojekt „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“⁵ entwickelt wurden.

Mit dem Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz hat der Gesetzgeber dies ausdrücklich bestätigt und erste gesetzliche Ansätze dafür geschaffen. Nach der Umsetzung der Änderungen in § 113 Abs. 1 Ziff. 4 SGB XI durch die Vertragspartner (die Verhandlungen dazu haben im Dezember 2013 begonnen) ist in einem weiteren Schritt die Nutzung der Qualitätsindikatoren für die Pflege-Qualitätsberichterstattung im Sinne des § 115 Abs. 1a SGB XI anzugehen.

Aus der Sicht des Deutschen Roten Kreuzes wird es dabei sowohl um die Veröffentlichung bzw. Transparenz gehen als auch insgesamt um eine sinnvolle Verzahnung des internen Qualitätsmanagements mit der externen Qualitätssicherung. Mithin wird vom Deutschen Roten Kreuz eine Qualitätsberichterstattung gefordert, die das interne Qualitätsmanagement mit der externen Qualitätssicherung verbindet und anerkennt, dass beruflich Pflegenden eine qualitativ hochwertige Versorgung der Menschen zum Ziel haben. Hierzu bedarf es weiterer entsprechender gesetzlicher Änderungen in den Regelungen zur Qualitätsberichterstattung und zur Qualitätsprüfung (§§ 114, 114a und 115 SGB XI).

4. Personalsituation

Pflegefachkräftemangel

Heutige und zukünftig noch wachsende Personalengpässe in der Pflege sind drängende gesellschaftliche Probleme der Zukunft. Der schon heute vorherrschende Fachkräftemangel in der Pflege in Deutschland wird in den kommenden Jahren infolge des demographischen und sozialen Wandels weiter massiv zunehmen. Bis zum Jahr 2025 rechnet das Statistische Bundesamt mit einem Mangel an mehr als 152.000 Pflegekräften.⁶ Andere wissenschaftliche Berechnungen gehen von einer Versorgungslücke von bis zu fast einer halben Million Pfl-

⁵ Vgl. den 2011 veröffentlichten Abschlussbericht zu dem gleichnamigen Projekt unter Leitung von Wingenfeld und Engels, herausgegeben vom Bundesministerium für Gesundheit.

⁶ Afentakis, Statistisches Bundesamt, Wirtschaft und Statistik 11/2010

gekräften in Vollzeitäquivalenten in der Altenpflege bis zum Jahr 2030 aus.⁷ Gleichzeitig sinkt die Zahl der Schulabsolventinnen und -absolventen infolge des Geburtenrückgangs in den kommenden 15 Jahren um fast 15 Prozent.⁸ Für den Arbeitsmarkt stehen immer weniger Schulabgängerinnen und -abgänger zur Verfügung, um die die (Alten-) Pflege in Zukunft verstärkt mit anderen Branchen konkurrieren wird.

Dem verschärften Fachkräftemangel in der Pflege können wir nicht mit einzelnen Punkten, sondern nur mit einem umfassenden Maßnahmenpaket begegnen. Es müssen mehr Menschen für den Pflegeberuf gewonnen und verstärkt denjenigen eine Einstiegsmöglichkeit eröffnet werden, die aus einem anderen Berufsbereich, der Familienphase oder aus der Arbeitslosigkeit kommen, sich für den Pflegeberuf interessieren und dafür geeignet sind. Außerdem müssen Pflegekräfte intensiv dabei unterstützt werden, länger in ihrem Beruf zu verbleiben. Das Maßnahmenpaket zur Minderung des Fachkräftemangels umfasst auch die Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufes, die Verbesserung der Ausbildungsbedingungen sowie nach der vorrangigen Ausschöpfung der inländischen Potentiale eine gesteuerte Anwerbung von Pflegekräften aus anderen Ländern.

Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufes

Die Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufes ist aus Sicht des Deutschen Roten Kreuzes zwingend erforderlich. Menschen für diese Berufstätigkeit zu gewinnen und dauerhaft zu halten kann nur gelingen, wenn der Pflegeberuf hinreichend attraktiv ausgestaltet ist.

Eine bessere Bezahlung von Pflegekräften steht dabei an oberster Stelle. Examierte Altenpflegerinnen und Altenpfleger mit dreijähriger Ausbildung verdienen lediglich 2.190 Euro brutto,⁹ KFZ-Mechaniker erhalten durchschnittlich 2.450 Euro, der Bruttomonatsverdienst in allen Branchen liegt bei durchschnittlich 3.306 Euro¹⁰. Eine deutlich bessere Bezahlung der Altenpflegekräfte ist also zwingend erforderlich, wenn das Berufsfeld Altenpflege in der Konkurrenz mit anderen Branchen um Schulabgängerinnen und -abgänger mithalten soll. Eine höhere Entlohnung der Altenpflegekräfte liegt in der gemeinsamen Verantwortung der Kosten- und Leistungsträger und erfordert eine höhere Vergütung sowie ein entsprechend verändertes Leistungsrecht in der Pflegeversicherung. Letztlich bedarf eine höhere Entlohnung der Altenpflegekräfte der gesellschaftlichen Bereitschaft, für Pflege mehr Mittel aufzuwenden.

Auch die Arbeitsbedingungen gilt es verstärkt in den Blick zu nehmen. Der in den vergangenen Jahren deutlich gestiegene Zeitdruck wird von den Pflegekräften (und ebenso von den Pflegebedürftigen) als enorme Belastung empfunden. Nicht selten führt dies zu einer chronischen Überforderung der Pflegekräfte, zu häufigen krankheitsbedingten Ausfällen (die wiederum von den Kolleginnen/Kollegen aufgefangen werden müssen) und gegebenenfalls zu dem endgültigen Ausstieg aus dem Beruf.

Wissenschaftliche Untersuchungen zeigen, dass in der Altenpflege eine nachhaltige Belastungsreduktion für die Pflegekräfte durch größere zeitliche Spielräume erreicht werden kann. Auch die (zeitliche) Möglichkeit, sich fachlich mit Kolleginnen/Kollegen austauschen und sich gegenseitig unterstützen zu können, reduziert wirksam die Belastung von Pflegekräften.¹¹ Die Arbeitsbedingungen können nur verbessert werden, wenn die Pflegekräfte mehr zeitliche Handlungsmöglichkeiten erhalten und die Stellenschlüssel deutlich verbessert werden.

⁷ Vgl. „Pflegerreport 2030“ der Bertelsmann Stiftung von 2012.

⁸ Vgl. Rothgang: „Wie groß ist der Pflegenotstand (in Familien, ambulant, stationär)“ auf der Tagung der Heinrich Böll Stiftung „Deutschland im Pflegenotstand – Perspektiven und Probleme der Care Migration“ am 10. und 11.3.2014 in Berlin.

⁹ Vgl. „Kassen fordern bessere Bezahlung für Pflegekräfte“, Die Welt vom 14.04.2014

¹⁰ Vgl. Statistisches Bundesamt (2013): Statistisches Jahrbuch, S. 370

¹¹ Vgl. Theobald, Hildegard; Szebehely, Marta; Preuß, Maren (2013): Arbeitsbedingungen in der Altenpflege. Edition sigma, Berlin, S. 153

Zudem sollten Pflegekräfte dabei unterstützt werden, so lange so gesund wie möglich ihren Beruf ausüben zu können und nicht vorzeitig aus gesundheitlichen Gründen aus dem Beruf auszusteigen. Hierfür müssen die finanziellen Rahmenbedingungen verbessert werden, um gesundheitsfördernde betriebliche Maßnahmen sowie die Einrichtung von altersgerechten Arbeitsplätzen zu refinanzieren.

Verbesserung der Ausbildungsbedingungen

Das Deutsche Rote Kreuz fordert eine umfassende Verbesserung der Ausbildungsbedingungen in der Altenpflege, um mehr Menschen für eine Ausbildung gewinnen zu können.

Dazu zählt an erster Stelle die Schulgeldfreiheit der Pflegeausbildung für die Auszubildenden. Derzeit wird noch in sieben Bundesländern ein Schulgeld erhoben, das zum Teil von den Auszubildenden zu entrichten ist und monatlich bis zu 200 Euro betragen kann¹². Ein Schulgeld macht nicht nur die Altenpflegeausbildung im Vergleich zu anderen Ausbildungsberufen unattraktiv, es versperrt manchen auch den Zugang zu diesem Berufsfeld. Die im Koalitionsvertrag von 2013 angeführte Abschaffung des Schulgeldes für Altenpflegeauszubildende wird daher vom Deutschen Roten Kreuz begrüßt.

Für ausbildende Betriebe und Einrichtungen müssen die finanziellen Rahmenbedingungen dringend verbessert werden. Die Ausbildung von Altenpflegefachkräften bedeutet für die Betriebe und Dienste eine finanzielle Mehrbelastung. Ausbildende Betriebe und Dienste erfahren dadurch einen Wettbewerbsnachteil. Daher sollte aus Sicht des Deutschen Roten Kreuzes ein Umlageverfahren in allen Bundesländern so rasch wie möglich eingeführt werden, um die Ungerechtigkeiten zwischen ausbildenden Einrichtungen und nicht-ausbildenden Einrichtungen aufzuheben.

Auch die schulische Ausbildung muss finanziell besser ausgestattet werden. Die Anforderungen an die Qualifikation der Lehrkräfte in den Altenpflegeschulen sind hoch; in der Regel werden von den Behörden in den Ländern Masterabschlüsse oder Diplome im Bereich Pflege/Pädagogik verlangt. Die Altenpflegeschulen können aufgrund ihrer begrenzten finanziellen Ressourcen diese hochqualifizierten Lehrkräfte jedoch oft nicht angemessenen entlohnen. In der Folge können sie ihre festen Stellen bisweilen nicht besetzen und müssen mit Honorarkräften arbeiten. Die Altenpflegeschulen müssen Bestandsschutz erhalten und finanziell besser ausgestattet werden. Für die angemessene finanzielle Absicherung der Altenpflegeschulen ist eine stärkere Beteiligung der Länder bzw. Kommunen und Gemeinden erforderlich.

Mit Blick auf den verschärften Fachkräftemangel ist neben der intensivierten Ausbildung von Pflegefachkräften auch eine verstärkte Nachqualifizierung von un- und angelernten Pflegehilfskräften erforderlich. Für manche Menschen ist eine dreijährige Fachausbildung in der Altenpflege zunächst zu hochschwellig. Für sie kann eine mehrwöchige Helfer/-innenausbildung oder die in der Regel einjährige Altenpflegehilfeausbildung einen besseren Einstieg darstellen. Für manche Menschen, die z. B. über noch nicht ausreichende Deutschkenntnisse verfügen, kann eine mehrwöchige Helfer/-innenausbildung ihre allgemeinen und pflegefachlichen Deutschkenntnisse vertiefen und das Berufsfeld näherbringen.

Bei den Nachqualifizierungen ist die fehlende Refinanzierung der Nachqualifizierungskosten ein zentrales Problem. Die Kosten von Nachqualifizierungen müssen aus den Pflegesätzen von den Einrichtungen und Diensten finanziert werden. Durch eine angemessene Refinanzierung der Nachqualifizierungs- und Weiterbildungskosten muss den Einrichtungen und Diensten die Möglichkeit gegeben werden, ihre Ausbildungsangebote auszuweiten und an den individuellen Weiterbildungsbedarfen der Pflegekräfte anzupassen.

Für die Attraktivität des Berufsfeldes ist es dringend erforderlich, dass eine verstärkte Nachqualifizierung mit einer vertikalen und horizontalen Durchlässigkeit der verschiedenen Aus-

¹² Vgl. Carekonkret vom 28.03.2014, S. 1

bildungs- und Weiterbildungsniveaus verbunden ist. Das heißt, dass z. B. der Durchstieg von der einjährigen Altenpflegehilfeausbildung zur dreijährigen Altenpflegefachausbildung möglich sein muss. Da die Helfer/-innenausbildung in der Regelungszuständigkeit der Länder liegt und die Fachausbildung in der des Bundes, ist eine Durchlässigkeit bisher nicht gegeben. Hier wäre eine bundeseinheitliche Regelung für die Helfer/-innenausbildung erforderlich, die einheitlich Mindeststandards der Ausbildung verbindlich festschreibt und diese vergleichbarer macht.

Das DRK setzt sich für die generalistische Pflegeausbildung sowie für die vertikale und horizontale Durchlässigkeit in der Pflegebildung ein.

Gesteuerte Zuwanderung

Die Anwerbung von Menschen aus anderen Ländern kann aus Sicht des Deutschen Roten Kreuzes den Arbeitskräftemangel in der Altenhilfe in Deutschland nicht beheben oder auch nur erkennbar mindern. Sie kann lediglich ein Bestandteil des Maßnahmenpaketes zur Fachkräftesicherung sein.

Vorrangig sollten alle inländischen Potentiale ausgeschöpft werden. Das heißt, dass auch Zielgruppen, die bisher in dem Berufsfeld Altenpflege möglicherweise unterrepräsentiert sind, wie z. B. Männer, Menschen mit bestimmten Migrationshintergründen oder Menschen nach einer längeren Erwerbsunterbrechung, verstärkt bei der Aufnahme einer Aus- oder Weiterbildung für den Berufsbereich unterstützt werden sollten, sofern sie sich für den Bereich interessieren und dafür geeignet sind.

Darüber hinaus kann die Anwerbung von Pflege- und auch Betreuungskräften aus anderen Ländern als ein Bestandteil des Maßnahmenpaketes erfolgen, sollte jedoch folgende Voraussetzungen erfüllen:

- Der globale Verhaltenskodex der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist einzuhalten. Laut der WHO herrscht in 57 Ländern der Welt ein akuter Mangel an Gesundheitspersonal. In diesen Ländern soll laut dem Kodex kein Gesundheitspersonal abgeworben werden.
- Die angeworbenen Personen sollten vorab in ihren Herkunftsländern über den Arbeitsbereich und die Aufgaben informiert werden, um keine falschen Erwartungen zu entwickeln. Auch sollten sie sprachlich und kulturell bereits in ihren Herkunftsländern vorbereitet werden.
- In der Altenhilfe müssen die angeworbenen Pflegekräfte für die bedarfsgerechte Kommunikation mit Pflegebedürftigen, Angehörigen, Ärzten und anderen Berufsgruppen sowie für die Pflegedokumentation die deutsche Sprache und pflegefachliche Ausdrücke ausreichend in Wort und Schrift beherrschen. Der Deutsche Pflegerat empfiehlt in diesem Zusammenhang die bundesweit einheitliche Sprachkompetenz B2 GER (Gemeinsamer Europäischer Referenzrahmen).
- Mit Blick auf den Verbleib in Deutschland oder die Rückkehr in das Herkunftsland sollte das Freiwilligkeitsprinzip gelten. Die angeworbenen Pflegekräfte sollten die Möglichkeit haben, ihre Familien nachziehen lassen zu können.
- Die angeworbenen Pflegekräfte dürfen nicht zu anderen Bedingungen in den Einrichtungen arbeiten und bezahlt werden wie die bereits beschäftigten Kolleginnen/Kollegen. Auch mit Blick auf die Berufsausbildung, Weiterbildungsmaßnahmen sowie Karriereausichten sind sie gleich zu behandeln.
- Für eine nachhaltige Integration müssen die angeworbenen Menschen insbesondere in der Eingewöhnungsphase umfassend unterstützt und begleitet werden.

5. Entbürokratisierung

Das Deutsche Rote Kreuz spricht sich für eine nachhaltige Entbürokratisierung der Pflege aus. Der vom Bundesgesundheitsministerium eingeschlagene Weg, Beispiele übermäßiger Bürokratie aus Sicht der Fachöffentlichkeit zu sammeln sowie konkrete Entbürokratisierungsvorschläge aus der Praxis zu prüfen, wird begrüßt, denn hieraus können Empfehlungen zu Gesetzesänderungen entwickelt werden. Dieser Weg muss konsequent weiterverfolgt werden.

Der Dokumentationsaufwand und die Bürokratie in der Pflege ist eine Belastung für Pflegekräfte und Angehörige, denn sie bindet Zeit und Kraft, die für die eigentliche Pflegearbeit nicht mehr zur Verfügung steht. Um die Pflegedokumentation effizienter zu gestalten, haben u. a. Einrichtungen der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege unter der Verantwortung der Ombudsfrau zur Entbürokratisierung in der Pflege an einem Praxistest teilgenommen.

Von Oktober 2013 bis Januar 2014 wurde eine veränderte Grundstruktur und Ausrichtung der Pflegedokumentation in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen erfolgreich getestet. Durch dieses Projekt wurde eine neue Pflegedokumentation entwickelt, die im Abschlussbericht im Frühjahr 2014 vorgestellt wurde.

Das Deutsche Rote Kreuz fordert, die bürokratischen Belastungen auf das Maß zu reduzieren, das zur Qualitätssicherung wirklich notwendig ist. Weniger Bürokratie bei der Pflegedokumentation entlastet Pflegekräfte und pflegende Angehörige und schafft mehr Zeit für die Pflege als Kernaufgabe.

Auch sollte eine bessere Verzahnung der Prüforgane Heimaufsicht und MDK forciert werden, welche Doppelprüfungen ausschließt. Absprachen bezüglich der Forderungen und Auflagen müssen harmonisiert werden. Zudem sollte auf die Auslegung der Vorgehen vor Ort durch die einzelnen Prüfer und die tatsächlichen Vorgaben eingegangen werden. Dies gilt auch nahezu gleich für den ambulanten Bereich.

6. Entlastung von Angehörigen

Die Pflege und Betreuung von Pflegebedürftigen durch Angehörige nimmt einen wichtigen Stellenwert ein. Die Übernahme der Pflege geschieht oft unvorbereitet, so dass zu diesem Zeitpunkt Informations-, Beratungs- und Unterstützungsmöglichkeiten notwendig sind, die Belastungen mindern und Entlastungen schaffen.

- Aus Sicht des Deutschen Roten Kreuzes sollten die Informations- und Beratungsangebote flächendeckend stärker ausgebaut werden. Dabei sind auch die Beratungsangebote von Pflegediensten und Telefonberatungshotlines der Wohlfahrtsverbände zu berücksichtigen.
- In einem zweiten Schritt sind die Beratungsstrukturen qualitativ zu verbessern, damit die Beratung inhaltlich umfassend und passgenau auf die persönliche Situation des Hilfesuchenden ausgerichtet werden kann. Die Methode des Case-Managements sollte stärker Berücksichtigung finden, wenn die Selbststeuerung der Betroffenen und Angehörigen nicht ausreichend ist.
- Bislang hängt die gesetzliche Freistellung vom Arbeitsplatz für die gegenseitige Fürsorge innerhalb einer Familie vom Alter der Angehörigen ab. Nicht nur bei Erkrankung der Kinder sondern für die Pflege von Familienangehörigen aller Altersgruppen sollen im Rahmen eines gesetzlich festgelegten Familienpflegezeitanspruches bis zu 10 Arbeitstagen pro Jahr als Lohnersatzleistung vergütet werden.
- Wichtig ist unseres Erachtens auch die Finanzierung von hauptamtlichen Organisationsstrukturen für Ehrenamtliche.

Im Pflegeverlauf nimmt die psychische und körperliche Belastung von pflegenden Angehörigen schleichend zu. Hier ist die Möglichkeit, den potentiell auftretenden, zeitlichen, körperli-

chen und psychischen Belastungen frühzeitig mit Beratungs- und Entlastungsangeboten entgegenzutreten, aber auch intensivere Entlastungsangebote vorzuhalten. Entsprechende Angebote müssen bezahlbar, wohnortnah, aber auch qualitätsgesichert sein.

Die Kommunen sind als Ort des Geschehens eines steigenden Hilfe- und Pflegebedarfs besonders gefordert. Sie müssen sich stärker als bisher der neuen Herausforderung der Gestaltung des sozialen Nahraums (Sozialraumorientierung) stellen, tragfähige lokale Lösungen finden und so zur Umsetzung der Grundsätze „Reha vor Pflege“ sowie „ambulant vor stationär“ beitragen.

Die Versorgung von Hilfe- und Pflegebedürftigen ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Das Deutsche Rote Kreuz sieht hier die Kommunen konzeptionell - aber auch personell und finanziell - gefordert, die notwendigen Abstimmungen für die lokalen Informations- und Hilfe-/Pflegeangebote mit den vorhandenen Leistungsanbietern zu entwickeln und einzusetzen.

7. Finanzierung

Nachhaltige Finanzierung unter Demografief Gesichtspunkten

Die dringend erforderliche nachhaltige Weiterentwicklung des Finanzierungssystems in der Pflege sollte aus Sicht des Deutschen Roten Kreuzes grundsätzlich solidarisch und paritätisch gestaltet sein. Pflege in guter Qualität fordert eine gesamtgesellschaftlich verankerte Verantwortung, und diese schlägt sich sowohl im Engagement als auch in der Bereitschaft zur Finanzierung der notwendigen Leistungen nieder.

Nach Experteneinschätzung gibt es mehrere Gründe für den zukünftig steigenden Finanzierungsbedarf in der Pflegeversicherung¹³:

- Die demografische Entwicklung, der zufolge sich die Zahl pflegebedürftiger Menschen von heute ca. 2,3 Mio. auf 4,5 Mio. in 2050 um ca. 50 Prozent bei gleichzeitigem Rückgang der Erwerbsbevölkerung um ca. 20 Prozent verdoppeln wird.
- Verschiebung der Versorgungsstrukturen: Seit Beginn der Pflegeversicherung ist der Anteil der zu Hause von Familienangehörigen versorgten Pflegefälle immer mehr, von 56,3 Prozent in 1997 auf 43,9 Prozent in 2012¹⁴, zurückgegangen. Ursache ist die höhere berufliche Mobilität sowie die wachsende Erwerbstätigkeit der Frauen. Die professionelle Pflege erhält damit eine zunehmende Bedeutung, die sich auch in der Bezahlung ausdrücken muss.
- Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes: Die Aussage der Politik im Koalitionsvertrag der 18. Legislaturperiode beinhaltet, dass die Pflegebedürftigen, welche heute Leistungen erhalten, durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs nicht schlechter gestellt werden sollen. Diese Aussage bedeutet jedoch auch, dass zusätzliche Leistungen einen zusätzlichen Finanzbedarf erfordern. Es ist mit Mehrausgaben von bis zu 3 Mrd. Euro bzw. ca. 15 Prozent des Ausgabenniveaus zu rechnen.¹⁵

Die Gestaltung einer solidarischen und insbesondere nachhaltigen Finanzierung der Pflegeversicherung ist somit eine notwendige Voraussetzung für eine grundlegende Pflegereform.

Das Deutsche Rote Kreuz befürwortet zwar den Aufbau eines Pflegevorsorgefonds als einen Einstieg in eine demografiesichere Finanzierung der Pflege, fordert jedoch dazu auf, die Nachhaltigkeit dieses Instrumentes zu gewährleisten.

Der Aufbau eines temporären Kapitalstocks löst nicht das finanzielle Grundproblem bei der Pflegeversicherung. Nach Ansicht der Fachexperten sinkt nach Abklingen der geburtenstar-

¹³ Rothgang/Jacobs: GGW 2013: Pflegereform 2014: Was ist zu tun? / Rothgang/Raffelhüschen u. a. in „Auf ein Neues: Reform der Pflegeversicherung in Wirtschaftsdienst 91. Jhg. 2011

¹⁴ Rothgang/Raffelhüschen u. a. 2011 ebd.

¹⁵ Rothgang/Raffelhüschen u. a. 2011 ebd.

ken Jahrgänge der 50er und 60er Jahre die Zahl der Pflegebedürftigen ab 2055 wieder und damit auch die Finanzierungslast. Jedoch sinkt zum gleichen Zeitpunkt auch die Zahl der Beitragszahler, so dass die Problematik steigender Kosten versus sinkender Beitragseinnahmen in der Pflegeversicherung nicht langfristig gelöst wird. Es besteht also weiterhin die Gefahr, dass der demografiebedingte, wachsende Finanzierungsbedarf in der Pflege nicht vollständig abgedeckt wird.

Dynamisierung

Nur eine verbindliche und regelmäßige Leistungsdynamisierung trägt nach Ansicht des Deutschen Roten Kreuzes zur Sicherung der Realwertkonstanz bei den Leistungen der Pflegeversicherung bei.

Eine realistische Anpassung aller Leistungen der Pflegeversicherung gemäß § 30 SGB XI ist dringend erforderlich. In der Zeit von 1995 bis 2008 hat generell keine Dynamisierung der Leistungen des SGB XI stattgefunden. Schon in diesem Zeitraum erfolgte ein Realwertverlust bei den Versicherungsleistungen, da z. B. die Heimentgelte als Pflegesatz zuzüglich des Entgelts für Unterkunft und Verpflegung durchschnittlich um 1,3 Prozent pro Jahr steigen.¹⁶ Auch die seit 2008 punktuell erfolgten Leistungsanpassungen verhinderten einen weiteren Realwertverlust nicht. Nach Angaben des Bundesgesundheitsministeriums lag der Realwertverlust der Pflegeversicherungsleistungen seit dem Jahr 1995 bis zum Jahr 2011 bei rund 21 Prozent¹⁷.

In der Folge stieg zwangsläufig der Eigenanteil der Versicherten bei den genutzten Leistungen weiter. Auch der Anteil derjenigen Pflegebedürftigen wächst, die ergänzende Sozialhilfe zur Begleichung von Aufwendungen für die Pflege beantragen müssen. In diesem Zusammenhang weist das Deutsche Rote Kreuz darauf hin, dass die Unabhängigkeit von Sozialhilfebezug einer der Gründe für die Einführung der Pflegeversicherung war.

Das Deutsche Rote Kreuz hält eine Anpassung der Versicherungsleistungen ausschließlich anhand der Preisentwicklung für unzureichend. In der personalintensiven Pflege sind neben der Sachkostenentwicklung vor allem die Personalkostensteigerungen relevant. Eine Dynamisierung der Leistungen unterhalb der Lohnsteigerungsrate führt dauerhaft zu einer Unterdeckung.¹⁸ Deshalb sollte zur Sicherung der Realwertkonstanz eine verbindliche und regelmäßige Leistungsdynamisierung angestrebt werden, die nicht nur die allgemeine Preisentwicklung, sondern auch die allgemeine Lohnentwicklung berücksichtigt.

¹⁶ Rothgang/Raffelhüschen u. a. 2011 ebd.

¹⁷ BT Drucksache 17/7239, S. 40

¹⁸ Rothgang/Raffelhüschen u. a. 2011 ebd.