

# Herausforderung Altenpflege für die Politik

## Rückblick auf den 24. Bundeskongress

Zum Kongressauftakt am 15. November 2018 konnte der DVLAB-Bundesvorsitzende Peter Dürrmann in Berlin wie im letzten Jahr 500 Führungskräfte begrüßen. Sie waren gekommen, um das Spannungsfeld Altenpflege gemeinsam mit namhaften Expertinnen und Experten abzuschreiten, besondere Baustellen zu identifizieren und auszuloten, welche Bausteine hilfreich sind für ein zukunftssträchtiges Gesamtkonzept – und welche noch fehlen.



**Peter Dürrmann**, Bundesvorsitzender des DVLAB und Programmierer des Kongresses, führte das Auditorium zunächst in die zu erwartenden Themenfeldern der kommenden zwei Tage ein. Dafür skizzierte er die Lage in Deutschland, z.B. die Personalnot in allen Regionen. Ein soziales Pflichtjahr sowie Pflegekräfte aus dem Ausland könnten das lindern, bieten laut Dürrmann aber keine nachhaltig stabile Lösung des Problems. Hier müsse der Blick auch zum richtigen Personalmix sowie zur künftigen Finanzierung der Pflege gehen. Das sei bedeutsam für die weitere Ausgestaltung und Ausdifferenzierung der Versorgungslandschaft, was wiederum die Frage u.a. nach Investitionsbereitschaft und Renditeerwartung aufwerfe. Von der anstehenden Podiumsdiskussion unter bundespolitischer Be-

teiligung erhoffte sich Dürrmann ein positives Signal zum Vorschlag des DVLAB, für die spezialisierte stationäre Versorgung von Menschen mit Demenz und erheblichen Verhaltensauffälligkeiten einen bundesweiten gerontopsychiatrischen Zuschlag einzuführen.

Für den zweiten Kongresstag kündigte er Erkenntnisse über inklusionsorientierte Wohnquartiere an, für die auch Führungskräfte Impulsgeber sein können. Ebenso könnte sich aus Dürrmanns Sicht für die Altenhilfe aus der Behindertenhilfe heraus ein Handlungsfeld abzeichnen. Für alle diese Aufgaben sei aber der Erhalt des eigenständigen Kompetenzen der Altenpflege in den neuen Pflegeausbildungen Voraussetzung. Ebenso wichtig war ihm der Verweis auf die neuen Qualitätsprüfungen, die Einrichtungen ab 2019 ins Haus stehen. Und dann machte Dürrmann noch Appetit auf den letzten Vortrag des Kongresses, der die Geheimnisse des niederländischen Erfolgsmodells „Buurtzorg“ lüften sollte.

Nach dieser Einführung ins Programm bot sich den Führungskräften nun eine zweitägige Phalanx von 15 interessanten Vorträgen sowie einer Podiumsdiskussion, die mit hoher Aufmerksamkeit verfolgt wurde und zuweilen auch Unmut hervorrief.



## **Birgit Naase:**

### **Herausforderung Altenpflege für die Politik**

Birgit Naase leitet die Abteilung 4 „Pflege und Prävention“ im Bundesgesundheitsministerium und stellte auf dem Bundeskongress nun die Ziele und Maßnahmen der Bundesregierung vor. Sie umriss die Pflegestärkungsgesetze 1 bis 3, um dann näher auf das Pflegepersonalstärkungsgesetz einzugehen. Es tritt am 1.1.2019 in Kraft und soll der stationären Altenpflege u.a. 13.000 zusätzliche, durch die Krankenkassen finanzierte Stellen verschaffen. Dies sei ein erster Schritt, die personellen Engpässe zu überwinden, sagte Naase. Aber woher sollen diese Fachkräfte kommen? „Wer vier Monate lang keine Fachkraft findet, kann auch eine Hilfskraft in Ausbildung zur Fachkraft einstellen“, so die Referentin. Auch die „Konzertierte Aktion Pflege“ (KAP) der Bundesregierung kümmere sich intensiv um das Personalproblem. Die AG 1 widme sich z.B. der Ausbildung und Qualifizierung, die AG 2 dem unverzichtbaren Personal-Management, die AG 4 der wichtigen Gewinnung ausländischer Arbeitskräfte, die AG 5 den Entlohnungsbedingungen. „Alles hängt miteinander zusammen. Ich bin froh, dass der DVLAB in der KAP dabei ist, wir brauchen die erfahrenen Praktiker“, rief Naase ins Publikum. Zu vielen Zukunftsfragen erhoffe sie sich aber auch von diesem Kongress Ergebnisse. „Wie denkt man im Bundesgesundheitsministerium beispielsweise über ein soziales Pflichtjahr?“, wurde sie von Dürrmann gefragt. Sie hielt kurz inne, verriet dann, man habe im Ministerium sogar schon darüber nachgedacht, es auch für ältere Menschen einzuführen – und ertete dafür tumultartige Empörung im Saal.

## **Bernhard Schneider:**

### **Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung**

Bernhard Schneider ist Hauptgeschäftsführer der Evangelischen Heimstiftung GmbH (Stuttgart) und seit dem 24. Bundeskongress frisch gebackenes Mitglied des DVLAB. Seinen Beitritt kommentierte das Publikum mit Applaus. Auf der Veranstaltung sprach Schneider jedoch als Sprecher von „Pro-Pflegereform“. Diese Initiative plädiert für einen „echten Systemwechsel“ in der Pflegeversicherung, die der Redner ein „technokratisches Monstrum“ nannte. Die vorgeschlagene Reform mache dagegen die Pflege für alle Pflegebedürftigen bezahlbar und fuße wesentlich auf zwei Säulen: „Erstens muss die starre Trennung zwischen dem ambulanten und stationären Sektor vollständig aufgehoben werden. Dann können wir das Ganze künftig nach dem Prinzip ‘Wohnen und Pflegen’ organisieren. Zweite Voraussetzung: Wir führen eine Pflegevoll(kasko)versicherung mit fixem Eigenanteil ein, tauschen also quasi Sockel und Spitze.“ Diese Ideen für eine grundlegende Reform der Pflegeversicherung seien nun in der Welt und würden bereits vom KDA, dem „Miterfinder der Pflegeversicherung“, Unterstützung erhalten. „Unsere anfängliche Flughöhe von 10.000 Metern hat sich also schon auf 5.000 Meter verringert“, sagte Schneider erfreut.



**Prof. Dr. Heinz Rothgang:**  
**Ambulantisierung stationärer Pflegeeinrichtungen**

Heinz Rothgang ist Gesundheitsökonom an der Universität Bremen. In seinem Vortrag stellte er zunächst fest, dass es seitens des Gesetzgebers Anreize für eine Ambulantisierung vollstationärer Einrichtung gebe – „und wohl auch Tendenzen dahin“. Die festgestellte Zunahme des Wechsels basiere aber (noch) auf bisher „mikroskopisch kleinen Zahlen“. Dennoch müsse gefragt werden: Lohnt sich die Ambulantisierung? Hier Rothgangs Antworten auf Basis seiner wissenschaftlichen Erkenntnisse:



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

Rothgangs Fazit: Der höhere Nutzen einer ambulanten gegenüber einer stationären Versorgung müsse erst noch nachgewiesen werden. Zielführend sei jedenfalls nicht, quasi durch „Stapelleistungen“ das Gleiche ambulant anzubieten, was vorher stationär geleistet wurde, und es auf diese Weise nur teurer zu machen. Insgesamt favorisierte Rothgang wie sein Vorredner die Aufhebung der Sektorengrenzen. „Es ist nämlich keine Lösung, die Mauer zwischen den Sektoren noch höher zu ziehen oder gar zusätzlich einen dritten Sektor – nennen wir ihn mal ‘stambulant’ – zu schaffen. Dann müssten ja gleich zwei Mauern geschützt werden.“



**Stephan Dzulko:**  
**Nutzerorientierte ambulantisierete Versorgungsmodelle**

Die Annahme, Ambulantisierung hieße lediglich, eine Wohnform ambulant abzurechnen, sei ihm schon häufiger begegnet, berichtete Stephan Dzulko. Dass sich bei der Ambulantisierung der Schwerpunkt von der Versorgung auf das Wohnen verschiebe, sei dagegen noch nicht überall durchgedrungen. „Die Pflege in Deutschland ist und bleibt eben sehr pflegelastig, gerade in Pflegeheimen“, sagte er schmunzelnd. Der Experte von der context Akademie Krefeld forderte einen echten Perspektivwechsel bei der Umwandlung von stationär nach ambulant, vor allem müsse der Schritt den Nutzerinnen und Nutzern auch wirklich dienen.

„Sonst hat Ihr Bewohner nämlich nichts davon!“ Erst eine wirkliche Konzeptänderung hin zur Selbstbestimmung des Mieters mache die Ambulantisierung zum Zugewinn für den Pflegebedürftigen. Stephan Dzulko deklinierte das am Beispiel „Putzen in der eigenen Häuslichkeit“ durch und wies darauf hin: „Am Ende bestimmen nicht mehr Sie, wie oft in der Wohnung Ihres Mieters geputzt wird, sondern er bestimmt die Spielregeln selbst. Sie als

Dienstleister sind lediglich zu Gast bei ihm.“ In der Folge steige allerdings aufgrund schlechterer Planbarkeit das Risiko der Leistungsanbieter. Im Gegenzug stünde nach der Ambulantisierung mehr Personal zur Verfügung. „Und wenn Sie nicht nur Wohngemeinschaften beherbergen, sondern auch noch eine intelligente Verknüpfung mit der Tagespflege hinkriegen, entsteht unter dem Strich tatsächlich mehr Zeit für die Menschen – zum Beispiel für das gemeinsame Gespräch. Das wäre dann ein echter Zugewinn!“

**Ulrich Schartow:**  
**(K)eine Chance für die vollstationäre Altenpflege**

Ulrich Schartow ist Geschäftsführer der BFS Service GmbH. Als Betriebswirt und Banker sieht er sich als „Begleiter am Spielfeldrand“. Aus dieser Perspektive beobachtete er in den letzten 10 Jahren eine Marktveränderung weg von der ganz überwiegend rein stationären Versorgung hin zu Verbundprojekten und ambulanten Einrichtungen. „Das ist den Reformen in der Pflege geschuldet. Gerechtfertigt erscheint es mir aber nicht“, sagte er. „Für mich sieht es eher nach Benachteiligung der stationären Pflege aus.“ Dabei sei diese aus Sicht der Banken eine Sozialimmobilie und somit deutlich leichter zu finanzieren,



denn die Refinanzierung ist über Investitionskosten gesichert. „Anders beim Betreuten Wohnen. Das ist eine Wohnimmobilie, die Refinanzierung erfolgt also über ortsüblich durchsetzbare Nettokaltmieten.“ Bei Einrichtungen der Altenpflege prüfe die Bank neben dem Businessplan des Gesamtbetriebes immer 1. den Sicherheitenwert und 2. die Frage, was eine Immobilie selbst erwirtschaften kann. Daraus würden sich unterschiedliche Zinskonditionen und auch verschiedene Finanzierungsmöglichkeiten ergeben, z.B. über Kreditfonds. Schartow nahm auch zur häufig gehörten Behauptung Stellung, „die Privaten“ würden 25% Eigenkapitalrendite „kassieren und sich die Taschen vollmachen“. Solchen Anwürfen müsse der DVLAB sachlich entgegentreten, forderte er. Aber es brauche natürlich einen Maßstab für die Effizienz eines Unternehmens. Hier zog der Referent die Brutto-Umsatzrentabilität heran, die bei 6 bis 8 % liege. Die Formel für den zu errechnenden Wert lautet:  $(\text{Gewinn} + \text{Fremdkapitalzinsen}) : \text{Umsatz} \times 100 = \text{Brutto-Umsatzrentabilität}$



**Peter Dürrmann:**  
**Gerontopsychiatrische Herausforderungen und stationäre Notwendigkeiten**

Der DVLAB-Bundesvorsitzende Peter Dürrmann stellte Ergebnisse einer von seinem Verband initiierten Studie vor, die mit dem IPW (Universität Bielefeld) umgesetzt wurde. Sie beschäftigte sich mit der Frage, welche Versorgungsbedarfe Menschen mit Demenz und ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten haben. „Der Gesetzgeber hat die Leistungen für Menschen mit Demenz vielfach

verbessern“, sagte Dürrmann. Aber für den benannten Personenkreis sei das nicht gelungen: „Nach der Überleitung war die Personalausstattung zwar gut“, zeigte Dürrmann am Beispiel seiner Einrichtung in Holle auf, „aber die Talsohle ist noch nicht erreicht.“ Würde die identischen Personengruppe neu eingruppiert werden, ließe das die Pflegegrade sinken. Die Folge: in seinem Beispiel Holle ein Budgetverlust von 20.560 Euro im Monat und 6,61 weniger Vollzeitstellen. Schuld daran seien die beiden Module zu kognitiven Fähigkeiten und zu Verhaltensweisen, die gesamt mit nur 15 % zu Buche schlagen. „Dabei sind ausgeprägte Verhaltensauffälligkeiten wie Agitation, Depressivität, Angst und Aggressivität bei Bewohnern mit Demenz in der stationären Pflege täglich präsent, hier sprechen die Zahlen eine deutliche Sprache!“ Fast 50 % der betroffenen Heimbewohner weisen in Modul 3 „Verhaltensweisen und psychische Problemlagen“ schwerste Beeinträchtigungen auf. Dennoch würde die beforschte Personengruppe, deren Betreuung und Versorgung so zeitintensiv ist, bei der Neueinstufung zu ungefähr einem Viertel nur Pflegegrad 3 erreichen. „Das Belastungserleben der Pflegenden ist aber schon heute enorm hoch!“ Die hier benannte Personengruppe mit noch geringerer Personalausstattung pflegen zu müssen, grenzte für Dürrmann „an gefährliche Pflege und Körperverletzung“. Sein Vorschlag: bundesweit ein gerontopsychiatrischer Zuschlag für Heime mit Spezialisierung. Das würde die Pflegeversicherung 550 Mio. Euro im Jahr kosten, was 0,5 Beitragspunkten entspricht. „Das brauchen wir, weil es fachlich der richtige Weg ist. Deshalb sollten wir dafür streiten!“

**Michael Wipp:**  
**Pflegequalität und Alltagsrealität  
jenseits der Fachkraftquote**

Für Michael Wipp, sowohl examinierter Alten- als auch Krankenpfleger, langjährige Leitungskraft sowie Inhaber von WippCare (Karlsruhe) und Geschäftsführer Qualitätsmanagement der EMVIA LIVING Gruppe, steht die Fachlichkeit im Fokus. Aus dieser Perspektive näherte er sich zunächst der in die Jahre gekommenen Fachkraftquote. „Ihre Erfüllung ist noch lange kein Garant für Pflegequalität – und jedes Bundesland hat ohnehin seine eigenen Personalschlüssel. Also bitte – 50 % wovon eigentlich?“



In Baden-Württemberg spreche man hierbei von „Pflegefachkräften“, in Brandenburg von „Fachkräften“. Aber überall gelte: „Wird die Quote nicht erfüllt, folgt Belegungsstopp.“ Also werde jeder genommen, der auf dem Markt zu kriegen ist, und sei es mit Hilfe von Zeitarbeitsfirmen. „Die profitieren von der Fachkraftquote am meisten – aber bekommen Sie so auch die gebotene Fachlichkeit ins Haus?“, fragte Wipp.

Das solle kein Plädoyer für eine unkritische Absenkung oder gar die sofortige Abschaffung der Fachkraftquote sein, so Wipp. Er wolle vielmehr eine vernünftige Zwischenlösung, bis ein valides neues Personalbemessungssystem vorliege, „mit dem wir uns dann hoffentlich von der FKQ verabschieden können“. Qualität statt Quantität möge dann Regie führen. Die Frage müsse für eine Einrichtung stets lauten: Welche Art Fachlichkeit brauchen

wir? Daraus könne sich dann ein am tatsächlichen Bedarf der Klientel, am jeweiligen Konzept der Pflege und Betreuung, also letztlich am erforderlichen Leistungsspektrum orientierter Personalmix mit den entsprechend unterschiedlichen Qualifikationen ergeben. „Vergleichen Sie als Beispiel nur mal die Betreuung einer Hausgemeinschaft, die Versorgung von Menschen mit Demenz in einer WG und die vollstationäre Begleitung alkoholkranker Pflegebedürftiger: Es liegt doch auf der Hand, dass in allen drei Fällen unterschiedlicher Qualifikationsbedarf besteht – und zwar qualitativ wie quantitativ.“

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

### Podiumsdiskussion:

### Welche Pläne hatten die neue Bundesregierung und Opposition in der Altenpflegepolitik – und was wird umgesetzt?

Ursprünglich sollten wie im letzten Jahr auch die SPD und DIE LINKE mit von der Partie sein, aber daraus wurde nichts. Die Vertreterin der Bundestagsfraktion DIE LINKE stand quasi schon vor der Tür des Bundeskongresses und war im allerletzten Moment dann glaubhaft verhindert; die Bundestagsfraktion der SPD aber hatte es trotz langem Vorlauf und großem Hin und Her einfach nicht hingekriegt, jemandem aus ihren Reihen zum 24. Bundeskongress zu entsenden.



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

- Für die CDU/CSU war **Erwin Rüdell** gekommen (Mitte). Er ist auch Vorsitzender des Gesundheitsausschusses des 19. Deutschen Bundestages.
- Bündnis90/Die Grünen wurden von **Kordula Schulz-Asche** (rechts) vertreten. Sie ist Sprecherin für Pflegepolitik ihrer Bundestagsfraktion.

**So lassen sich die im Verlauf der Diskussion geäußerten Positionen zusammenfassen:**

**KORDULA SCHULZ-ASCHE:** Bei der **Ausbildungsreform** besteht nun akuter Umsetzungsbedarf. Wenn wir uns nicht darum kümmern, befürchte ich, dass die Altenpflege Auszubildende verliert. Das kann sie sich nicht leisten. Die Frage nach einer **angemessenen Vergütung** der Pflegekräfte ist nicht pauschal zu beantworten, weil hier auch die Lebensverhältnisse eine Rolle spielen. In Ballungsräumen z.B. kann eine Altenpflegekraft nicht von ihrem Lohn leben. Hier müsste die Politik Standards schaffen, die nicht unterschritten werden dürfen. Allerdings ist die Vergütung nur ein Teil der **Arbeitsbedingungen in der Altenpflege**. Mir ist wichtig, dass das Personal abends zufrieden nach Hause gehen



kann. Zum Rahmen gehört für mich daher u.a. ein neues **Personalbemessungssystem** dazu, das Pflege nach Bedarf und die Umsetzung von Konzepten entsprechend den Wünschen der Pflegebedürftigen und ihren Familien ermöglicht. Wenn es da ist, werden wir wissen, was und wer gebraucht wird. Dann muss das von den Ländern konsequent umgesetzt werden, alles andere wäre Quatsch. Was ein **Soziales Pflichtjahr** angeht, so sind wir uns doch alle im Grundsatz einig: Wir wollen eine Gesellschaft, die zusammenhält. Dafür brauchen wir jeden Menschen! Ein solches Jahr wäre also durchaus ein Schritt in die richtige Richtung, selbst wenn viele Absolventen danach nicht in der Altenpflege „kleben“ bleiben. Nur als Pflichtjahr halte ich das für kontraproduktiv. Wir sollten niemanden zwingen, sondern eher überzeugen und dafür den Freiwilligensektor stärken. Ich sage daher nicht Ja zu einem unbezahlten Pflichtdienst. Was mir noch wichtig ist: Die **Digitalisierung** ermöglicht, dass sich die Altenpflege mit anderen Gesundheitsberufen vernetzt. Das muss sein – und zwar auf Augenhöhe. Hier muss die Altenpflege mit ihren speziellen Kompetenzen wahrgenommen werden, auch von den Ärzten. Deshalb brauchen wir ein **Gesamtkonzept Gesundheitsberufe**, gerade weil es auch um Macht- und Wahrnehmungsfragen geht. Die Altenpflege sollte sich daher berufsständisch viel stärker aufstellen und organisieren. Deshalb bin ich für eine Pflegekammer vergleichbar der Ärztekammer. Gleiche Strukturen schaffen mehr Augenhöhe. Was die **künftige Finanzierung der Pflege** angeht, so wissen wir: Sie wird teurer. Deshalb plädiere ich für einen Steuerzuschuss, für das Herausnehmen versicherungsfremder Leistungen plus den Zuschuss, und für eine Bürgerversicherung. Wir wissen doch, dass die Kommunen immer mehr Sozialhilfe leisten müssen, wenn der Eigenanteil weiter steigt und die Pflegebedürftigen ihn nicht mehr bezahlen können. Deshalb müssen wir die **Kommunen stärken**, sie mit mehr Macht ausstatten und alle an der Finanzierung Beteiligten an einen Tisch bringen. Sonst bleibt es beim jetzigen Modell, dass der Bedürftige zahlt. Aber das ist kein Modell für die Zukunft, hier müssen wir radikal umdenken. Die Betroffenen brauchen Verlässlichkeit ohne Sozialhilfe-Perspektive. Der Eigenanteil muss daher in Höhe und Zeit begrenzt werden. Das führt zu einem **Sockel-Spitze-Tausch der Pflegeversicherung**. Noch ein Wort zu Ihrem Vorschlag, für Einrichtungen, die auf die Versorgung von Menschen mit Demenz und erheblichen Verhaltensauffälligkeiten spezialisiert sind, bundesweit einen **gerontopsychiatrischen Zuschlag** einzuführen: Das sehe ich auch, dass der zusätzliche Bedarf im jetzigen System nicht abgedeckt werden kann. Daher sollten Sie mir Ihre Studienergebnisse geben – und ich kümmere mich darum.

**ERWIN RÜDDEL:** Wir haben bisher viel gemacht und geschafft, gerade im Bereich ambulante Pflege. Jetzt konzentrieren wir uns auf die **stationäre Pflege**. Hier explodieren zum Beispiel die **Eigenanteile**. Wir müssen diskutieren, wie sie begrenzt werden können und wie das bezahlt werden soll. Ambulant können Familien zum Beispiel durch Mitarbeit die Kosten senken, stationär nicht. Hier habe ich seit dem letzten Jahr dazugelernt und bin nun für eine **Abschaffung der Sektorengrenzen** sowie den **Sockel-Spitze-Tausch in der Pflegeversicherung**. Es gibt keinen anderen Weg. Mit Blick auf das **Personal**



**in der stationären Altenpflege** müssen die Arbeitsbedingungen und auch die Bezahlung besser werden, dann wandern Fachkräfte auch nicht von der Alten- in die Krankenpflege ab. Vor allem brauchen wir mehr Personal. Zur **Personalbemessung** sollten wir aber erstmal die Zahlen von Prof. Rothgang abwarten, dann wissen wir wissenschaftlich begründet, was die Altenpflege wirklich benötigt. Im Übrigen hat sie viele Kompetenzen, die bisher nicht genutzt werden dürfen, etwa Assistenten oder Helfer. Diese sollten wir nutzen. Wir müssen die Dinge überhaupt neu denken. Zum **Sozialen Pflichtjahr** hat die CDU noch keine fertige Meinung, eventuell müsste man es finanziell attraktiv machen. Sehr große Chancen sehe ich in der **Digitalisierung**: Alle Daten stehen in einer sicheren Cloud – und der Patient entscheidet, wer Zugriff hat. Die Medizin und auch die Pflege werden virtuell, darin liegt ein wahnsinniges Potenzial. Von **Pflegekammern** zur Stärkung der Pflege habe ich das Gefühl, das sie in Rheinland-Pfalz der Pflege noch nicht so viel gebracht hat. Jedenfalls hat der Pflege bisher keine Kammer gefehlt. Jenseits dazu möchte ich Ihnen heute aber mit auf den Weg geben: Die Pflege muss offen sein und Chancen erkennen, z.B. auch was die von Ihnen angesprochene Versorgung von Menschen mit Demenz und Verhaltensauffälligkeiten angeht. Zuerst müssen Ideen her, die nicht mehr Geld kosten. **Mein Rat** an alle, die es mit der Pflege gut meinen, lautet: Erfinden Sie solche innovativen Modelle, seien Sie kreativ - aber kratzen Sie den guten Willen der Politik nicht noch weiter an, es reicht!



### **Prof. Dr. Friedrich Dieckmann:** **Inklusionsorientierte Wohnquartiere**

Friedrich Dieckmann ist Leiter des Instituts für Teilhabeforschung an der Katholischen Hochschule NRW (Münster). Er klärte zunächst den Begriff „Quartier“, dem sich Menschen zugehörig fühlen und in dem sich ihre täglichen Lebenswelten in einem überschaubaren Wohnumfeld berühren. „Inklusion“ wiederum ermögliche als menschenrechtliches Prinzip die Teilhabe aller Menschen in allen Lebensphasen am gesellschaftlichen Leben und sei in diesem Sinne eine Gegenwelt zu Sonderwelten. Wer aber in einem



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

**Christina Kuhn:**  
**Menschen mit Lernschwierigkeiten und Demenz  
als Herausforderung in der Behindertenhilfe**

Die Referentin ist Krankenschwester und Kulturwissenschaftlerin (M.A.) sowie vertraut mit der Verbindung von Theorie und Praxis. Bei Demenz Support Stuttgart arbeitet sie jetzt auch über und mit Menschen, die geistig behindert und zudem demenziell erkrankt sind. „Von den vom Down-Syndrom betroffenen 50- bis 59-Jährigen liegt bei jedem dritten auch eine Demenz vor“, berichtete Kuhn. Das Risiko, daran zu erkranken, sei für Menschen mit Lernschwierigkeiten – ein Synonym für geistige Behinderung – vielfach höher. Tritt bei ihnen eine Demenz hinzu, so belaste das die MitbewohnerInnen wie die BetreuerInnen, aber auch die Kollegien am Arbeitsplatz in vielfältiger Weise. Immer stehen dabei Verhaltensauffälligkeiten im Vordergrund, wie auch eine Praxisbefragung in Baden-Württemberg zeigte. „Also nicht Vergesslichkeit wie in der Altenhilfe, sondern Auffälligkeiten“, betonte Kuhn. Entsprechend müsse das Umfeld gut darauf vorbereitet werden, wie es im Bildungsprojekt „Herausforderung Demenz für Menschen mit Lernschwierigkeiten“ versucht wurde. Es richtete sich mit unterschiedlichen Modulen über neun Wochen an Mitarbeitende, Mitbewohner und Betroffene in der Behindertenhilfe zur Stabilisierung des Zusammenlebens und der Zusammenarbeit. Im Kern sollte (und konnte!) bei allen Zielgruppen durch mehr Wissen über und Verstehen von Demenz mehr Verständnis erzeugt und Handlungsmöglichkeiten erweitert werden. „Das könnte auch für die Altenhilfe spannend sein“, sagte die vom Verlauf und den Erfolgen des Kooperationsprojektes selbst begeisterte Referentin.





**Dr. Birgit Hoppe:**  
**Die neue Pflegeausbildung umsetzen**

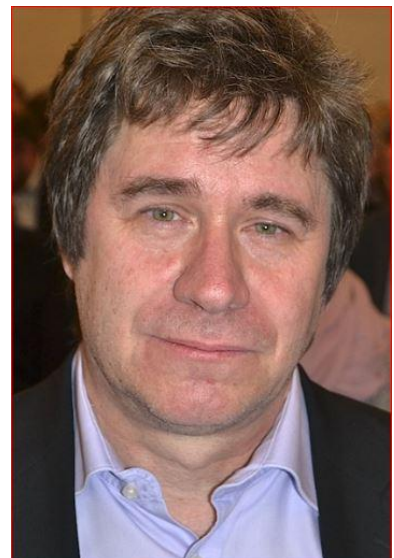
Birgit Hoppe navigierte als Vorsitzende des Arbeitskreises Ausbildungsstätten Altenpflege (AAA) und Partnerin im Bündnis für Altenpflege durch die anstehende Umsetzung der neuen Pflegeausbildungen freihändig, ohne PPP und absolut sattelfest. Schritt für Schritt legte sie auf dem Bundeskongress die Aufgaben der Altenpflege dar.

► Punkt 1: „Aufmerksam machen!“ Künftig können Auszubildende anstelle des rein generalistischen Zweiges im dritten Ausbildungsjahr die Spezialisierung Altenpflege anwählen und einen entsprechend

fachspezifischen Abschluss machen. „Diese Wahlmöglichkeiten möchten die Nicht-Freunde der Altenpflege aber natürlich am liebsten auch noch abschaffen“, warnt Hoppe, „sie wollen die Generalistik und sonst nichts.“ Aber die Spezialisierungsmöglichkeit ist im Gesetz verankert – „jetzt müssen wir zwingend auf sie aufmerksam machen. Das ist unsere erste Aufgabe!“ ► Punkt 2: Auszubildende Einrichtungen der Altenpflege müssen die Kooperation mit Krankenhäusern sichern. „Sonst können Sie nicht ausbilden und zahlen nur!“, so Hoppe. „Also kümmern Sie sich schnellstens darum, Kooperationspartner zu finden, auch wenn das im Gesetz leider nicht vorgeschrieben ist.“ Ganz schlecht seien die Voraussetzungen dafür nicht, denn die Krankenhäuser wären für ihre Auszubildenden in den ersten beiden Ausbildungsjahren umgekehrt ja auch auf die Kooperation mit der Altenpflege angewiesen. ► Punkt 3: Die Rahmenpläne für die neuen Pflegeausbildungen, die von einer Fachkommission erarbeitet werden. Hierzu richtete Hoppe gleich zwei Appelle ans Publikum. „Bestehen Sie darauf, dass auch aus unseren Reihen Expertinnen/Experten in die Kommission berufen werden.“ Und: „Drängen Sie darauf, dass alle für die Altenpflege wichtigen Kompetenzen in die Pläne hineingeschrieben werden.“ Nach vielen weiteren Informationen und wichtigen Details kommt die Referentin noch einmal auf Punkt 1 zurück: „Wir alle müssen dazu beitragen, dass die Wahlfreiheit tatsächlich umgesetzt wird und die von uns erkämpfte Spezialisierung Altenpflege nicht doch noch abhanden kommt!“

**Dr. Klaus Wingefeld:**  
**Zukünftige Qualitätsprüfung und -bewertung  
in der ambulanten und stationären Pflege**

Klaus Wingefeld ist Wissenschaftlicher Geschäftsführer und Projektleiter am Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld. Auf dem Bundeskongress berichtete er, wie das künftige Prüfverfahren und die neue Qualitätsdarstellung z.B. für stationäre Einrichtungen aussehen. Das neue Prüfverfahren besteht aus drei Säulen: der externen Qualitätsprüfung, den Angaben der Einrichtung sowie den Qualitätsindikatoren. Grundsätzlich soll geprüft werden, welche individuelle Versorgung bei jemandem etwas be-



wirkt hat, beispielsweise im Bereich der Mobilität. Bei der externen Prüfung läuft das auf die Frage hinaus, ob für den Pflegebedürftigen Risiken oder negativer Folgen entstanden sind. Bei Auffälligkeiten folgt eine Beratung, ermittelte Defizite führen sowohl zur Beratung als auch zur Bewertung. Entsprechend werden vier Stufen von „Keine Auffälligkeiten oder Defizite“ bis hin zu „Negative Folgen“ unterschieden. In der Gesamtbewertung der Stichproben schlägt sich das erneut in vier möglichen Qualitätsbeurteilungen nieder, die von „Keine oder geringe Qualitätsdefizite“ bis zu „Schwerwiegende Qualitätsdefizite“ reichen. Neu für die Einrichtungen ist im Prozedere auch, dass das Fachgespräch künftig ebenso wichtig ist wie die Dokumentation. Diese muss aber in jedem Fall die Planung und Maßnahmen enthalten. Unterm Strich geht es für Einrichtungen künftig darum, nicht nur Schädigungen beim Pflegebedürftigen zu vermeiden, sondern auch seine bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgung nachzuweisen. Die öffentliche Qualitätsdarstellung soll aus drei „Bausteinen“ bestehen: 1. Informationen zur Einrichtung (z.B. Ausstattung, Spezialisierung), 2. Ergebnisse der Qualitätsprüfung, 3. Ergebnisse der Indikatoren. Sie werden abgestuft in neutralen Symbolen dargestellt. Klaus Wingenfeld fasste zusammen: „Das neue System ist insgesamt fachlicher und auch anspruchsvoller für alle Beteiligten. Es hat Konsequenzen für das Qualitätsmanagement einer Einrichtung. Die Öffentlichkeit erhält künftig mehr Informationen und kann auch besser vergleichen, denn Qualitätsprobleme und -unterschiede werden nun sichtbar.“

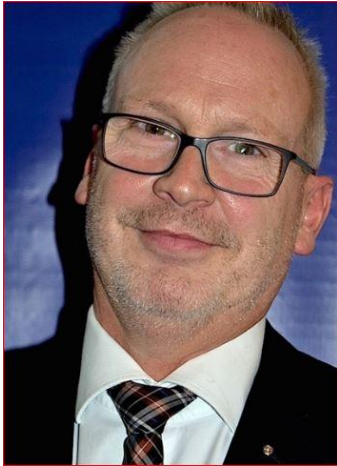


### **Dr. Markus Plantholz:** **Wieviel Gewinnchance darf sein?**

Markus Plantholz ist Fachanwalt für Medizinrecht und Partner der Sozietät Dornheim Rechtsanwälte & Steuerberater, Hamburg. Auf dem Bundeskongress näherte er sich auf Grundlage u.a. von Urteilen der Frage, welche Vergütung des unternehmerischen Risikos eines Pflegemarktteilnehmers angemessen ist. Dass die vollstationäre Pflege Anspruch darauf hat, geht aus § 83 Abs. 3 SGB XI hervor: „Die Pflegesätze müssen einem Pflegeheim bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, seine Aufwendungen zu finanzieren und seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen unter Berücksichtigung einer angemessenen Vergütung ihres Unternehmerrisikos.

Die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen kann dabei nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden. Für eine darüber hinausgehende Bezahlung bedarf es eines sachlichen Grundes. Überschüsse verbleiben dem Pflegeheim; Verluste sind von ihm zu tragen.“ Plantholz belegte auch, dass eine Gewinnchance und Berücksichtigung der unternehmerischen Risiken, die sich von konkreten und in Pflegesatzverhandlungen zu plausibilisierenden Wagnissen unterscheiden, allen Heimen gleich welcher Trägerschaft zusteht. Er fragte aber so richtig wie plakativ: Wo liegt hier die „Pfui-Grenze“? Dazu diskutierte er verschiedene Ansätze und stellte weitere Anknüpfungspunkte vor. Zum Vergleich zog er die dem öffentlichen Preisregulierungsrecht unterliegende Energiewirtschaft heran. „Auch hier werden Zuschläge für das unternehmerische Risiko ermittelt.“ Ausgangspunkt sei die mittlere Umsatzrendite aller deutscher Unternehmen in Höhe von 4% vor Steuer. Auf der hier zugrunde liegenden

Zeitreihe 1997 bis 2015 basiere auch die IEGUS-Studie „Unternehmerisches Wagnis in der stationären Pflege“. Unter Anwendung der sog. Beta-Faktoren für die Pflege unter den Dienstleistern kommt sie zu einem Mittelwert von 5,5 %. Diese Marge nannte Planholz „perspektivisch interessant“.



### **Dr. Jochen Pimpertz:** **Die Bedeutung von Investitionsbedingungen für die Infrastruktur der Pflege**

Jochen Pimpertz leitet beim Institut der deutschen Wirtschaft das Kompetenzfeld „Öffentliche Finanzen, Soziale Sicherung und Verteilung“. Aus dieser Perspektive brachte er neue Sichtweisen auf Investitionsbedingungen für die Pflegeinfrastruktur ein. Seine These: „Auch Sozialwirtschaft ist Ökonomie. Wer aus politischen Motiven heraus anderes glaubt, bringt uns keinen Schritt voran.“ Gedacht zu den Bedingungen der Investitionsförderung in der Pflege könne er sich nur wundern, dass es den „von außen nicht regulierten“ Bäckereien gelinge, immer ausreichend frische Brötchen vorzuhalten. „Wir Volkswirte schlucken daher angesichts der starken Eingriffe in die Pflege.“ Verstünde er sich als Politikberater, so ginge sein Blick zunächst zur Entwicklung der Pflegefallzahlen, die ab 2030 stark ansteigen würden, insbesondere in Ostdeutschland. Dies habe bekanntlich Folgen für die Investitionsbedarfe bei Infrastruktur und Personal. Aus kaufmännischer Sicht müsse man jedoch fragen: „Wer investiert schon in ein Pflegeheim, das ein Prozent abwirft, wenn er woanders drei Prozent kriegen kann?“ Das sei kein Problem der privaten Pflegewirtschaft, sondern ein generelles Problem in der Pflege, „alle Träger agieren unter Mangelbedingungen“. Vergleiche man die Strukturqualität der privaten, freigemeinnützigen und kommunalen Träger, so seien keine Auffälligkeiten auszumachen.

Pimpertz fasste zusammen: ► Der Investitionsbedarf in der Pflege ist hoch, die Anreize sind jedoch problematisch (Investitionshemmnisse durch Gesetze, Verordnungen, Alternativen auf dem Nachbarmarkt). ► Die „Erfolgsperspektive ambulant vor stationär“ ist beschränkt. ► Und nicht zu vergessen: das Risiko Kostenträger „Sozialhilfe“. Was bleibt? „Das große Fragezeichen hinter der Zahlungsbereitschaft und Zahlungsfähigkeit der Pflegebedürftigen und Angehörigen.“

### **Udo Janning:** **Das Erfolgsmodell Buurtzorg aus Holland**

„Buurtzorg“ bedeutet so viel wie Nachbarschaftshilfe und ist ein niederländischer ambulanter Pflegedienst. Er startete im Jahr 2007 mit vier Mitarbeitenden und beschäftigt heute 10.000. Mittlerweile gibt es auch in Deutschland Pilotprojekte dieses Erfolgsmodells. Udo Janning, Projektleiter Buurtzorg bei der Sander Pflege GmbH in Emsdetten, berichtete von Grundsätzen und Prinzipien, Herausforderungen und Entwicklungen. Die Ausgangssituation in den Niederlanden war nicht anders als in Deutschland: z.B. Personalknapp-



heit auf dem Markt; unzufriedene und resignierte Fachkräfte mit geringem Selbstwirksamkeitserleben, die zum Selbstschutz den Pflegeberuf verlassen; überbordende Bürokratie und frustrierende Rahmenbedingungen. „Wenn Anerkennung, Sinn und Perspektive fehlen, sind hohe Fluktuation und ein hoher Krankenstand die Folge – und Qualitätsverluste in der Pflege“, sagte Janning. Das bisherige System habe Zeit gekostet, alle Leistungen in der Pflege waren katalogisiert, Zeit für eine ganzheitliche Pflege gab es nicht. Genau hier setzte Buurtzorg mit folgendem Modell an: ► Unabhängige Teams mit 10 - 12 Pflegekräften betreuen 40 bis 50 Personen in Nachbarschaften mit 5.000 bis 10.000 Menschen. ► Jedes Team organisiert die Pflege selbst und ist dafür verantwortlich. Dazu gehört: Kunden selbst aufnehmen, Bewerbungsgespräche führen und neue Mitarbeitende einstellen, das eigene Budget verantworten, Weiterbildung (2 % vom Jahresbudget). ► Die medizinische Pflege wird ebenso integriert wie die soziale Pflege. ► Alle Teammitglieder sind digital mit allen vernetzt, die an der Versorgung des Patienten beteiligt sind.

„Hierarchien und Leitungskräfte gibt es bei uns nicht“, betonte Janning. Die Teams sind autonom, die Teammitglieder gleichberechtigt, alle Entscheidungen werden gemeinsam ausgehandelt und gefällt. „Das heißt: Die Verantwortung kehrt zur Basis zurück, also zu denjenigen, die wissen, welche Unterstützung der Mensch braucht. Und mit Buurtzorg können wir sie ihm auch geben.“ Abgerechnet wird nämlich nur nach Zeit, nicht nach Leistungsmodulen. Das ermögliche den Pflegenden, mit ganzheitlichem Blick flexibel auf aktuelle Bedürfnisse und Bedarfe einzugehen, so der Referent. „Manchmal ist es nämlich wichtiger, jemandem im Gespräch Trost zu spenden, statt ihn wie geplant zu duschen.“ Der Erfolg von Buurtzorg werde also auch wesentlich von der Zufriedenheit der Patienten und der Fachkräfte gespeist.



### **Peter Dürrmann: Schlusswort „Auf fünf Minuten“**

DVLAB-Chef Peter Dürrmann macht es am Ende kurz. Er habe auf dem Bundeskongress nicht nur mit dem Begriff „stambulant“ Bekanntschaft gemacht, sagte er, sondern hoffe auch, dass die Teilnehmerinnen und Teilnehmer einiges mit nach Hause nehmen würden, z.B. dies: ► Die Politik hat kein Gesamtkonzept. „Umso mehr sind wir gefordert, einzuschalten und

die Zukunft der Pflege mitzugestalten.“ ► Die neuen Pflegeausbildungen stehen vor der Tür. „Sorgen Sie alle mit dafür, dass die Wahlfreiheit umgesetzt wird und erhalten bleibt. Dann können und werden sich Auszubildende weiterhin für den Beruf der Altenpflege entscheiden.“ ► Die Kostenentwicklung ist in der Pflege von enormer Bedeutung. „Wir müssen sie stets im Blick behalten.“ ► Und schließlich noch der Rat: „Pflegen Sie Ihr Personal!“

**Auf ein Wiedersehen am 21./22. November 2019 in Berlin beim 25. Bundeskongress!**