



PFLEGE MUSS GEPFLEGT WERDEN!

# weitblick

4/2011



DIE PRIVATE PROFESSIONELLE PFLEGE IN DEUTSCHLAND

## Inhalt

Editorial .....	3
Altenpflegeumlage – Irrwege beenden	
Die Pflegeausbildung ist eine gesellschaftliche Aufgabe .....	4
Gleiches Recht für alle: Auch die Pflegebranche verdient einen unabhängigen Blick .....	6
Wie viel Geld ist meine Arbeit wert?	
Debatte um Mindestlohn verfehlt Realität der Pflegebranche .....	8
Reform des Versorgungsstrukturgesetzes:	
Sektoraler Blick statt globaler Ansatz .....	10
Vertane Chancen – verpasste Gelegenheiten	
Was das Jahr der Pflege 2011 für die Versorgung der Branche mit Fachkräften gebracht hat .....	14
Autorenverzeichnis .....	19



**Sehr geehrte Leserin,  
sehr geehrter Leser,**

das aktuelle Memorandum „Den Wert der Pflege schätzen“ zeigt erfreulicherweise, dass das Thema Wertschätzung nun offensichtlich auch in der Politik angekommen ist. Vertrauen und Wertschätzung sind die Eckpfeiler jeder nachhaltigen Verbesserung im Pflegebereich! Entbürokratisierung, Imageverbesserung der Branche und Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufs werden nur darüber zu erreichen sein. Alles andere bliebe Stückwerk.

**weitblick** bedeutet auch, Vertrauen durch Selbstverantwortung zu stärken. Pflege hat ein Recht auf unabhängige Qualitätsberichte und wissenschaftlich gesicherte Verfahren. Qualität von Kassen und deren abhängigen Institutionen prüfen und einschätzen zu lassen, trägt nicht zur Wertschätzung bei.

Diese Themen sind leider nicht Gegenstand des aktuellen Eckpunktepapiers der Regierung. Es hätte dem „Jahr der Pflege“ aber gut zu Gesicht gestanden und von echtem **weitblick** gezeugt, wenn die Politik sich dieser Herausforderung gestellt hätte.

Freuen Sie sich auf Beiträge von Petra Schülke, Thomas Knieling, Wibke Eichhorn und Rainer Merschmann.

**Stephan Baumann**

Bundsvorsitzender des VDAB

# Altenpflegeumlage – Irrwege beenden

## Die Pflegeausbildung ist eine gesellschaftliche Aufgabe



von **Petra Schülke**

Die Diskussion um die Ausbildungsreform in der Pflege dauert an. Das soll das neue Pflegeberufegesetz (Bund) zukünftig regeln. Die bisher getrennten Ausbildungsgänge in der Altenpflege sowie Gesundheits-, Kranken- beziehungsweise Kinderkrankenpflege sollen zusammengeführt werden. Der VDAB ist der Meinung, dass eine integrierte Pflegefachkraftausbildung mit einheitlicher zweijähriger Grundausbildung und anschließender Spezialisierung ein geeigneter Schritt ist, um dem Fachkräftemangel in der Pflege zu begegnen. Von einer Generalisierung der Ausbildung rät der VDAB aus vielerlei Gründen dagegen ab: Unter anderem, weil eine Generalisierung, weder die berufliche Entscheidung für die Altenpflege noch ein bedarfsgerechtes Kompetenzprofil fördert, sondern eher die Umverteilung der stagnierenden Bewerberzahl zu Lasten der Pflegeeinrichtungen stützt<sup>1</sup>.

Die Finanzierung der Ausbildung wäre im Zuge der Reform ebenfalls neu zu regeln. Neben der Finanzierung der Schulen sollte auch die Refinanzierung der Ausbildungsplätze in den Einrichtungen geregelt werden. Neben den Ländern, die heute schon eine Umlage haben, kommen einige Länder den Diskussionen um die Inhalte des Bundesgesetzes zuvor und setzen Fakten: Durch ein eigenes Gesetzgebungsverfahren, mit dem Altenpflegeumlagen oder Ausgleichsabgaben eingeführt werden können.

Immer wieder wird argumentiert, dass Pflegeeinrichtungen, die nicht ausbilden, eine Sonderabgabe leisten müssten, um auf diese Weise die Ausbildungsbetriebe zu entlasten. Mit dieser Mär muss endlich Schluss sein! Nicht die Pflegeeinrichtungen haben die Abgabe zu zahlen, sondern die Pflegesachleistungsempfänger. Die Pflegeeinrichtungen haben lediglich das Inkasso für die Länder durchzuführen. Warum? Weil in den ambulanten und stationären Pflegevergütungen Ausbildungskosten nicht enthalten sind! Diese werden immer gesondert vereinbart. Da die Pflegeversicherung selbst als Teilkaskoversicherung durch die Deckelung der Sachleistungsbeträge nur einen Teil der Pflegekosten bezahlt, sind diese zusätzlichen Kosten zu 100 Prozent vom Pflegebedürftigen, beziehungsweise der Sozialhilfe zu zahlen. Das heißt, die Kosten der Ausbildung sollen von 21 Prozent der Leistungsempfänger (Pflegesachleistung und Kombinationsleistung) getragen werden<sup>2</sup>.

### Wie wird derzeit die Altenpflegeausbildung in den Einrichtungen refinanziert?

In den Bundesländern ohne Umlage oder Ausgleichsabgabe werden die Ausbildungskosten über höhere Vergütungen des jeweiligen Ausbildungsbetriebes refinanziert. Die Ausbildungskosten sind dabei in den Vergütungen gesondert ausgewiesen, beziehungsweise wird ein

<sup>1</sup> Im Detail nachzulesen in Rainer Merschmann: Die Generalisierung der Pflegeausbildung ist kein Königsweg. In: weitblick 2/2011, S. 8-13.

<sup>2</sup> Pflegestatistik 2010 des BMG.

Zuschlag gezahlt. Diese Variante kann für die Pflegeeinrichtungen nachteilig sein. Die Preise für die Pflegeleistungen sind folglich höher, was sich als Wettbewerbsnachteil erweisen könnte. Aufgrund dieser Sonderabgabe zahlen derzeit nur bestimmte Pflegebedürftige oder die Sozialhilfe die Kosten der Altenpflegeausbildung.

In den Bundesländern mit Umlage oder Ausgleichsabgabe erhalten alle Pflegeeinrichtungen einen Zuschlag zur Vergütung und müssen diesen dann an eine Umlagestelle abführen. Die Pflegeeinrichtungen können dann über die Umlagestelle die Ausbildungskosten refinanzieren. In diesen Ländern zahlen also alle Pflegebedürftigen, die Pflegesachleistung erhalten, beziehungsweise die Sozialhilfe eine Sonderabgabe. Diese Variante hat für alle Pflegeeinrichtungen erhebliche Nachteile: Sie machen das Inkasso und leiten diese Zahlung eins zu eins an die Umlagestelle weiter. Der zusätzliche Verwaltungsaufwand (Information, Erhebung, Nachweis etc.) der Einrichtungen wird nicht bezahlt. Die Bürokratiekosten einer solchen Umlage, die Kosten der Umlagestellen, sind jedoch erheblich.

Grundsätzlich gibt es vier Möglichkeiten, die Ausbildung zu finanzieren:


1. Nur diejenigen zahlen die Ausbildung, die Pflegesachleistung bei einer Ausbildungseinrichtung in Anspruch nehmen.
2. Es zahlen alle, die Pflegesachleistung in Anspruch nehmen.
3. Es zahlen alle Pflegeversicherten.
4. Es zahlen alle Steuerzahler.

Zu den ersten zwei Möglichkeiten vertritt der VDAB die Meinung: Auf den ersten Blick erscheint es gerecht, dass alle

Pflegesachleistungsempfänger diesen Zuschlag zahlen. Allerdings wird ein Systemfehler, wie diese Sonderabgabe für einen Teil der Leistungsempfänger der Pflegeversicherung jedoch nicht gerechter, wenn er ausgeweitet wird. Es kann nicht sein, dass eine gesellschaftliche Aufgabe – wie den pflegerischen Nachwuchs durch Ausbildung zu sichern – finanziell nur von einer kleinen Gruppe getragen wird.

Zu den letzten zwei Möglichkeiten vertritt der VDAB die Meinung: Altenpflegekräfte arbeiten nicht nur in ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtungen. Sie sind beim MDK, Heimaufsicht, Kranken- und Pflegekassen und in der wachsenden Zahl in Beratungsstellen beschäftigt. Durch die ständige Erweiterung der Aufgaben von, wie zum Beispiel die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI durch die Kassen, jährliche Qualitätsprüfungen durch MDK und Heimaufsicht, Pflegestützpunkte nimmt der Bedarf an Pflegefachkräften zu.

Das heißt, bei zunehmendem Bedarf an Pflegekräften wird die finanzielle Belastung der Pflegebedürftigen und somit auch der Sozialhilfe weiter steigen.

Aus diesen Gründen kommt der VDAB zu dem Schluss, dass im Rahmen der Reform der Pflegeausbildung ein einheitliches Verfahren, wie in der Ausbildung zur Gesundheits- und Kranken- beziehungsweise Kinderkrankenpflege eingeführt werden muss. Die Kranken- und Pflegekassen zahlen derzeit in einen Landesfond ein, aus welchem die Ausbildung finanziert wird. So kommt die Versicherungsgemeinschaft für die Kosten der Pflegeausbildung auf. Besser wäre es jedoch, wenn eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe auch gesamtgesellschaftlich aus Steuermitteln finanziert wird. 

## Gleiches Recht für alle: Auch die Pflegebranche verdient einen unabhängigen Blick



von **Thomas Knieling**

**Der Pflegesektor ist sicherlich einer der meist reglementierten und kontrollierten Bereiche in Deutschland. In einer schnell alternden Gesellschaft ist der Wunsch nach einer sicheren und qualitativ hochwertigen Versorgung mehr als verständlich. Die Politik versucht ständig aufs Neue, diesem Wunsch durch ein Mehr an Kontrolle und ein Mehr an Regulierung gerecht zu werden. Es ist allerdings fraglich, ob das System in der heutigen Form einen Beitrag dazu leistet.**

Mit Einführung der Sozialen Pflegeversicherung 1995 wurden Mechanismen in Gang gesetzt und fortgeschrieben, die einer kritischen Revision bedürfen. Seither koppelt das SGB XI die Versicherungsleistungen an eine bestimmten Schwere von Pflegebedürftigkeit und unterteilt diese in drei Pflegestufen. Die Beurteilung der Pflegestufe konnte aus Gründen der Interessenkollision nicht durch die Pflegeanbieter selbst erfolgen. Aus dem gleichen Grund kamen die Pflegekassen als Finanzier zur Beurteilung der Anspruchsvoraussetzungen nicht in Frage. Die logische Konsequenz daraus wäre gewesen, unabhängige Institute zuzulassen. Stattdessen entschloss sich der Gesetzgeber leider dazu, die Medizinischen Dienste der Krankenversicherungen als de facto kassenabhängigen Monopolisten sowohl zur Festsetzung der Pflegestufe als auch zur Durchführung der sogenannten ‚Qualitätsprüfungen‘ zu berufen. Doch damit nicht genug: Die Grundlage für deren Prüfungen bilden bis heute die Qualitätsprüfrichtlinien, die inhaltlich ebenfalls allein von den Kassen als Finanziers der Leistungen bestimmt werden. Angesichts dieses Konstrukts muss die gesetzliche Feststellung der Unabhängigkeit der MDKs kritisch hinterfragt werden.

Die Einführung der Sozialen Pflegeversicherung markierte auch den Einstieg in ein sich selbstständigendes System der rein kassenorientierten ‚Qualitätsentwicklung‘, die sowohl die Einrichtungen, also auch die Mitarbeiter und Pflegebedürftigen außen vorgelassen hat:

Die Einrichtungen, weil sich die kassenseitigen Vorgaben nicht nur auf Zielsetzungen beschränken, sondern auch Umsetzungsvorgaben machen, die Unternehmer unnötig in ihrer Freiheit beschränken.

Die Mitarbeiter, weil sowohl die inhaltlichen Vorgaben als auch die Prüfpraxis überreglementierend sind und keinen wertschätzenden Umgang mit Pflege zulassen.

Die Pflegebedürftigen, weil sie nun diejenigen sind, die diese verfehlt Qualitätsentwicklung bezahlen dürfen. Denn für die von den Kassen initiierte ‚Qualitätsentwicklung‘ gehen die Kosten in einem System der Teilkasko-Pflegeversicherung allein auf das Konto der Pflegebedürftigen und der Sozialhilfe.

Regelmäßige Korrektive sind seit 1995 ausgeblieben. Einerseits hatte die staatliche Aufsicht wenig Interesse und sah beziehungsweise sieht keine Notwendigkeit zur Intervention und

andererseits fehlten beziehungsweise fehlen den Verbänden der Pflegeeinrichtungen bis heute rechtliche Möglichkeiten zur tatsächlichen Einflussnahme. Diese Gemengelage ermöglichte es den Kassen und dem MDS, im Zusammenwirken die Deutungshoheit für Pflegequalität im Inhalt und für den Qualitätsstatus der Einrichtungen zu erlangen. Gleichzeitig sind die MDKs in der Lage, über ihre Praxis der Einstufungen der Pflegebedürftigen maßgebend auf die Kostenentwicklung im Sinne der Kassen Einfluss zu nehmen.

Diese Gesamtkonstellation hat sich seit 1995 verfestigt. Sie wurde von der Branche zwar immer kritisiert, aber im Großen und Ganzen als gegeben akzeptiert. Dies erklärt sich vor allem daraus, dass die Schwächen im System der Qualitätsprüfungen und Einstufungen nur im Innenverhältnis zwischen Einrichtungen und Kassen/MDK zu Tage traten und regelmäßig auch dort gelöst wurden. Mit dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz 2008 änderte sich die Situation grundsätzlich. Diese letzte Pflegeversicherungsreform verankerte die Pflege-transparenz im SGB XI. Ab diesem Zeitpunkt waren die systemischen und inhaltlichen Schwächen keine inneren Angelegenheiten mehr, sondern bestimmten auf einmal die Außendarstellung von Einrichtungen, Kassen und MDKs. Was der Gesetzgeber in § 115 Ia SGB XI zur Pflege-transparenz statuierte, ist im Sozial- und Gesundheitswesen beispiellos und Sinnbild für die fehlende Wertschätzung und das Imageproblem der Pflegebranche!

Kassen- und Einrichtungsverbände wurden gesetzlich dazu verpflichtet, innerhalb von drei Monaten ein Mess- und Bewertungssystem

für Ergebnis- und Lebensqualität der stationären und ambulanten Pflegeanbieter zu entwickeln. Hieraus wird ersichtlich, wie negativ sich die Deutungshoheit von Kassen und MDS sogar bei Gesetzgebungsverfahren bemerkbar machen. Der Gesetzgeber ging wie selbstverständlich davon aus, dass die Qualitätsprüfungen auch das tun, was der Name sagt – Pflegequalität prüfen. Deshalb hielt er auch keine aufwändigen Entwicklungsverfahren in der Pflegetransparenz für erforderlich. Die wissenschaftliche Evaluation der PTVA und PTVS haben inzwischen eindeutig belegt, dass die ‚Qualitätsprüfungen‘ auf der Basis der QPR alles messen, außer Pflegequalität. Kein Wunder, wenn die Kassen Autor und der MDS ausführendes Organ ist. Sowohl beim MDS als auch beim GKV-Spitzenverband fehlt es hinsichtlich Qualitätsentwicklung und -beurteilung an allem.

Der MDS als Hüter der Pflegequalität hat es in sechzehn Jahren nicht geschafft:

- Den Prüfungen einen konsistenten, wissenschaftlich gesicherten Qualitätsbegriff zugrunde zu legen.
- Ein professionelles internes Qualitätsmanagement zu etablieren.
- Bundesweit einheitlich zu prüfen.
- Bundesweit einheitlich qualifizierte Prüfer einzusetzen.
- Gesichertes Datenmaterial zum Qualitätsstatus der Pflege in Deutschland zur Verfügung zu stellen.
- Einen konstruktiven Beitrag zur Verbesserung des Images der Pflege zu leisten.
- Prüfung und Beratung auf Augenhöhe zu vollziehen.




Der GKV-Spitzenverband hat es in sechzehn Jahren nicht geschafft:

- In der Politik klarzustellen, dass Qualitätsentwicklung Geld kostet.
- ‚Qualitätsentwicklung‘ nicht mehr nur auf dem Rücken der Pflegedürftigen und der Sozialhilfe zu betreiben.
- Pflegewissenschaft als tragende Säule der Qualitätssicherung zu akzeptieren und einzubinden.

Diese Entwicklung über so lange Zeit, war sicher nur im Pflegebereich möglich. Die Pflegebranche hat sich immer wieder als leidensfähig und unglücklicherweise auch leidenswillig erwiesen. Und so wird sie auch behandelt.

Angesichts des Fachkräftemangels einerseits und der steigenden gesellschaftlichen Bedeutung auf Grund der demografischen Entwicklung andererseits, ist es jetzt an der Zeit, für einen Systemwechsel – nicht nur in der Pflege Transparenz – zu sorgen.

In der anstehenden Pflegeversicherungsreform muss es gelingen, die Selbstbestimmung des Pflegebedürftigen und die Selbstverantwortung der Pflegeunternehmer zu stärken. Ein erster wichtiger Schritt in diese Richtung wäre es, die Themen Qualitätsprüfung und -entwicklung in unabhängige externe Hände zu legen. GKV-Spitzenverband und MDS haben sich in den letzten sechzehn Jahren nicht als die geeigneten Institutionen für diese Aufgaben erwiesen. 

## Wie viel Geld ist meine Arbeit wert?

### Debatte um Mindestlohn verfehlt Realität der Pflegebranche

von **Thomas Knieling** **Derzeit flammt in der politischen Landschaft wieder die Debatte um Mindestlöhne beziehungsweise Lohnuntergrenzen auf. Die Frage, ob auch in anderen Branchen ein staatlicher Eingriff in die Lohnfindung sinnvoll sein könnte, wird derzeit hitzig diskutiert. Wie sieht es in der Pflegebranche aus?**

In der Pflege gibt es den Mindestlohn nunmehr seit fünfzehn Monaten. Im Kontext der aktuellen Diskussion stellt sich die Frage: Was hat der Mindestlohn in der Pflegebranche positiv bewirken können? Aus unserer Sicht gar nichts!

Als unmittelbare Folge hat sich der Prüfaufwand für die Arbeitgeber erhöht. Neben der ohnehin schon beispiellosen Prüfindensität

im Qualitätsbereich und im Bereich des Ordnungsrechts prüft nun auch noch der Zoll die Einhaltung des Mindestlohns. Anfangs kam es bei den Prüfungen des Zolls zu kuriosen Auswüchsen: Mitarbeiter von ambulanten Diensten wurden teilweise auf offener Straße angehalten und zu ihrer Lohnsituation befragt. In anderen Fällen wurden Mitarbeiter von

stationären Einrichtungen im Beisein ihrer Kollegen zur Lohnhöhe befragt. Inzwischen hat sich die Lage beruhigt, vor allem weil dem Zoll schnell klar wurde: Der Mindestlohn wurde unterhalb dessen festgesetzt, was Pflegehilfskräfte durchschnittlich bei mittelständischen Unternehmen verdienen. Eine Umstellung in der Vergütungsstruktur war für die Arbeitgeber nur in Ausnahmefällen nötig. Pflegefachkräfte waren von der Mindestlohndebatte ohnehin nicht betroffen.


In der Pflege sind wir also mit einem politischen Mindestlohn konfrontiert, der für mittelständische Unternehmen und deren Mitarbeiter bedeutungslos ist und nur die Bürokratie erhöht. Das Schreckgespenst von wegfallenden Arbeitsplätzen ist in der Pflegebranche ohnehin unangebracht. Denn hier herrscht eklatanter Personalmangel.

Bisher hat die Festsetzung eines politischen Mindestlohns die Attraktivität des Berufs nicht steigern können. Im Gegenteil, der Mindestlohn vermittelt den Bezug zum Billiglohnsektor und erweckt damit den falschen Eindruck – zum Schaden der Branche. Dabei zeigt die Realität des Arbeitsmarktes in der Pflege, dass Unternehmen ohne eine konkurrenzfähige

Bezahlung keine Mitarbeiter gewinnen können. Womit noch keine Aussage darüber getroffen ist, was politisch, gesellschaftlich und nicht zuletzt von den Beschäftigten als angemessene Bezahlung empfunden wird.

### **Welches Gehalt ist angemessen?**

Die Debatte um diese Frage wäre die wichtigere. Denn zurzeit geht der politische Wille zu höheren Löhnen nicht einher mit der Bereitschaft zu höheren Finanzierungsbeiträgen aus der Pflegeversicherung. Das heißt im Klartext: Höhere Löhne in der Pflegebranche gehen derzeit einseitig zu Lasten von Pflegebedürftigen beziehungsweise zu Lasten der Sozialhilfe, deren Leistungsfähigkeit auch begrenzt ist.

Im Hinblick auf die Wertschätzung einer gesellschaftlich immer bedeutender werdenden Branche, stellt sich die wiederkehrende Grund-satzfrage: Was ist dem Staat und der Gesellschaft gute Pflege wert? Die Antwort auf diese Frage kann die Diskussion über Mindestlöhne oder Lohnuntergrenzen nicht liefern – das kann einzig eine gesamtgesellschaftliche Debatte über die finanzielle Stärkung des Pflegebereiches insgesamt. 

# Reform des Versorgungsstrukturgesetzes

## Sektoraler Blick statt globaler Ansatz



von **Wibke Eichhorn**

Die Versorgungsstrukturen sind verbesserungsfähig. Auf Basis dieser wahrlich nicht neuen Erkenntnis hat das Bundeskabinett im August 2011 das ‚Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung‘ (GKV-Versorgungsstrukturgesetz) verabschiedet. Fraglich bleibt, ob die angestrebte Verbesserung der Versorgungsstruktur durch das Gesetz tatsächlich erreicht werden kann.

Angesichts der demographischen Entwicklung steht das Gesundheitssystem vor großen Herausforderungen. Dem steigenden Bedarf an Gesundheits- und Pflegeleistungen stehen immer weniger Menschen in den Gesundheitsberufen gegenüber. Die Versorgung in Deutschland ist zudem geprägt durch ein starres Sektorendenken und eine tradierte und überholte Aufgabenverteilung im System.

Die Probleme sind offenkundig und es liegt auf der Hand, dass gesetzliche Interventionen notwendig sind. Das Bundesministerium für Gesundheit hat dies mit dem Versorgungsstrukturgesetz versucht: Ist das geglückt?

Um es vorweg zu nehmen: Das Gesetz bleibt deutlich hinter dem selbst gesteckten Ziel zurück, da es sich nur mit dem ärztlichen Beitrag zur Gesundheitsversorgung beschäftigt. Die Verbesserung der Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen erfordert aber ein abgestimmtes gemeinsames Zusammenwirken aller beteiligten Berufsgruppen. Dabei sollte es keinen rein sektoralen Blick auf einzelne Berufsgruppe oder einzelne Leistungsbereiche geben. Unverzichtbar bedarf es einer Verbesserung des Zusammenwirkens der verschiedenen Akteure, und zwar sektorenübergreifend. Dazu gehört

vor allem auch die ambulante Pflege, die im Gesetz leider nur eine untergeordnete Rolle spielt.

### **Rolle der häuslichen Krankenpflege in der Versorgungsstruktur stärken – nicht schwächen.**

Die Krankenkassen sollen zukünftig in ihren Satzungen zusätzliche Leistungen im Bereich der häuslichen Krankenpflege und der Haushaltshilfe vorsehen können. Außerdem sollen auch von nicht zugelassenen Leistungserbringern Leistungen erbracht werden können. Solche Regelungen führen nicht zu Strukturverbesserungen, sondern leisten der nicht professionellen und nicht qualitätsgesicherten Pflege Vorschub. Versorgungsstrukturen lassen sich seriös nur durch effiziente Vernetzung, Flexibilisierung und Abbau überkommenen Sektorendenkens verbessern. Der Gesetzgeber setzt stattdessen auf einen ruinösen Preiswettbewerb und Wettbewerbsverzerrung, die nur zu Preisdumping und Qualitätsabbau führen können. Die von den zugelassenen Leistungserbringern geforderten Qualitätsstandards dürfen nicht durch die Hintertür unterlaufen werden.

**Die Tabelle bezieht sich auf:**

**Leistungsart:** Häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 Satz SGB V/§ 8 KVLG

1989, § 198 RVO/§ 25 KLVG,

**Kassenart:** Gesetzliche Krankenkassen insgesamt,

**Versichertengruppen:** GKV-Versicherte insgesamt (GKV)<sup>Info</sup>,

**Indikatoren für häusliche Krankenpflege/Behandlungspflege:** Leistungstage

Geschlecht	Jahr (absteigend)							
	1993	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010
<b>Beide Geschlechter</b>	6 423 695	2 021 870	299 649	256 247	297 626	402 757	300 958	187 143
<b>Männlich</b>	1 771 905	519 349	136 756	117 975	123 829	174 395	116 291	78 511
<b>Weiblich</b>	4 651 790	1 502 521	162 893	138 272	173 797	228 362	184 667	108 632

Quelle: www.gbe-bund.de

**Grundpflege als Grundrecht im SGB XI**

Die Chance wird vertan, die Krankenvermeidungs- bzw. Verkürzungspflege zu reformieren: Die Einführung eines eigenständigen Anspruchs der Versicherten auf Grundpflege, wäre dazu ein entscheidender Schritt gewesen.

Denn die Genehmigungspraxis im Bereich § 37 Abs. 1 SGB V steht im Widerspruch zu dem, was politisch gewollt ist. Seit Einführung der Fallpauschalen im Krankenhaus gehen Krankenkassen davon aus, dass Maßnahmen zur Verkürzung des Krankenhausaufenthaltes gar nicht mehr nötig seien. Die Kostenübernahme für Krankenhausvermeidungspflege ist aufgrund dessen äußerst schwer durchsetzbar.

In akuten Situationen, insbesondere nach Krankenhausaufenthalten oder ambulanten Therapien wie Chemotherapien oder nach Unfällen, haben Versicherte keinen Anspruch auf Leistungen nach dem SGB XI. Dies resultiert aus der Tatsache, dass es sich dabei um Bedarfe kurzfristiger Natur handelt, die häufig eine Dauer von sechs Monaten nicht übersteigen. Das bedeutet: Selbst wenn Häusliche Krankenpflege

in diesen Situationen medizinisch indiziert ist, erhält der Patient trotzdem keine Leistungen, wie Grundpflege oder hauswirtschaftliche Versorgung. In diesem Zusammenhang wäre es dringend erforderlich gewesen, die Möglichkeit einzuräumen, Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung ohne Behandlungspflege verordnen zu können. Also ein Grundrecht auf Grundpflege. Das Versorgungsstrukturgesetz leistet dazu leider keinen Beitrag.

**Verbesserung der Versorgungsstruktur bedeutet auch eine Verbesserung der Versorgungskultur**

Im Zentrum der Anstrengungen zur Verbesserung der Versorgungsstruktur muss die Sicherstellung der Versorgung an sich stehen. Versorgung muss dabei vor Bürokratie gehen. Generell bedürfen zwar die vom Versicherten durch Vorlage der vertragsärztlichen Verordnung beantragten Leistungen der Genehmigung durch die Krankenkasse. Die zu erbringenden Leistungen, die der Sicherung der ärztlichen Behandlung dienen sollen, müssen jedoch unverzüglich erbracht werden. Ambulante

Dienste erbringen die Leistungen unmittelbar ab dem Zeitpunkt der Verordnung und nicht erst ab der Beantragung oder Genehmigung durch die Kasse. Daher regelt die HKP-Richtlinie folgerichtig in § 6 Abs. 6, dass bis zur Entscheidung über die Genehmigung die verordneten und vom Pflegedienst entsprechend erbrachten Leistungen auch dann vergütet werden, wenn sich bei Prüfung der Verordnung für die Krankenkasse nachträglich herausstellt, dass die Leistung nicht genehmigungsfähig war. Denn sonst würde der Versicherte bis zur Entscheidung über die Genehmigung, ohne die verordneten medizinisch notwendigen Leistungen dastehen. Diese Praxis ist auch höchstrichterlich bestätigt. Trotzdem ignorieren Krankenkassen in der Praxis häufig ihre Zahlungspflicht im Rahmen der vorläufigen Kostenübernahme. Im Sinne der Versorgungsstrukturverbesserung hat der Gesetzgeber leider die Chance verpasst, diesen Missstand durch Regelung eines gesetzlichen Anspruchs auf vorläufige Kostenübernahme Einhalt zu gebieten.

### **Verbesserung der Versorgungsstrukturen setzt faire Rahmenbedingungen voraus**

Langfristig leistungsfähige Pflegedienste sind das Rückgrat einer verbesserten Versorgungsstruktur. Die Gestaltung der Finanzierung liegt bei der Selbstverwaltung. Die Vertragspartner verfügen aber in der Verhandlung nicht über gleich lange Spieße. Gerade im Bereich der ambulanten Pflege ist die Versorgungsstruktur geprägt vom Mantra der Beitragssatzstabilität. Dies stellt die wirtschaftliche Überlebensfähigkeit ambulanter Dienste zunehmend in Frage. Denn unter dem genannten Mantra lehnen die

Kassen regelmäßig Gebührenerhöhungen trotz nachgewiesener Kostensteigerungen ab, wenn sie oberhalb der Grundlohnsammensteigerung liegen. Bei Auseinandersetzungen entscheidet die Schiedsstelle und letztendlich das Sozialgericht. Es wäre ein Beitrag zur Verbesserung der Versorgungsstruktur gewesen, wenn der Gesetzgeber folgende Punkte geregelt hätte:

1. Keine Bindung an die Beitragssatzstabilität und keine Bindung an Grundlohnsammensteigerung.

Bei Hebammen und Zahnärzten ist nach dem Versorgungsstrukturgesetz vorgesehen, dass bei der Vergütungsfindung Kostensteigerungen trotz des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität nach § 71 SGB V berücksichtigt werden können. Eine solche Regelung ist ebenso dringlich für den Bereich der HKP und Haushaltshilfe angezeigt. Denn in den Verhandlungen und Schiedsverfahren finden die tatsächlichen Personal- und Sachkostensteigerungen oft keine Berücksichtigung. Viele Krankenkassen und leider oft auch Schiedspersonen weisen pauschal in Verkennung der tatsächlichen Kostensteigerungen auf den aus ihrer Sicht einzuhaltenden Grundsatz der Beitragssatzstabilität hin. Eine Klarstellung wäre im Gesetz dringend geboten gewesen.

2. Schiedsstelle als Konfliktlösung auch bei Leistungen nach § 38 V-Leistungen (Haushaltshilfe).

Bisher gibt es nur eine Schiedsperson für die Verträge über die Leistungen der HKP. Die Regelung der Schiedsperson sollte auf die Verträge nach § 132 SGB V zur Haushaltshilfe

übertragen werden. Denn in Verhandlungen zeigt sich, dass es eines Konfliktlösungsmechanismus auch für diese Leistungen bedarf.

### 3. Keine aufschiebende Wirkung bei Klagen gegen Schiedssprüche

Für Zahnärzte (§ 85 Abs 4 SGB V), Ärzte (87b Abs 2 SGB V) und Krankenhäuser (§ 115 i.V.m. § 137e Abs. 4 SGB V) ist vorgesehen, dass Klagen keine aufschiebende Wirkung entfalten. Um Planungssicherheit für Krankenpflegeeinrichtungen zu schaffen und aus leidvoller Erfahrung, dass Krankenkassen die Ergebnisse von Schiedssprüchen nicht akzeptieren wollen, schlägt der VDAB vor, diese Regelung auch auf Schiedssprüche über Leistungen der HKP und der Haushaltshilfe zu übertragen.

### **Sicherung von Entlassungsmanagement bedeutet auch Sicherung der Wahlfreiheit**

Nach dem Versorgungsstrukturgesetz ist das Entlassungsmanagement Bestandteil der Krankenhausbehandlung und somit verbindlich von den Krankenhäusern anzubieten. Gemäß Begründung zum Gesetz sollen die Krankenhäuser den Bedarf des Patienten für die Entlassung feststellen und die Krankenkassen dafür Sorge tragen, dass die erforderlichen Leistungen direkt im Anschluss an die Entlassung ohne Zwischenschaltung des Vertragsarztes erbracht werden. Die Einzelheiten sollten in nur zweiseitigen Verträgen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen geregelt werden. Ein Entlassungsmanagement ist jedoch ohne häusliche Krankenpflege und ambulante Pflege sowie Hilfsmittel, Homecare und Hausärzte nicht möglich! Diese Leistungserbringer werden nicht

in das Entlassungsmanagement eingebunden. Im Übrigen fehlt es an einer Verbindung zum SGB XI.

Dem Gesetz und HKP-Richtlinie zufolge können die Krankenhausärzte bereits heute häusliche Krankenpflege verordnen – in der Praxis fehlt es den Krankenhäusern an Personal mit entsprechender Sachkenntnis. Krankenhäuser kennen die anderen am Versorgungsprozess zu beteiligenden Leistungserbringer bei Entlassung in der Regel nicht. Ungeklärt ist, wer Patienten im Rahmen des Entlassungsmanagements mit Informationen über relevante ambulante Behandlungsmöglichkeiten in der Region versorgt. Geschieht dies durch Krankenhäuser, besteht unmittelbar das Risiko, dass eine Marktsteuerung geschieht – das birgt das Risiko einer Einschränkung der Eigenverantwortung des Versicherten und seiner Wahlmöglichkeiten. Hinzu kommt, dass die schon aufgebauten Beratungsstrukturen obsolet würden – man würde neue Parallelstrukturen schaffen. Der Ablauf der Entlassung sollte vielmehr gesetzlich geregelt werden – Insellösungen helfen hier nicht! Der Informationsaustausch zwischen allen Leistungserbringern muss verbindlich per Gesetz geregelt werden.

Sollte daran festgehalten werden, das Entlassungsmanagement bei den Krankenhäusern zu belassen, sollten diese verpflichtet werden, mit ALLEN an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern zusammenzuarbeiten. Dies ist denkbar über eine Verpflichtung zum Vertragsschluss mit den Pflegeeinrichtungen vor Ort über die Übertragung von Aufgaben im Rahmen des Entlassungsmanagements. Um einer bereits bestehenden Wettbewerbsverzerrung Einhalt zu gebieten, müssen alle Pflegeeinrichtungen

im Einzugsbereich eines Krankenhauses ein Recht auf Vertragsabschluss erhalten. Nur dann kann auch der Versicherte sein Wahlrecht frei ausüben.

### **Blick auf das, was alle Versorgungsbeteiligten leisten können und keine Insellösungen**

Vorgesehen ist, dass die Ärzte und Krankenkassen eine beispielhafte Liste über Leistungen erstellen, die der Arzt an sein Hilfspersonal delegieren kann. Diese Regelung ist abzulehnen, da dadurch die Richtlinien nach § 63 Abs. 3c SGB V faktisch ausgehebelt werden. Erforderlich wäre eine übergreifende zielorientierte Verbesserung der Versorgungsstruktur gewesen, die alle Leistungserbringer und alle Sektoren

umfasst. Aufgaben und Schnittstellen wären zu definieren und zu klären: Der Gesetzgeber hätte die Möglichkeit nutzen können, die Trägerverbänden der Pflege in den Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) aufzunehmen. Im G-BA werden wesentliche Grundlagen für die Versorgung im Gesundheitssystem in der sozialrechtlichen Selbstverwaltung definiert. Bisher ist die Berufsgruppe Pflege aber nur am Rande und ohne Stimmrecht beteiligt. Zur Verbesserung der Versorgungsstruktur gehört aber zwingend auch der professionelle Pflegebereich. Das erfordert auch eine Einbeziehung in die Selbstverwaltung nach SGB V. Eine gezielte Aufwertung des Pflegeberufes ist zudem Grundvoraussetzung, um dem Fachkräftenotstand in der ambulanten und stationären Pflege nachhaltig zu begegnen. [a](#)

## **Vertane Chancen – verpasste Gelegenheiten**

### **Was das Jahr der Pflege 2011 für die Versorgung der Branche mit Fachkräften gebracht hat**



von  
**Rainer Merschmann**

Der Koalitionsgipfel hat ein verlorenes ‚Jahr der Pflege‘ (Philipp Rösler) abgerundet: In Sachen Fachkräftemangel wurden keinerlei Fortschritte erzielt. Zwar sollen Fachkräfte aus Drittstaaten, die eine Blue Card beantragen, künftig nur noch ein Mindesteinkommen von 48 000 statt, wie bisher, 66 000 Euro nachweisen. Auf den ersten Blick ein Silberstreif. Aber: In puncto Vergütung ausländischer Pflegefachkräfte sprengt auch dieser Betrag jeden tariflichen Rahmen. Der Hintergrund: Pflegefachkräfte zählen von jeher ohnehin nicht

zur Kernzielgruppe der „Hochqualifizierten“ nach § 19 Abs. 2 des Aufenthaltsgesetzes. Immerhin ein vom Statistischen Bundesamt im September, allerdings für das Vorjahr, mitgeteilter Fortschritt ist zu vermelden: In die Altenpflegefachkraftausbildung traten im Schuljahr 2010/11 4 237 Ausbildungsanfänger mehr ein als im Jahr zuvor<sup>1</sup>. Aber auch das löst nicht nur Freude aus, war doch der Zuwachs allein dem inzwischen ausgelaufenen Konjunkturpaket II des Bundes zu verdanken. Der Trend ist mithin 2011 bereits verebbt.

## Ausbildungsreform und Ausbildungsrealität

Die Bundesregierung wollte „die Pflegeberufe in der Ausbildung durch ein neues Berufsgesetz grundlegend modernisieren und zusammenführen“ (Koalitionsvertrag vom 26. Oktober 2009). Zwei Jahre später tagt die für die Abstimmung von Eckpunkten eingesetzte Bund-Länder-Arbeitsgruppe immer noch. Die – mehrfach verschobene – Präsentation des Abschlussberichtes wurde jetzt für Dezember 2011 angekündigt. Dem Vernehmen nach wird der Bericht nicht etwa einen gemeinsamen Vorschlag von Bund und Ländern enthalten, sondern lediglich die verschiedenen Optionen und ihre Kosten darstellen.

Ein jüngst in die Öffentlichkeit gelangtes und flink dementiertes Arbeitspapier aus der Bund-Länder-Arbeitsgruppe ‚Reform der Pflegeversicherung‘<sup>2</sup> schätzt den Mehraufwand für die Pflegeversicherung auf 465 Millionen Euro pro Jahr, wenn sie zunächst die Kosten für die jetzige Altenpflegefachkraftausbildung auf Basis des Finanzierungsmodells für die Krankenhausfinanzierungsgesetz) übernehme. Dem stünde bei den Ländern eine Ersparnis von 150 Millionen Euro gegenüber.

Dem Gesetzgeber wird empfohlen, „die finanziellen Auswirkungen der Ausbildungsneuordnung unbedingt in das Finanztableau der Pflegereform mit einfließen“ zu lassen. Mit dem am 6. November 2011 verkündeten „Pflegereformchen“ (Ärztezeitung, 7. November 2011) scheint das Vorhaben für diese Legislaturperiode gestorben. Ein simples Rechenexempel, an dessen Ergebnis sich auch dadurch nichts ändert, dass die „angestrebte“ Ausbildungsreform in den am 16. November vom Bundeskabinett

beschlossenen ‚Eckpunkten‘ für das Gesetzgebungsverfahren doch noch explizit benannt wird<sup>3</sup>.

Derweil arbeiten die Länder an einer schleichenden Aushöhlung der Ausbildungsqualität. Wo die Altenpflegefachkraftausbildung dem Schulrecht unterliegt, ist die Grundförderung der Schulen gefährdet, wie zuletzt in Mecklenburg-Vorpommern. Dort wurde der monatliche Pro-Kopf-Förderbetrag für das Schuljahr 2010/11 von rund 260 auf etwa 135 Euro verringert. Wo es sich um Schulen ‚besonderer Art‘ handelt, die aus den Gesundheits- und Sozialetat gefördert werden, stagnieren die Pro-Kopf-Förderbeträge trotz steigender Personal- und Sachkosten. Zusatzleistungen werden in beiden Fällen zurückgeschraubt: In Hessen sollen 500 zusätzliche Schulplätze refinanziert werden, indem die Anteilförderung von Drop out-Plätzen um bis zu 90 Prozent gekappt wird. Die bayerische Staatsregierung hat bereits im vergangenen Jahr ihre zwecks Vermeidung von Schulgeld gewährten Extrazuschüsse um die Hälfte (wiederum die Hälfte dieser Kürzung wurde kurz darauf zurückgenommen) verringert.

## Pflegebildung und Kopenhagen-Prozess – Anschluss verpasst?

Mit der Lissabon-Strategie (2000) soll die EU zu einem innovativen, wissensbasierten Wirtschaftsraum weiterentwickelt werden. Hierzu lande hat vor allem die Neuordnung der deutschen Studiengänge im Kontext des mit der Deklaration von Bologna (1999) ausgelösten Bologna-Prozesses Furore gemacht. Weniger Beachtung hat das durch die Kopenhagener Erklärung (2002) angestoßene Vorhaben gefunden, die für die Hochschulreform erarbeiteten



Modernisierungsinstrumente auf die berufliche Bildung zu übertragen. Unter anderem sollen auch Berufsbildungsprozesse modularisiert werden und auch ‚informell‘, also nicht in formalisierten, abschlussbezogenen Bildungsgängen, sondern beispielsweise on the job erworbene Kompetenzen angerechnet werden können. Dafür sollen Feststellungs- und Bewertungsverfahren, einschließlich eines mit dem ECTS<sup>4</sup> kompatiblen Leistungspunktesystems (ECVET), entwickelt werden.

In anderen EU-Mitgliedsstaaten, besonders in Frankreich, sind das schrittweise, berufsbegleitende Ansammeln auch informell erworbener Kompetenzen und ihre Anrechnung, bis hin zur Zuerkennung eines kompletten Abschlusses, längst üblich. Bereits 1934 konnte dort ohne zusammenhängende, institutionalisierte Berufsausbildung der Titel eines staatlich anerkannten Ingenieurs erreicht werden. Der Bewerber reicht beim zuständigen Ministerium ein Kompetenzportfolio ein und von dort wird dann eine spezialisierte Hochschule damit beauftragt, die kumulierten Lernergebnisse des Bewerbers zu evaluieren<sup>5</sup>. Durchschnittlich 30 000 Abschlüsse jährlich werden auf diesem Weg zuerkannt.

„Obwohl genügend anschlussfähige Vorarbeiten vorliegen“, so eine gutachterliche Stellungnahme aus der TU Braunschweig an die mit der Erarbeitung des Deutschen Qualifikationsrahmens beauftragten Gremien<sup>6</sup>, „geht es in Deutschland kaum voran“. Weder durch langjährige Berufstätigkeit als Pflegehilfskraft, noch durch Fortbildungen bis hin zur Qualifizierung als zusätzliche Betreuungskraft (entsprechend § 87b SGB XI), oder in verwandten Ausbildungsgängen, wie zum Beispiel Sozialhelfer oder Sozialassistent, erworbene Kompetenzen, können auf eine Pflegefachkraftausbildung

angerechnet werden. In diesen Tagen haben das Deutsche Institut für Pflegeforschung und die Hochschule Bielefeld zwar ein gestuftes und modularisiertes Bildungskonzept für die Altenpflegefach- und Hilfskraftausbildung sowie exemplarisch für die Weiterbildung zur Wohnbereichsleitung vorgestellt<sup>7</sup>, aber eine Zeitperspektive für die Implementierung verlässlicher und rechtssicherer Prozeduren ist nicht in Sicht.

### **Bewegung, aber von der direkten Pflege weg**

Natürlich hat sich im Jahr der Pflege auch manches bewegt. Beispielsweise hat sich der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) nach jahrelangem Tauziehen – der Auftrag stammt aus der Pflegereform 2008 – am 20. Oktober 2011 auf einen Katalog heilkundlicher Tätigkeiten geeinigt, die Pflegefachkräften in Modellversuchen übertragen werden sollen<sup>8</sup>. Die Hauptstreitfrage Delegation oder Substitution hat der Ausschuss mehr oder weniger elegant umschifft. Noch steht die Genehmigung der Heilkundeübertragungsrichtlinie durch das BMG aus. Niemand weiß, wann es zu Verträgen über Modellvorhaben kommen wird, geschweige denn, wie die Qualifikationserweiterungen für Pflegefachkräfte aussehen bzw. wo, wie und ab wann sie stattfinden werden. Eines aber steht fest: Die Absolventen werden nicht mehr für die direkte Pflege zur Verfügung stehen, genauso wenig, wie die in dritte Beschäftigungsfelder, zum Beispiel Heimaufsichten und MDK, abgewanderten Fachkräfte. Das Gleiche gilt für die Absolventen der neuen Studiengänge, in denen, ob primärqualifizierend oder dual, beruflicher Abschluss und Bachelor zusammen erworben werden.

Klare Berufsprofile oder gar Tarifstrukturen gibt es bisher weder für sie, noch für die künftigen Heilkundler.

Unterdessen scheint die EU-Kommission dem Vernehmen nach entschlossen, noch in diesem Jahr dafür zu sorgen, dass in allen Mitgliedsstaaten für den Zugang zur Krankenpflegefachkraftausbildung mindestens zwölf allgemeinbildende Schuljahre gefordert werden müssen. Bei aller Reformeuphorie darf, wer Qualität anstrebt, jedoch nicht vergessen, dass es um einen Massen- und nicht um einen Elitenberuf geht: Bereits 2009 waren in Deutschland mehr als 850 000 Alten- und Krankenpflegefachkräfte im Einsatz. Unmöglich, sich angesichts der demographischen Entwicklung vorzustellen, wie all die durch gesetzlich und vertraglich festgeschriebene Quoten geforderten Fachkräfte in Zukunft rekrutiert werden sollen. Bis 2030 – also in weniger als zwei Jahrzehnten – wird es zum Beispiel im bevölkerungsreichsten Bundesland Nordrhein-Westfalen 26,6 Prozent weniger 16 bis 18-Jährige, also Adressaten für eine Berufsausbildung oder die Sekundarstufe II, geben. Aber die Altersgruppe 80+ (mit dem höchsten Pflegebedürftigkeitsrisiko) wird, regional unterschiedlich, zwischen 19 und 91 Prozent zulegen<sup>9</sup>. Dennoch soll wiederum hauptsächlich das informelle Pflegepotential gestärkt werden – obwohl die Netzwerkdicke bekanntlich schleichend erodiert und immer weniger Angehörige sich moralisch zur Pflege verpflichtet fühlen<sup>10</sup>. Die professionelle Pflege bleibt unverändert der Konkurrenz mit einer angeblich unbezahlbaren Sorgearbeit ausgesetzt, die an jeglicher Qualitätssicherung vorbeikommt.

Ausgangspunkt von Pflege ist und bleibt „das schlichteste Basisbedürfnis eines Menschen“<sup>11</sup>.

Werden sich Pflegefachkräfte mit Hochschulreife und Hochschulausbildung sowie gegebenenfalls zusätzlicher Heilkundequalifikation dafür noch interessieren lassen? Oder zeichnen sich bereits die Konturen einer veränderten Pflegelandschaft ab, in der sie neben den neuen heilkundlichen Aufgaben hauptsächlich die sogenannte Fall- und Prozesssteuerung übernehmen? In diesem Zusammenhang wird auch in der Wissenschaft immer häufiger von ‚geteilter Verantwortung‘ oder einem Care-, Skill- beziehungsweise Pflegemix gesprochen. Wird es parallel bundesweit zu einer zweijährigen Assistentenausbildung nach dem Vorbild Hamburgs und Niedersachsens kommen? Und wird die Pflegeassistentin dann auf die Fachkraftquoten angerechnet?


Was die Zusammenführung der Pflegefachkraftausbildungen zu einer ‚generalistischen‘ Ausbildung betrifft, vertritt der VDAB eine skeptische Position. Damit steht unser Verband längst nicht mehr allein da. So haben zum Beispiel die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Arbeiterwohlfahrt, die Bundestagsfraktion von Grünen/Bündnis 90, die Gewerkschaft Verdi und auch namhafte Stimmen aus der Wissenschaft<sup>12</sup> skeptische Positionen artikuliert. Skepsis in Sachen generalistische Pflegeausbildung bedeutet jedoch nicht, dass unser Verband sich gegen verbesserte Aufstiegs- und Karrierepfade für Pflegefachkräfte ausspricht. Im Gegenteil! Dass hier noch zu wenig geboten wird, liegt nicht daran, dass es drei voneinander getrennte Grundausbildungen gibt, sondern zum einen am Bildungsföderalismus: Warum zum Beispiel müssen sich Inhalte und Umfänge der Fach- und Funktionsweiterbildungen von Bundesland zu Bundesland unterscheiden? Und es liegt zum anderen an der stockenden Umsetzung von Bologna- und

Kopenhagen-Prozess. Wie lange noch muss auf die flächendeckende Anrechnung von in Fort- und Weiterbildungen erworbenen Kompetenzen auf Studiengänge gewartet werden?

Skepsis in Sachen generalistische Pflegeausbildung bedeutet auch nicht, dass die Grundausbildungen nicht bedarfsgerecht weiterentwickelt werden müssten. Schneller als gedacht kommen zum Beispiel serienreife mikrosystemtechnik-basierte Assistenzsysteme für ältere Menschen auf den Markt. Für ihren Einsatz sind Pflegefachkräfte bisher kaum gerüstet.

### Wie geht es weiter?

Für 2012 scheinen kleine Fortschritte auf Länderebene möglich. So soll es in Nordrhein-Westfalen und im Saarland (dort bereits ab dem 1. Dezember 2011) jeweils eine Neuauflage des Umlageverfahrens für die Auszubildendenvergütung in der Altenpflege geben, allerdings wieder, ohne dass die Pflegeversicherung in die Pflicht genommen wird. Und in Niedersachsen soll der Schulgeldzuschuss des Landes angehoben werden, ohne jedoch die Schulgeldpflicht aus der Welt zu schaffen. In sich widersprüchliche Maßnahmen, typisch, so Gerhard Naegele, für die gesamte deutsche Senioren- und Pflegepolitik spätestens seit Mitte der 90er Jahre<sup>13</sup>. Ob sie die Rückschritte aufwiegen? Die bayerische Staatsregierung zum Beispiel scheint nämlich in puncto Pflegekammer fest entschlossen. Wird in Bayern eine weitere öffentlich-rechtliche Aufsichts-, Kontroll- und Überwachungskörperschaft etabliert, obwohl zumindest drei der anderen Bundesländer ernsthafte verfassungsrechtliche Bedenken haben? Und trotz der Kritik seitens der Leistungserbringerverbände, Kostenträger, Gewerkschaften und aus der Wissenschaft? Muss die Politik wirklich

statt des bedarfs-, den statusorientierten Weg zur weiteren Professionalisierung unterstützen<sup>14</sup>? Bleibt die Hoffnung auf die ‚Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege‘ auf Bundesebene. Vielleicht bringt der Ende 2011 anstehende Vertragsschluss zwischen Bund, Ländern und Verbänden ja doch noch weiterführende konkrete Impulse und nicht bloß unverbindliche Absichtserklärungen. So geht das ‚Jahr der Pflege‘ neben der Ernüchterung mit lauter offenen Fragen zu Ende. 

- 1 [www.altenpflegeausbildung.net/](http://www.altenpflegeausbildung.net/)
- 2 [www.carekonkret.vincenz.net/content/download/979/9705/file/B-Laender\\_Vorlage\\_Endfassung\\_01.pdf](http://www.carekonkret.vincenz.net/content/download/979/9705/file/B-Laender_Vorlage_Endfassung_01.pdf)
- 3 [www.bmg.bund.de/pflege/eckpunkte-pflegereform.html](http://www.bmg.bund.de/pflege/eckpunkte-pflegereform.html)
- 4 European Credit Transfer and Accumulation System, das Leistungspunktesystem für Studiengänge
- 5 [www.deutscherqualifikationsrahmen.de/de?t=documentManager/sfdoc.file.supply&fileID=1299837331807](http://www.deutscherqualifikationsrahmen.de/de?t=documentManager/sfdoc.file.supply&fileID=1299837331807)
- 6 [www.deutscherqualifikationsrahmen.de/de?t=documentManager/sfdoc.file.supply&fileID=1311339250467](http://www.deutscherqualifikationsrahmen.de/de?t=documentManager/sfdoc.file.supply&fileID=1311339250467)
- 7 [www.fh-bielefeld.de/fb5/bereich-pflege-und-gesundheit/berufspaedagogische-projekte/projekt-modell-einer-gestuft-und-modularisierten-altenpflege-qualifizierung](http://www.fh-bielefeld.de/fb5/bereich-pflege-und-gesundheit/berufspaedagogische-projekte/projekt-modell-einer-gestuft-und-modularisierten-altenpflege-qualifizierung)
- 8 [www.g-ba.de/downloads/39-261-1401/2011-10-20\\_RL\\_%C2%A7-63\\_Abs-3c\\_SGB-V.pdf](http://www.g-ba.de/downloads/39-261-1401/2011-10-20_RL_%C2%A7-63_Abs-3c_SGB-V.pdf)
- 9 [www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xchg/SID-F5A89BA1-996AB987/bst/hs.xml/nachrichten\\_110137.htm](http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xchg/SID-F5A89BA1-996AB987/bst/hs.xml/nachrichten_110137.htm)
- 10 Birgit Pfau-Effinger u. a.: Ökonomisierung, Pflegepolitik und Strukturen der Pflege älterer Menschen, in: Adalbert Evers/Rolf Heinze (Hg.): Sozialpolitik, Wiesbaden 2008, S. 83 ff.
- 11 Klaus Dörmer: Brief an einen Anfänger in der Psychiatrie oder: Das Krankenhaus gehört den Schwestern und Pflegern, in: Michael Putzke u. a.: Das Handwerk oder die Kunst der Pflege. Festschrift für Carl Thomsen, Rehburg-Loccum 1982
- 12 So zum Beispiel der sechste Altenbericht (Altersbilder in der Gesellschaft. Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland, Juni 2010), [www.bmfsfj.de/BMFSFJ/aeltere-menschen,did=164568.html](http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/aeltere-menschen,did=164568.html)
- 13 [www.fb12.uni-dortmund.de/lehrstuehle/iso/gerontologie/lehrangebot/Altersbilder%20Sitzung%2008.pdf](http://www.fb12.uni-dortmund.de/lehrstuehle/iso/gerontologie/lehrangebot/Altersbilder%20Sitzung%2008.pdf)
- 14 Bernd Dewe: Professionsverständnisse – eine berufssoziologische Betrachtung, in: Johanne Pundt (Hg.): Professionalisierung im Gesundheitswesen, Bern 2006

**Petra Schülke****Stellvertretende Bundesvorsitzende des VDAB**

stellvertretende Bundesvorsitzende des VDAB und Mitglied im VDAB-Landesvorstand Niedersachsen ist Gesellschafterin und Geschäftsführerin für den Bereich Pflege der CarePool Hannover GmbH, „Pflege nach Maß“.

**Thomas Knieling****Bundesgeschäftsführer des VDAB**

Volljurist, Betriebswirt (Sozialwesen) und Sozialmanager ist seit Anfang 2009 Bundesgeschäftsführer des VDAB in Berlin.

**Wibke Eichhorn****Fachreferentin des VDAB**

Rechtsanwältin ist beim VDAB für die Bundesländer Berlin/Brandenburg zuständig und auf Bundesebene tätig. Wibke Eichhorn ist Mitglied der Bonato-Kommission.

**Rainer Merschmann****Geschäftsführer des VDAB-Schulungszentrums**

Sozialwissenschaftler, seit 2005 Geschäftsführer des VDAB-Schulungszentrums und seit 2006 des VDAB-Bildungswerkes.

## Impressum

---

**weitblick** ist das politische Magazin des Verbandes deutscher Alten- und Behindertenhilfe. Es erscheint viermal jährlich. Für Mitglieder ist der Bezug des Magazins kostenlos.

**Herausgeber und Redaktion:**

Thomas Knieling (V.i.S.d.P.)

Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V.

Hauptstadtbüro

Reinhardtstraße 19

10117 Berlin

Fon 030-20 05 90 79-0

Fax 030-20 05 90 79-19

Der Nachdruck von Artikeln, auch auszugsweise, oder von im Auftrag des VDAB erstellten Zeichnungen, Diagrammen und Schaubildern ist nur mit Quellenangabe und nach Genehmigung der Redaktion gestattet.

Der **weitblick** ist beim VDAB unter folgender Anschrift erhältlich:

Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V.

Bundesgeschäftsstelle

Im Teelbruch 132

45219 Essen

Fon 02054-95 78-0 | Fax 02054-95 78-40

E-Mail [info@vdab.de](mailto:info@vdab.de) | [www.vdab.de](http://www.vdab.de)

Gestaltung: FuhlrottDesign

Druck: Laupenmühlen Druck GmbH & Co. KG

Auflage: 3 000