

ENTWURF: Das Berliner Pflege-Manifest der SPD

Pflege geht uns alle an!

Die Pflege steht vor enormen Herausforderungen und ist eines der wichtigsten Zukunftsthemen einer solidarischen Gesellschaft.

*In den Krankenhäusern gibt es immer mehr ältere Patient*innen, in der Altenpflege immer mehr Pflegebedürftige mit multimorbiden Krankheiten. Beide Berufsfelder „Krankenpflege“ und „Altenpflege“ rücken inhaltlich zusammen. Die generalistische Ausbildung ab 2020 birgt dabei auch die Chance, dieser Entwicklung gerecht zu werden und die Altenpflege endlich auf das gleiche Niveau wie die Krankenpflege aufzuwerten.*

*Bundesweit sind etwa 3,3 Millionen Menschen pflegebedürftig. 19,5 Millionen Patient*innen werden in den Krankenhäusern versorgt. Die Tendenz ist jeweils steigend.*

Ein Viertel aller Pflegebedürftigen wird ambulant, stationär oder in Wohngemeinschaften von Pflegekräften betreut. Der Bedarf an professionell Pflegenden ist hoch. Allein in der Altenpflege sind derzeit knapp 1,1 Millionen Personen bei Pflegediensten und in Pflegeheimen beschäftigt. In den Krankenhäusern sind 330.000 Pflegekräfte beschäftigt. Mehr als 85 Prozent davon sind Frauen. Die überwiegende Mehrheit des Personals (72 Prozent) ist teilzeitbeschäftigt. Viele der Beschäftigten, vor allem im ambulanten Bereich, haben Arbeitsverträge mit einer wöchentlichen Arbeitszeit zwischen 28 und 34 Stunden. Gleichzeitig sind bundesweit mehrere zehntausend Stellen unbesetzt.

Pflege hatte lange Jahre auf der politischen Agenda keine Priorität. Das gilt für alle Länder: so versäumte auch Berlin die Stärkung der Altenpflege durch eine Ausbildungsumlage. Und es gilt für alle Parteien: trotz guter Fachpolitik in der SPD-Bundestagsfraktion oder den Arbeitsgemeinschaften spielte die Pflege in der Gesamtpartei keine Rolle. Sie wurde Familien, und dort den Frauen, überlassen. Pflegekräfte waren weniger wichtig als Arbeitsplätze in der Industrie. Die SPD benennt offen die Fehler der Vergangenheit und räumt auf: Wir fordern einen Paradigmenwechsel in der Sozialversicherung und konkrete Schritte für gute Arbeit. Nur noch große Schritte werden helfen, die Missstände in der Pflege von heute zu beheben und der Pflege in unserer Gesellschaft den Stellenwert einzuräumen, den sie verdient. Die Pflege hat für die Sozialdemokratie oberste Priorität.

Gute Pflege kann heute nicht gesichert werden, weil Pflegekräfte fehlen. Derzeit sind zwischen 25.000 und 30.000 Stellen (Stand März 2018) unbesetzt. Der Bedarf an zusätzlichen Pflegekräften (Krankenhäuser und Altenpflege) in den kommenden Jahren wird je nach Untersuchung unterschiedlich prognostiziert. Er reicht von 110.000 bis über 900.000 zusätzliche Pflegekräfte bis 2025.

*Um junge Schulabgänger*innen zu gewinnen, bereits als Pflegekräfte arbeitende Menschen im Beruf zu halten oder in Teilzeit arbeitende Pflegekräfte zu motivieren, ihre Arbeitszeit zu erhöhen sind gute Ausbildungs- und Arbeitsbedingungen der Schlüssel. Die Attraktivität muss durch bessere Bezahlung und mehr Pflegepersonal verbessert werden. Dafür ist eine nationale Ausbildungsoffensive unerlässlich. Nur wer heute ausbildet, hat morgen Fachkräfte. Tarifverträge erhöhen insgesamt die Attraktivität einer Branche. Diese historische Wahrheit muss die Pflege-Branche beherzigen. Die Zeit des*

Jammerns ist durch die Zeit des Handelns zu ersetzen. Durch Politik, Sozialpartner und Kassen. Die SPD zeigt wie.

1. Gute Pflege und ein würdevolles Leben

Die Sozialdemokratie steht ein für ein gutes Leben im Alter. Dazu gehört gute Pflege, die ein selbstbestimmtes und soweit es geht selbstständiges Leben in der gewohnten sozialen Umgebung ermöglicht. Eine gute Pflege und gutes Leben in einem Pflegeheim soll die letzte Konsequenz sein. Daher folgen wir dem Prinzip „ambulant vor stationär“. Die Sicherstellung der Versorgung aller pflege- und hilfebedürftiger Menschen auf qualitativ hochwertigem Niveau, hat in der Bevölkerung eine hohe Priorität. Eine sehr gute pflegerische Versorgung ist nicht nur den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen besonders wichtig, sondern auch Menschen, die noch nicht persönlich oder im direkten Umfeld Pflegebedürftigkeit erleben. Pflege geht uns alle an.

Die SPD nennt mit diesem Pflege-Manifest die Probleme und ihre Ursachen beim Namen und zeigt einen Weg auf, wie gute Pflege möglich ist.

Staatliche Daseinsvorsorge muss für alle Menschen gelten! Während beispielsweise bei Kindern der Staat gesetzliche Instrumente bspw. beim Kinderschutz oder dem Rechtsanspruch auf einen Kita-platz verankerte, wird die Versorgung pflegebedürftiger Menschen weitgehend sich selbst so wie den Kräften des Marktes überlassen. In der neoliberalen Kohl-Ära war es 1995 eine politische Entscheidung, Pflege alleine dem Markt zu überlassen. Dies wurde aktuell mit dem Pflegestärkungsgesetz III bekräftigt. Es zeigt sich aber: Der Markt kann es nicht richten. Deshalb ist ein Paradigmenwechsel notwendig: Pflege ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Der Staat muss seinen Verpflichtungen nach Steuerung und Fürsorge in der Pflege nachkommen.

Gute Pflege darf nicht vom Geldbeutel abhängen. Wir empfinden es als unwürdig, Menschen mit einer kleinen Rente die staatliche Transferleistung „Hilfe zur Pflege“ beantragen zu lassen. Diesen Gang zum Sozialamt wollen wir abschaffen. Dies ist nur mit einem Paradigmenwechsel hin zu einer Pflegevollversicherung möglich.

Im Alter ist Pflege häufig unausweichlich. Die Folgen der demographischen Entwicklung und des medizinischen Fortschritts in unserer Gesellschaft sind eindeutig. Immer mehr Menschen werden im höheren Alter pflegebedürftig. Auch in Berlin zeigt die Bevölkerungsprognose, dass bis 2030 der Anteil der Bevölkerung im Alter 80 Plus um 46 % steigen wird. Grundsätzlich geht es uns nicht nur um eine Pflege im Sinne einer „Abfertigung“, sondern um eine Pflege, die in erster Linie menschliche Zuwendung bedeutet. Pflege ist eine Mensch-zu-Mensch-Beziehung, wo ausreichend Zeit erforderlich ist für die Pflegetätigkeit, aber auch für die menschliche Fürsorge. Pflege soll ein würdevolles, aktives und gesundes Leben in Selbstbestimmung unterstützen. Ausreichend Zeit in der Pflege kann aber nur gesichert werden, wenn auch ausreichend Pflegekräfte im System vorhanden sind. In der Altenpflege wurde in der Vergangenheit zwar mehr ausgebildet und eingestellt, jedoch weit unter dem Bedarf. Eine bedarfsgerechte Personalentwicklung ist die Antwort.

Gute Pflege muss auch in den Krankenhäusern sichergestellt werden. In den Krankenhäusern wurden in den letzten 15 Jahren 30 % der Pflegekräfte abgebaut, während es 25% mehr Ärztinnen und Ärzte gibt. Diese kollektive unverantwortliche Personalpolitik der Klinikleitungen und Krankenkassen als Kostenträgern muss aufhören. Für den Erfolg einer Behandlung ist beides wichtig: Eine gute medizinische Behandlung und eine gute Pflege am Krankenbett. Pflege muss auf Augenhöhe mit Ärzt*innen angesiedelt werden.

Sowohl in der Altenpflege als auch im Krankenhaussektor haben sich die Personalverantwortlichen auf einen sich selbst regulierenden Arbeitsmarkt verlassen. Der Pflege-Fachkräftemarkt ist jedoch leergefegt. Dennoch greifen bei steigender Nachfrage die Markt-Mechanismen nicht: Die Gehälter der Pflegekräfte sind nicht gestiegen, die Arbeitsbedingungen haben sich nicht verbessert. Warum Verantwortliche trotz dieser Erkenntnis nicht radikal umsteuern, wenigstens ihren eigenen Bedarf an Fachkräften ausbilden und durch attraktive Angebote an sich binden, ist unerklärlich und unverantwortlich. Die Arbeitgeber sind in der Pflicht, bedarfsgerecht auszubilden. Trotz aller Marktmechanismen ist die Pflege – wie die gesamte Sozialwirtschaft – abhängig von öffentlicher Refinanzierung. Die Pflege- und Krankenkassen finanzieren die Pflege nach unterschiedlichen Systemen: Während die Krankenpflege im SGB V voll refinanziert wird, ist die Refinanzierung der Altenpflege durch die Pflegegrade im SGB XI gedeckelt – höhere Kosten müssen über die Eigenanteile von den Pflegebedürftigen selbst getragen werden. Gelingt dies nicht, müssen die Angehörigen oder der Staat über die „Hilfe zur Pflege“ einspringen.

Kurzum: für bessere Qualität in der Kranken- und Altenpflege müssen Arbeitgeber, Gewerkschaften, Kassen und der Staat gemeinsam handeln!

Trotz demografischen Wandels gibt es genügend an Pflege interessierte Jugendliche. Was die Pflegeberufe unattraktiv macht, sind schlechte Bedingungen für Arbeit und Ausbildung. Schlechte Bezahlung gepaart mit hoher Arbeitsverdichtung sorgen für eine Flucht ausgebildeter Pflegekräfte in andere Branchen sowie in Teilzeitarbeit. Die Verweildauer im Beruf ist mit durchschnittlich 8 Jahren enorm kurz. Die Teilzeitquote mit über 70 % ist außergewöhnlich hoch. Zur Guten Pflege gehören auch eine umfassende und leicht zugängliche medizinische Versorgung. Niedergelassene Ärzte*innen müssen im Kiez erreichbar sein, Hausbesuche machen und die Versorgung auch in den Pflegeheimen sichern. Neben der medizinischen Versorgung müssen auch Präventionsmaßnahmen und Rehabilitationsmöglichkeiten sichergestellt werden.

Die Sozialdemokratie steht für bezahlbaren Wohnraum. Dies gilt insbesondere auch im Alter! Knappheit an altersgerechten und bezahlbaren Wohnraum trifft vor allem Berlinerinnen und Berliner mit einer kleinen Rente. Bezahlbare Wohnungen müssen in allen Bezirken barrierefrei und altersgerecht zur Verfügung gestellt werden. Dabei sind generationsübergreifende Wohnprojekte, Pflege-Wohngemeinschaften und Pflege-Einrichtungen zukunftsweisend. Daher sind Anpassungen in der Wohnungsbaupolitik erforderlich: Mehr altersgerechte Wohnungen und ein neues Segment Pflege-WGs. Die Nachfrage nach Pflege-WG's steigt enorm, was auch gut ist um Isolation im Alter zu vermeiden.

Auch die Eigenanteile für die Pflegeheime steigen, was sozialpolitisch für pflegebedürftige Menschen problematisch ist. Es müssen staatliche Maßnahmen zur Deckelung der Eigenanteile für Pflegeheime entwickelt werden, also eine „Eigenanteil-Bremse“ - ähnlich der „Mietpreisbremse“ -für Pflegeheime: Es kann nicht sein, dass Mehrkosten für die Pflege und Ausbildung auf die Bewohnerinnen und Bewohner umgelegt werden und somit das Wohnen in Pflegeheimen verteuert wird. Auch hier ist ein Systemwechsel erforderlich. Wohnen in einem Pflegeheim mit guter Qualität darf kein Luxus sein.

Auch ältere Menschen wollen sich weiterhin für die Gesellschaft einsetzen. Unsere Gesellschaft darf auf ihre Kompetenz und Erfahrung nicht verzichten: Deshalb müssen Seniorenvertretungen gestärkt und besser ausgestattet werden.

Gute Pflege wollen wir im Dreiklang voranbringen für: Pflegebedürftige Menschen, Pflegekräfte und pflegende Angehörige.

Aber: Pflege trifft nicht nur ältere Menschen. Aufgrund einer Krankheit oder eines Unfalls kann es jeden von heute auf morgen treffen. Auch Kinder und Jugendliche können chronisch krank und pflegebedürftig sein. Auch diese Menschen und ihre Familien benötigen unsere besondere Unterstützung bei der Bewältigung ihres Alltages.

2. Mehr Pflegepersonal und Qualität durch bundeseinheitliche Personalschlüssel

Denken wir an Pflege, ist das Wort "Personalmangel" nicht weit. Der Fachkräftemangel gilt mittlerweile in nahezu allen verschiedenen pflegerischen Versorgungsbereichen. Die Personalengpässe in den Krankenhäusern gefährden zunehmend die Sicherheit von Patient*innen, führen zur hohen Arbeitsverdichtung und zu schlechten Arbeitsbedingungen. Auch in der Altenpflege leidet die Qualität in den Pflegeheimen ebenso wie im Bereich der ambulanten Versorgung.

Damit existieren gravierende Mängel in der Pflege. Laut dem 5. Pflege-Qualitätsbericht des Medizinischen Dienstes gilt dies im stationären Sektor insbesondere für Bewohner*innen mit einer gerontopsychiatrischen Einschränkung wie Demenz und für diejenigen, die eine Inkontinenzversorgung brauchen. Häufig fehlt eine Schmerzerfassung oder diese ist unzureichend. Bei der Vergabe von Medikamenten passieren immer noch zu viele Fehler. Notwendiger Verbesserungsbedarf wird auch für die in häuslicher Umgebung lebenden Pflegebedürftigen konstatiert, insbesondere für die in ihrer Alltagskompetenz eingeschränkten Menschen bzw. für die unter chronischen Schmerzen oder an einem Dekubitus leidenden Pflegebedürftigen. Ursachen dafür sind die hohe Arbeitsverdichtung und der chronische Personalmangel sowohl im ambulanten als auch stationären Bereich.

Es ist deshalb an der Zeit, dass überall mehr Transparenz über die Pflegepersonalausstattung in Relation zum vorhandenen Pflegebedarf hergestellt wird. Personalbemessungsinstrumente sind ein Weg, um Druck aus dem System zu nehmen. Um Orientierung bei der Personalplanung und Planung von Ausbildungskapazitäten zu bieten, sind bundeseinheitliche verbindliche Vorgaben von Personalschlüsseln unerlässlich, sowohl für den Krankenhausbereich als auch in der Altenpflege.

Personalschlüssel dürfen jedoch nicht nur als Unterkante definiert werden, um das Schlimmste zu vermeiden, sondern den Bedarf für eine gute Qualität und gute Arbeitsbedingungen sichern. Die Personalschlüssel als Verhältniszahl Pflegebedürftige/Pflegekräfte müssen sich unbedingt an den pflegewissenschaftlichen und fachlichen Standards zur Versorgungsqualität orientieren. Stimmen soll die fachliche Qualität der Pflege ebenso wie die Zufriedenheit und Lebensqualität der pflegebedürftigen Person. Nur verbindliche und bedarfsgerechte Pflegepersonalschlüssel können ein respektvolles Verhalten zwischen den Pflegebedürftigen und Pflegenden sowie Zeit für persönliche Zuwendung sichern.

Dass die berufsständische Selbstverwaltung der Pflegenden bei all diesen Prozessen umfassend zu beteiligen ist, versteht sich von selbst. Der Tarifvertrag Gesundheit der Charité ist hier wegweisend, weil hier erstmalig Mindestbesetzungen in zahlreichen Bereichen vereinbart wurden.

Obwohl das zum 1. Januar 2019 in Kraft tretende Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz (PpSG) für das Pflegepersonal im Krankenhaus erstmalig bundeseinheitliche Personaluntergrenzen auf den Weg gebracht hat, sind diese keinesfalls zielführend. Unsere Kritik: Personalschlüssel müssen alle Bereiche im Krankenhaus umfassen und eine bedarfsgerechte Pflege sichern und nicht nur das Schlimmste vermeiden.

Auch für die stationäre und ambulante Altenpflege ist das neue Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz (PpSG) in seinen Regelungen unzureichend. Die 13.000 zusätzlichen geplanten Pflegestellen in der stationären Altenpflege sind gut gemeint, aber schlecht gemacht. Zum einen ist diese Zahl zu niedrig. Zum anderen ist es fatal, dass Pflegeeinrichtungen, die sich nachweislich bemüht haben Fachpersonal zu finden, auch Pflegehilfskräfte anstelle von Pflegefachkräften einsetzen können. Die zusätzlich geschaffenen Stellen werden dringend in der Behandlungspflege gebraucht. Hier vermehrt Pflegehilfskräfte einzusetzen, gefährdet die pflegerische Versorgung und führt zu noch mehr Engpässen in der ambulanten Pflege. Da der Gesetzentwurf bei dieser Regelung weder eine zeitliche noch eine mengenmäßige Komponente vorsieht, kann diese Ausnahmeregelung von Einrichtungen zur kostengünstigeren Regel missbraucht werden.

In der Anwendung einer bundesweiten Pflegeversicherung ist es ein unhaltbarer Zustand, dass Personalschlüssel in der stationären Altenhilfe von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich sind und teilweise um 15% bei gleichem Pflegegrad abweichen. Dringend ist hier eine Vereinheitlichung erforderlich.

Es geht um verbindliche bedarfsgerechte und bundesweit einheitliche Personalbemessungsinstrumente im Sinne der pflegebedürftigen Menschen, der Beschäftigten in der Pflege und der pflegenden Angehörigen, um eine Attraktivitätssteigerung des Pflegeberufes und Maßnahmen, das vorhandene Personal zu halten durch eine zeitnahe einfachere Rückkehr von Teilzeit in Vollzeit.

Zu einer nationalen Ausbildungsoffensive gehört ebenso der Ausbau der Ausbildungskapazitäten wie auch die Förderung des Wiedereinstiegs in den Pflegeberuf, systematische Weiterqualifizierungen von Pflegehelfer*innen zu Pflegefachkräften und ein an einem generalistischen Pflegeverständnis orientiertes Ausbildungssystem, das durchlässig und anschlussfähig ist. Je nach Ausbildungs- und Weiterbildungsabschluss oder einem Pflegestudium sollen Pflegefachkräfte auch mehr Verantwortung und selbstverständlich auch höheres Gehalt erhalten. Mit der Akademisierung soll die Professionalisierung der Pflege unterstützt werden. Auch „am Bett“ müssen bei der Pflege wissenschaftliche Erkenntnisse einfließen.

3. Bedarfsgerechte Ausbildung mit attraktiven Bedingungen

Junge Menschen interessieren sich sehr wohl für die Pflegeberufe, weil sie in der Mensch-zu-Mensch-Beziehung eine Erfüllung sehen. Nicht der Pflegeberuf an sich ist unattraktiv, sondern die Ausbildungs- und Arbeitsbedingungen machen sie unattraktiv und schrecken ab. Kein Wunder, dass Jugendliche dadurch abgeschreckt sind.

Es gibt nur einen einzigen Ausweg aus dieser Spirale: Mehr Pflegekräfte im System, damit die Arbeit auf mehrere Schultern verteilt wird und sich die Arbeitsbedingungen für jede einzelne Pflegekraft verbessert. Auszubildende dürfen nicht als billige Arbeitskräfte oder zum Ausgleich der Fachkräftelücke missbraucht werden.

Bessere Ausbildungsvergütung, Aufstiegs- und Weiterentwicklungsperspektiven und die Perspektive für eine faire Bezahlung und gute Arbeitsbedingungen durch bedarfsgerechte Personalausstattung sind für junge Menschen und Erwachsene Kriterien, um sich für eine Berufsausbildung zu entscheiden. All das bietet die Pflege unzureichend.

Ohne Ausbau der Ausbildungskapazitäten und Erhöhung der Ausbildungsqualität werden auch verbindliche Personalschlüssel ins Leere laufen. Daher müssen verbindliche Personalschlüssel und Ausbau der Ausbildungskapazitäten zusammen gedacht werden. Das eine gelingt ohne das andere nicht.

Ausbildung wurde in den letzten Jahrzehnten aus Kostengründen sowohl in den Krankenhäusern als auch in den Pflegeeinrichtungen systematisch vernachlässigt. Um den Mehrbedarf an Pflegekräften abdecken zu können, müssen die Ausbildungskapazitäten dem Bedarf – orientiert am Personalschlüssel - angepasst werden und die Ausbildungsvergütung einheitlich erhöht werden, um mit den anderen Branchen mithalten zu können. Die Qualität der Ausbildung wird auch durch Sicherstellung von Praxisanleitung verbessert. Mentoring-Programme und ausbildungsbegleitende Sozialarbeit können die Ausbildung flankieren.

Die Ausbildung innerhalb der Pflege ist im stetigen Wandel. Seien es neue Inhalte in den Curricula oder auch die Umgestaltung der Ausbildung durch den Gesetzgeber. Ab 2020 werden die Krankenpflege, Kinderkrankenpflege und Altenpflege zu einer generalistischen Pflege-Ausbildung mit einem gemeinsamen Berufsabschluss zusammengeführt. Der Ausbildungsvertrag wird dann zwischen dem Träger der praktischen Ausbildung und der oder dem Auszubildenden geschlossen. Diesem muss die Pflegeschule zustimmen. Da die generalistische Pflege viel breiter aufgestellt ist als die bisherigen Berufsabschlüsse sind Verbund-Netzwerke zwischen dem Ausbildungsträger, den verschiedenen Praxisgebieten und der Pflegeschule essentiell. Das Land Berlin soll hierzu Unterstützungsangebote machen.

Wir möchten allen Menschen ermöglichen, diesen hoch anspruchsvollen Beruf zu ergreifen. Deshalb schaffen wir ein durchlässiges Ausbildungssystem – beginnend mit einer qualifizierten Helfer/innen-Ausbildung über die Fachkraftausbildung bis hin zum Studium.

Um die zukünftige Versorgung der Bevölkerung wieder vollständig sicherstellen zu können, bedarf es eines starken Ausbaus der Ausbildungskapazitäten. Um diesen Ausbau sicherzustellen, muss die Finanzierung von Lehrkräften und Sachmitteln sowie von Räumlichkeiten, z.B. durch die Nutzung landeseigener Immobilien und Liegenschaften, gewährleistet werden. Insgesamt werden die Ausbildungskosten ab 2020 durch eine Umlagefinanzierung sichergestellt.

Die praktische Ausbildung muss verbessert werden. Zukünftig müssen Praxisanleiter*innen für Ausbildungstätigkeiten von der täglichen Arbeit befreit werden. 20% der Arbeitszeit müssen, gesetzlich verbrieft, der Praxisanleitung zur Verfügung stehen. Gefördert werden muss auch der Verbleib in der Ausbildung z.B. durch begleitende soziale Arbeit.

Die Berliner SPD steht zu dem Grundsatz „Lebensbegleitendes Lernen“, welcher auch für die professionelle Pflege gilt. Fort- und Weiterbildungen müssen systematisch organisiert für alle Pflegekräfte zugänglich sein und einen hohen qualitativen Anspruch besitzen. Im Interesse einer guten und zukunftsorientierten Versorgung für alle Bürger*innen müssen diese an das generalistisch ausgerichtete Ausbildungskonzept anknüpfen.

Damit die professionelle Pflege weiter gestärkt und qualitativ verbessert werden kann, sind große Anstrengungen in der Aus- und Weiterbildung, bei den Arbeitsbedingungen, den Rahmensetzungen z.B. durch Personalschlüssel, sowie nicht zuletzt der angemessenen Vergütung notwendig.

4. Gerechte Bezahlung in der Pflege

Die Tarifbindung in der Pflege ist auch in Berlin zu schwach. Insbesondere in der Altenpflege gibt es eine sehr schwache Tarifbindung. Eine höhere Tarifbindung erhöht die Attraktivität der Branche Pflege. In den meisten Unternehmen der Wohlfahrtsverbände bestehen Tarifverträge oder sogenannte Arbeitsvertragsrichtlinien (AVR). Im privat-kommerziellen Pflegebereich bestehen im Gegensatz dazu kaum Tarifverträge. Dagegen kommen im Krankenhaussektor flächendeckend Tarifverträge zur Anwendung.

Vor allem Pflegehilfskräfte mit einem Pflegebasiskurs (200 Stunden), einer 1-jährigen (Krankenpflegehelfer/in) oder 1,5-jährigen (Altenpflegehelfer/in) Ausbildung erhalten Löhne nach dem Pflege-Mindestlohn oder nur wenig drüber. Selbst die meisten Pflegefachkräfte verdienen nur knapp existenzsichernde Gehälter. Eine vernünftige Altersversicherung kann mit diesen Verdiensten kaum erwirtschaftet werden.

Obwohl der Pflegebereich bereits jetzt schon unter erheblichem Personalmangel und die Pflegekräfte an Überlastung durch enge Dienstpläne, Schichtdienste und starker körperlicher und psychischer Belastung leiden, ist insbesondere in der Altenpflege die Bereitschaft zur Verbesserung der Rahmenbedingungen nur bei einem Teil der Arbeitgeber ausgeprägt.

Ein flächendeckenden Branchentarifvertrag „Altenpflege“ mit einem einheitlichen Urlaubsanspruch, wöchentlich geregelter Arbeitszeit, einheitlichen Jahressonderzahlungen sowie Zuschläge bzw. Zulagen bei Wochenend- und Nachtarbeit würde schlagartig die Pflegebranche attraktiver machen. Damit würde der Wettbewerb in Zukunft nicht mehr über niedrige Lohnkosten laufen. Die Vergütung muss eine attraktive Mindestarbeitsbedingung darstellen, von der nach oben, aber eben nicht mehr nach unten abgewichen werden darf. Die Gewerkschaften, Berufsverbände und die Selbstverwaltungen der Pflege unterstützen uns dabei! Das bedeutet eine bessere Finanzierung durch die Kassen, deutlich höhere Vergütungen und eine bessere Altersversorgung für die Pflegekräfte.

Die Erhöhung des Pflege-Mindestlohns wäre ein wichtiger Schritt, hilft aber alleine nicht, da das Lohnniveau in der Pflege grundsätzlich nach oben korrigiert werden muss.

Es ist beschämend, dass ein*e Altenpfleger*in mit 2.400 Euro, Monat (brutto) lediglich die Hälfte eines*r Facharbeiter*in in der Metallindustrie mit 4.300 Euro, Monat (brutto) verdient.

Diese Lohnlücke zwischen der Arbeit in der Industrie und der Pflege will die SPD schließen. So wie die SPD in ihren Gründerjahren für die Emanzipation, Selbstbestimmung und bessere Bezahlung der Arbeiter*innen in Bergbau, Stahl- oder Automobilindustrie kämpfte, wird sie nun für mehr Wertschätzung und Bezahlung der Pflegekräfte kämpfen! Hier sind insbesondere die Tarifparteien, aber auch der Staat gefordert.

Der Bundesgesetzgeber und die Sozialpartner müssen gemeinsam an dem Ziel arbeiten, vorhandene gute Tarifverträge allgemeinverbindlich zu erklären. Denn eine „Allgemeinverbindlichkeit“ gemäß Arbeitnehmerentsendegesetz verpflichtet ausnahmslos alle Arbeitgeber, den Tarifvertrag anzuwenden – selbst wenn sie ihn nicht unterzeichnet haben. Dann würde endlich für alle Pflegefachkräfte gleicher Lohn für gleiche Arbeit gelten – egal ob bei AWO, Diakonie oder einem privat-kommerziellen Pflegedienst.

Das Land Berlin hat sich bereits auf den Weg gemacht, in moderierender Rolle die Tarifpartner*innen an einen Tisch zu bringen. Ziel ist in einem ersten Schritt die Entwicklung von Eckpunkten für einen allgemein verbindlichen Tarifvertrag für die Ausbildung in der Altenpflege. Dieses Vorhaben flankieren wir eng mit unseren Forderungen.

5. Pflegende Angehörige entlasten

Traditionell ist in Deutschland die Familie für die pflegerische Versorgung zuständig. Die Zeiten des Dreigenerationenhaushaltes und der alleinigen Verantwortung der Ehefrauen für Familie und Haushalt sind allerdings vorüber. Die Lebenswirklichkeiten heute sehen anders aus: Familienmitglieder leben hunderte Kilometer voneinander entfernt oder sind erwerbstätig. Längst geht es beim Thema Vereinbarkeit von Beruf und Familie nicht nur um Beruf und Kind, sondern auch um Beruf und Pflege. In Berlin pflegen 200.000 Menschen ihre Angehörigen. Die Hälfte von ihnen leisten dies ausschliesslich, das heisst ohne Unterstützung durch einen Pflegedienst. Der Beitrag der pflegenden Angehörigen kann gesellschaftliche nicht hoch genug geschätzt werden. Sie benötigen mehr Unterstützung durch den Staat, auch finanziell. Während mit Maßnahmen wie dem Rechtsanspruch auf einen Kitaplatz und Elterngeld der Staat die Lebensphase Beruf und Kind unterstützt, sind die Unterstützungsmöglichkeiten in der Lebensphase „Beruf und Pflege“ noch sehr unzureichend. Pflegezeitgesetz und Familienpflegegesetz sind zwar erste Schritte in die richtige Richtung. Leider sind sie jedoch so unattraktiv ausgestaltet, dass sie in der Praxis keine Wirkung zeigen. Daher müssen diese Gesetze so weiterentwickelt werden, dass die pflegenden Angehörigen finanziell unterstützt werden. Der Staat muss weitere Entlastungsangebote für pflegende Angehörige sichern. Wir fordern einen Rechtsanspruch auf Tagespflege.

Es ist Zeit für einen Paradigmenwechsel hin zur (umfänglichen, gesetzlichen) Pflegevollversicherung und einer modernen Pflege, die den vielschichtigen Herausforderungen gerecht wird.

Wir Sozialdemokrat*innen stehen für diese vielschichtigen und mutigen Lösungen für das soziale Lebensrisiko Pflege. Wir wollen gewährleisten, dass jeder Mensch sich in jeder Lebensphase darauf verlassen kann, eine professionelle und hohen Qualitätsstandards genügende pflegerische Versorgung zu erhalten. Wir wollen auch, dass die über ein Leben lang erarbeiteten Ersparnisse wegen dieses Lebensrisikos nicht gänzlich aufgebraucht werden. (oder Menschen im Alter auf Sozialhilfe angewiesen sind.)

Die Pflegeversicherung ist zurzeit eine Teilversicherung. Dies bedeutet, dass immer auch ein Eigenanteil zu leisten ist. Pflegebedürftige mit einer kleinen Rente können diesen Eigenanteil für die Pflege nicht leisten. Um den Gang zum Sozialamt im Alter zu vermeiden, wollen wir die Umstellung zur Pflegevollversicherung und damit die Abschaffung des Eigenanteils erreichen.

Die Menge und Vielfalt der Pflegeleistungen haben sich in den letzten Jahren durch die drei Pflegestärkungsgesetze verbessert und mit dem Pflegeberufegesetz ist - bei allen Herausforderungen für die Umsetzung - der Grundstein für eine demografiegerechte, zukunftsfähige und qualitativ hochwertige Pflegeausbildung gelegt.

Dieser heutigen Lebenswirklichkeit wird die 1995 in Kraft getretene subsidiäre Pflegeversicherung bei der Finanzierung der pflegerischen Leistungen nicht mehr gerecht. Zudem ist in vielen Kommunen die Pflegeinfrastruktur unzureichend ausgebaut. Wir brauchen mehr wohnortnahe Angebote für Wohnen und Pflege, mehr Angebote zur sozialen Teilhabe gerade für die steigende Anzahl der an Demenz erkrankten Menschen.

Was sind uns bedarfsgerechte und qualitativ hochwertige Maßnahmen der Prävention, Kuration, Rehabilitation und Palliation unserer Bevölkerung wert? Was ist uns die qualitätsorientierte pflegfachliche Versorgung von Menschen wert, die unabhängig vom Lebensalter vorübergehend oder

dauerhaft der Pflege bedürfen? Verantwortliche auf Bundes-, Länder- und auch kommunaler Ebene müssen sich diesen Herausforderungen dringend noch stärker stellen.

6. Pflege in Berlin ist kultursensibel

Die Notwendigkeit einer kultursensiblen Pflege und gesundheitlichen Chancengleichheit ist unbestreitbar. Insbesondere die Institutionen der Altenpflege und der Altenarbeit stehen vor der Herausforderung, die Pflege und Betreuung älterer Migrantinnen und Migranten sicherzustellen. Versorgungsdefizite ist vorzubeugen. Insgesamt muss sich Vielfalt - auch sexuelle Vielfalt – stärker in der Pflegeberatung sowie der ambulanten und stationären Pflege widerspiegeln.

Um die Pflegeversorgung älterer Menschen mit Migrationshintergrund gut zu gewährleisten, sollen vermehrt Menschen mit Sprachkenntnissen bzw. Menschen mit nichtdeutscher Muttersprache für Tätigkeiten in den Pflegeeinrichtungen gewonnen werden. Es gilt nicht nur den Beruf attraktiver zu gestalten, sondern vor allem jüngeren Menschen mit Migrationshintergrund den Zugang zur Pflegeausbildung zu ermöglichen. Im Herkunftsland erworbene Abschlüsse müssen schneller anerkannt werden. Jede Öffentlichkeitsarbeit zu Beratungs- und Dienstleistungsangeboten muss generell mehrsprachig und barrierefrei sein.

Wir wollen die Sensibilität für soziokulturelle Aspekte von Pflege, Krankheit, medizinisch-therapeutischen Maßnahmen und insbesondere der sozialen Interaktion zwischen Pflegepersonal und Pflegebedürftigen erhöhen. Jede in der Pflege tätige Person – unabhängig von deutscher oder nicht-deutscher Herkunft - muss sich Kompetenzen und Wissen zu verschiedenen Kulturen aneignen.

Zudem werden die Schulungsangebote für pflegende Angehörige aber auch für Pflege(fach)kräfte erhöht, um die interkulturelle Relevanz für die soziale Teilhabe und Pflege zu gewährleisten. Dazu gehört, dass die Pflegeeinrichtungen regelmäßig ausreichende Fortbildungen ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bereithalten. Kultursensibilität wird Teil der generalistischen Pflege-Ausbildung.

Die interkulturelle Öffnung der Pflegeeinrichtungen ist keineswegs nur Mehraufwand für die Leistungsanbieter. Sie führt auch zur finanziellen Entlastung des Gesundheits- und Pflegesystems. Eine kultursensible Verbesserung der Kommunikation und bedarfsgerechten Pflege bewirkt langfristig eine Vermeidung von Unterversorgungen und Fehlbehandlungen. Unser Fokus liegt auf der Entwicklung einer Checkliste zur Unterstützung einer interkulturellen Ausrichtung für ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen.

Kultursensibilität schließt auch bedarfsgerechte Angebote für ältere und hochbetagte homosexuell oder transgener lebende und liebende Menschen ein. Schließlich verschwindet die individuelle Geschlechteridentität nicht mit steigendem Lebensalter. Wir entwickeln ein lebensphasen- und generationenübergreifendes Konzept der Geschlechtervielfalt. Denn wir wollen gleiche Rechte und gleiche Chancen für Schwule, Lesben, Bisexuelle, trans- und intersexuelle Menschen auch für die dritte und vierte Altersphase.

7. Teilhabe stärken

Berlin ist eine Stadt, in der sich auch mit Beeinträchtigungen gut leben lässt. Alter, Behinderungen oder chronische Krankheiten können Berufs- und Alltagsleben erschweren. Die SPD will dafür sorgen, dass soziale Teilhabe, dass arbeiten, wohnen, studieren, Sport treiben u.v.m. weiterhin gut möglich

ist. Dabei leitet uns das Ziel der größtmöglichen Teilhabe und Selbstbestimmung. Deshalb stärken wir die Selbsthilfe-Arbeit durch auskömmliche Finanzierung der Träger und Verbände.

Die Gesundheitsstadt Berlin muss für umfassende Versorgung und niedrigschwelligen Zugang zu Gesundheits- und Reha-Leistungen garantieren.

Pflegebedürftige Menschen sollen in der stationären, teilstationären und ambulanten Pflege sowie in Wohngemeinschaften größtmögliche Mitbestimmung und auch Bewertungsmöglichkeiten erhalten. Dafür werden wir die Bewohner*innen-Beiräte stärken, ein „Peer-to-peer-Verfahren“ etablieren und bei Kontrollen durch MDK und Heimaufsicht die Erfahrungen der Pflegebedürftigen sowie ihrer Angehörigen stärker einbinden.

Wir wollen die flächendeckende niedrigschwellige Beratung z.B. durch die Pflegestützpunkte ausbauen, aber auch bereits existierende Instrumente wie z.B. die bezirklichen Sozialkommissionen für eine bessere Planung und Steuerung nutzen.

Gutes Leben im Alter heißt immer auch gutes Leben im Kiez. Die sozialräumliche und sektorenübergreifende Versorgung der Berlinerinnen und Berliner ist uns wichtig. Wir wollen bestehende Netzwerke wie z.B. die „Gerontopsychiatrisch-gerontologischen Verbände“ (GGV) verbindlich an die Bezirke binden, durch mehr Hauptamtlichkeit stärken und nach einheitlichen Standards ausbauen.

Die neuen Altenhilfe- /Geriatric-Koordinatoren*innen in den Bezirken bündeln die unterstützenden und pflegerischen Angebote in den Bezirken und Stadtquartieren.

Zentral ist die Einbindung aller Akteure*innen, vor allem der Hausärzte*innen, Fachärzte*innen, Krankenhäuser, Apotheken, Pflege-Einrichtungen, Pflegestützpunkte, Sportvereine, Nachbarschaftszentren, Beratungszentren. Die bezirklichen Senior*innenvertretungen sollen mehr als bisher eine koordinierende und gestaltende Funktion übernehmen. Für eine gute Qualität der Versorgung im Kiez ist die Einbindung des Gesundheitssektors unerlässlich: hier müssen die Kassenärztliche Vereinigung (KV), die Berliner Ärztekammer sowie die Kranken- und Pflegekassen verbindlicher aktiv werden. Dies gilt in besonderem Maße für die ambulante Palliativ- und Hospizversorgung sowie für die Versorgung schwerkranker Kinder und Jugendliche.

8. Paradigmenwechsel durch Umwandlung in eine Pflegevollversicherung

Die 1995 eingeführte Soziale Pflegeversicherung hat zur Finanzierung der Altenpflege in Deutschland entscheidend beigetragen. Sie hat geholfen, professionelle Strukturen zu entwickeln und sie hat das Sozialhilferisiko der Pflegebedürftigkeit für knapp zwei Jahrzehnte entscheidend gesenkt. Obwohl mit dem Pflegestärkungsgesetz II viele leistungsrechtliche Verbesserungen in Kraft getreten sind, bedeutet Pflegebedürftigkeit für zunehmend mehr Betroffene eine große finanzielle Belastung. Immer mehr Menschen sind heute wieder auf Sozialhilfe angewiesen – Tendenz steigend. Das ist für die Berliner SPD sozialpolitisch nicht länger vertretbar. Es ist Zeit für einen Paradigmenwechsel. Die derzeitige Pflgeteilversicherung muss zu einer Pflegevollversicherung weiterentwickelt werden.

Die Konstruktion der Pflegeversicherung als Teilversicherung bedeutet: Alle über einen Festbetrag pro Pflegegrad hinausgehenden Kosten sind von der pflegebedürftigen Person selbst zu tragen. Kann diese die Kosten nicht aus eigener Kraft tragen, hat der Sozialhilfeträger zu zahlen. In Berlin haben die Sozialämter für die „Hilfe zur Pflege“ 2017 fast 300 Millionen Euro ausgegeben.

Seit langem setzt sich die SPD für eine Bürgerversicherung für die Kranken- als auch Pflegeversicherung ein. Wir wollen die Überwindung des dualen Systems von gesetzlicher sowie privater Kranken- und Pflegeversicherung, die Verbreiterung der finanziellen Basis u.a. durch die Einbeziehung weiterer Einkunftsarten, weiterer Versicherter wie Selbständige oder Beamt*innen und auch die Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze. Das Konzept der Bürgerversicherung löst aber das Problem des hohen Eigenanteils in der Pflegeversicherung nicht.

Das kann nur eine Pflegevollversicherung. Grundlagen dafür hat Prof. Dr. Rothgang, Universität Bremen, in seinem Gutachten „Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung“ entwickelt. Mit einer Pflegevollversicherung kann den Versicherten das Risiko der Kostensteigerungen bei zunehmender Pflegebedürftigkeit genommen werden, da die kompletten Pflegeleistungen - vergleichbar der Krankenversicherung - übernommen werden. Die Forderung nach einer Pflegevollversicherung findet zunehmend Anhängerinnen und Anhänger. Zugegeben: Diese politische Forderung ist teuer, da sie mit einer Erhöhung der Lohnnebenkosten verbunden ist – aber sie ist richtig, denn Pflege gehört in die Mitte der Gesellschaft. Bessere Arbeitsbedingungen und bessere Bezahlung in der Pflege sind unverzichtbar, denn der Mangel an Pflegekräften ist inzwischen längst da. Deren Gehaltssteigerungen können aber nicht von der Zahlungskraft der Pflegebedürftigen abhängig bleiben.

Auf dem Weg zur Vollversicherung gibt es einen sinnvollen Zwischenschritt: der „Sockel-Spitze-Tausch“: Anstatt das Kostenrisiko durch die gedeckelten Zahlungen der Pflegeversicherung allein den Pflegebedürftigen und dem Sozialamt aufzulasten, könnte aus dem Eigenanteil ein festgesetzter Sockelbetrag gemacht werden. Dieser Sockel wird dann durch die Leistungen der Pflegekasse aufgestockt. So hätten die Kassen das Risiko von Kostensteigerungen z.B. für tarifliche Bezahlung der Pflegekräfte, bessere Personalschlüssel und mehr Auszubildende zu tragen. Die Berechnung der Kosten wird also umgedreht: Erst wird ein fixer Eigenanteil als Sockel gezahlt, dann stockt die Pflegeversicherung diesen bedarfsgerecht gemäß der Begutachtung durch den MDK auf. Im Gegensatz zum Pflegeversicherten sind die Pflegekassen dafür zuständig, in Verhandlungen mit den Leistungserbringern die Kosten zu klären – heute gehen die Verhandlungsergebnisse zu Lasten Dritter, nämlich der Pflegebedürftigen.

Wir Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten

- fordern daher die Einführung der Bürgerversicherung für die Kranken- und Pflegeversicherung. Die Einnahmen der Pflegeversicherung sind zu verbreitern, indem unter anderem auch andere Einkunftsarten und Personenkreise einbezogen werden. Dafür haben wir bereits in vergangenen Bundestags-Wahlkämpfen gekämpft.
- wollen die Pflegeversicherung zu einer Pflegevollversicherung weiterentwickeln. Auf dem Weg zu diesem Langzeitziel wollen wir den aus eigenem Einkommen und Vermögen zu deckenden Teil der Pflegekosten zu einem festen Sockelbetrag umwandeln. Dieser wird dann durch Versicherungsleistungen aufgestockt. So liegt das Kostenrisiko für angemessene Personalschlüssel und bessere, tarifliche Bezahlung der in der Pflege Beschäftigten nicht mehr bei den pflege- und hilfebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen, sondern bei den Pflegekassen („Sockel-Spitze-Tausch“). Auch der Ausbau einer bedarfsgerechten Pflegeinfrastruktur ist uns etwas wert!

9. Stärkung in der Interessenvertretung in der Pflege im Dreiklang Berufsverbänden, Gewerkschaften und Pflegekammern

In der Pflege sind die Herausforderungen so groß, dass nicht weniger, sondern mehr Interessenpolitik angemessen ist. Auch wenn sich die SPD für die Pflege stark macht, reicht das nicht aus. Eine starke Selbstvertretung ist genauso wichtig. Dazu gehören ein höherer gewerkschaftlicher Organisationsgrad, der für eine höhere Tarifbindung unerlässlich ist. Die in der Pflege Tätigen sind zwar die größte Beschäftigtengruppe im Gesundheitswesen - ihre Interessensvertretung ist aber vergleichsweise schwach. Dies gilt sowohl für ihre Verhandlungsmacht beim Entgelt, bei der Personalbemessung, der Arbeitszeit als auch bei der beruflichen Entwicklung. Hier liegt eine der wesentlichen Ursachen für den viel beklagten Fachkräftemangel in den Heilberufen der Pflege. Angesichts einer älter werdenden Gesellschaft, neuer Leitbilder zur Vereinbarkeit von Familie, Freizeit und Beruf sowie der Geschlechtergleichstellung und dem Bedarf an gesellschaftlicher Infrastruktur braucht es einen konstruktiven Dialog zwischen allen Interessenvertretungen im Gesundheitswesen und eine gegenseitige Akzeptanz.

Die vielfältige Interessensvertretung in der Pflege überfordert eine einzige Organisation und ist auch rechtlich unterschiedlich verortet. Die Energie so mancher Grabenkämpfe der vergangenen Jahre will die Berliner SPD in einen zukunftsorientierten Dreiklang von Interessensvertretung investieren: Die Vision ist, dass Gewerkschaften, Berufsverbände und Pflegekammern jeweils ein eigenständiges demokratisch legitimiertes Vertretungsmandat haben und jeweils originäre Aufgaben übernehmen:

- *Gewerkschaften* vorbehalten ist die Ausgestaltung von Tarifverträgen – Entgelt, Arbeitsbedingungen wie z.B. Arbeitszeit – zusammen mit den Arbeitgeber*innen, die Ausrufung von Arbeitskämpfen sowie die Durchsetzung von Maßnahmen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz der Beschäftigten. Sie unterstützen einzelne Beschäftigte, wenn es Probleme und Konflikte am Arbeitsplatz gibt.
- *Berufsverbände* vertreten die Interessen der Berufsangehörigen bezogen auf die Fachlichkeit und die Rahmenbedingungen pflegerischer Arbeit. Sie entwickeln und erproben neue, pflegerische Konzepte und prägen berufspolitische Ziele. Berufsverbände setzen sich mit ihrer Lobbyarbeit für die weitere Professionalisierung der Pflege ein.
- Die *Pflegekammer* führt als Körperschaft des öffentlichen Rechts hoheitliche, also staatlich übertragene Aufgaben aus. Im Fokus steht die sichere Qualität der pflegerischen Versorgung der Menschen im jeweiligen Bundesland. Die Selbstverwaltung legt dafür Qualitätsstandards fest, entwickelt eine Berufs- und auch Weiterbildungsordnung, entsendet Vertreter*innen in Fachgremien und fördert die Kooperation mit weiteren Professionen und Bildungsinstitutionen. Die registrierten Berufsangehörigen beschließen die für sie geltenden Verwaltungsregelungen wie eine Wahl- oder auch Gebührenordnung.

Die Interessensvertretungen stehen nicht zueinander in Konkurrenz, denn das Vertretungsmandat zwischen Kammern, Berufsverbänden und Gewerkschaften unterscheidet sich deutlich. Mit ihrem guten Zusammenwirken wird die Berufsgruppe nachhaltig gestärkt und die Pflege aufgewertet und professionalisiert. Für dieses Gelingen trägt die Politik ebenso Verantwortung wie auch für die Sicherstellung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung der Bevölkerung.

10. Digitalisierung gut nutzen

Wir wollen die Chancen der Digitalisierung auch für die Pflege nutzen. Bereits heute gibt es ein großes Angebot an digitalen Anwendungen und technikunterstützten Hilfsmittel für die verschiedenen Bereiche der Pflege. Aber haben auch alle innovativen Lösungen wirklich einen Nutzen für die Menschen? Kommen gute technische Lösungen auch in der Breite bei den Menschen an? Dabei geht es darum, die Möglichkeiten der Digitalisierung zu sehen und gleichzeitig klare Grenzen zu setzen. Denn technische Innovationen dürfen nicht die Menschen ersetzen, sie dürfen nicht zum Mittel zur Kostensenkung und Personaleinsparung werden. Technische Lösungen müssen den Pflegebedürftigen, den pflegenden Angehörigen und den Pflegekräften dienen. Sie alle haben auch ein Recht auf informationelle Selbstbestimmung (Datenschutz). Gute Pflege ist menschlich und zwischenmenschlich, technische und digitale Lösungen können dabei unterstützen.

- Technik kann Pflegebedürftige bei alltäglichen Aufgaben behilflich sein. Das ermöglicht ein selbstbestimmtes Leben in der eigenen Häuslichkeit, auch bei starker körperlicher Einschränkung.
- Technik kann mehr Zeit für die Pflegeleistung und Zwischenmenschliches schaffen, indem sie Verwaltungs- und Dokumentationsaufwände reduziert.
- Technik kann Pflegekräfte bei schweren körperlichen Arbeiten von Nutzen sein und die hohe körperliche Belastung des Berufs verringern.
- Technik erleichtert die Vernetzung und den Informationsaustausch der verschiedenen an der Versorgung beteiligten Akteure, wie Pflegedienste und Ärzt/innen.
- Technik kann die Kommunikation zwischen Pflegebedürftige und deren Angehörige unterstützen, insbesondere wenn sie in der Häuslichkeit gepflegt werden.

Die fachgerechte Nutzung technischer Innovationen muss bereits integraler Bestandteile der Ausbildung sein. Wir setzen uns für Information und Erprobung von technischen und digitalen Lösungen im Pflegealltag durch die Nutzer und Nutzerinnen ein, mit dem Ziel Hemmnisse abzubauen und die Lösungen zu finden, die eine echte Steigerung der Lebensqualität für Pflegebedürftige, pflegende Angehörige und Pflegekräfte bedeuten. Wir erhoffen uns weitere und gute Erkenntnisse aus dem Dialog-Prozess „Pflege 4.0 – Made in Berlin“ des Berliner Senats und werden daraus konkrete Forderungen für die Umsetzung in Berlin entwickeln.

Berlin, 15.10.2018

Derya Karatas

Andre Kindler

Dilek Kolat

Barbara König

Andre Lossin

Martin Matz

Mechthild Rawert

Farina Trautmann