

monitor

PFLEGE

Fachzeitschrift zur Versorgung, Management und Forschung in der Pflege



Interview mit MdB
Mechthild Rawert
(SPD, Ordentliches
Mitglied im Ausschuss
für Gesundheit):
„Beratung auf höchst-
möglichem Niveau“

Vorbild für Regionen

Inwiefern das Modellprojekt für die Strukturmigration im Mittelbereich Templin eine Schnittstelle zur Pflege ist, beschreibt Lutz O. Freiberg, IGfB.

Neues Abrechnungssystem

Einen Vorschlag und eine Begründung für ein neues zeitbezogenes Abrechnungssystem, liefert Hans-Joachim Wasel vom Caritasverband Berlin.

Qualitätsperspektiven

Mittels einer Recherche nach Qualitätskriterien und Praxismodellen hat IGES für die Kurzzeitpflege ein Anforderungsprofil aus 19 Einzelanforderungen entwickelt.



**Prof. Dr.
Reinhold Roski**

Herausgeber von „Monitor Versorgungsforschung“ und „Monitor Pflege“ sowie Professor für Wirtschaftskommunikation im Fachbereich Informatik, Kommunikation und Wirtschaft der Hochschule für Technik und Wirtschaft Berlin.

Pflegestärkungsgesetz III

>> **MoPf-Titelinterview mit MdB Mechthild Rawert, SPD, Ordentliches Mitglied im Ausschuss für Gesundheit** > S. 6 ff.

Worum wird es im kommenden Dritten Pflegestärkungsgesetz gehen? „Wir stärken die Rolle der Kommunen in der Pflege, um den Pflegebedürftigen, den Menschen mit Behinderung und ihren Angehörigen in ihrer vertrauten Umgebung, in der Nähe ihres Wohnorts, eine erstklassige Pflege-Infrastruktur zusammen mit einer umfassenden Pflegeberatung anzubieten.“ „Wir streben in Deutschland gleiche Lebensverhältnisse auch in der Pflege für alle an – unabhängig vom Wohnortprinzip.“ So Mechthild Rawert im Titelinterview. Sie ist Diplom-Sozialpädagogin (FH), Diplom-Pädagogin und hat Total Quality Management studiert. Seit 30 Jahren hat sie eine Fülle von ganz vielfältigen Erfahrungen im deutschen Gesundheitswesen gesammelt. Seit 1987 ist sie in der SPD, seit 2005 Mitglied des Deutschen Bundestages und ist dort Ordentliches Mitglied des Ausschusses für Gesundheit. Eine engagierte, kämpferische Interessenvertreterin für Gesundheit- und Pflegereformen.

Im Anschluss berichten wir über den aktuellen Stand der Umsetzung des Pflegestärkungsgesetzes II zum 1. Januar 2017, das mehr Selbstbestimmung und Teilhabe erreichen will. Außerdem über den großen Deutschen Pfl egetag 2016: In über 70 Foren und Veranstaltungen sprachen 70 Referenten vor über 6.000 Besuchern zu den wichtigsten Fragen und Themen der Pflege. > S. 8 f. > S. 10 f.

Interview, zeitbezogene Abrechnung und KV RegioMed

Im Interview mit **Thomas Rehder**, Geschäftsführer der Zeitarbeitsfirma iperdi Holding Nord GmbH, geht es um den Einsatz von Zeitarbeit zur Überbrückung des Pflegenotstandes. Einen interessanten Beitrag „Pro: Zeitbezogenes Abrechnungssystem“ schickte uns **Hans-Joachim Wasel**, Fachreferent Altenhilfe des Caritasverbands für das Erzbistum Berlin e.V. Wir sind gespannt auf eine Diskussion dazu. Mit der KV RegioMed in der Region Templin im Landkreis Uckermark im Norden Brandenburgs stellt **Lutz O. Freiberg**, IGiB - Innovative Gesundheitsversorgung im Land Brandenburg, ein hochinteressantes Konzept vor, wie Gesundheitsversorgung und Pflege in einem Bereich mit immer älter werdender Bevölkerung organisiert werden kann. Kann das ein Vorbild für weitere Regionen in Deutschland sein? Aus den Erfahrungen werden wir in jedem Fall lernen müssen. > S. 12 ff. > S. 14 ff. > S. 16 ff.

Das sind nur einige Punkte aus den vielfältigen redaktionellen Beiträgen. Es tut sich in der Pflege aktuell sehr viel.

Wissenschaftliche Beiträge

Oetting-Roß u.a. präsentieren eine Bestandsaufnahme zur inhaltlichen und strukturellen Ausgestaltung der Beratung im Rahmen der Pflegeversicherung zur Unterstützung pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen. Die Autoren haben 91 Beratungskonzepte mit unterschiedlicher Reichweite nach den Dimensionen Nutzer, Beratungsprozess sowie Qualität analysiert. Weiterentwicklungsbedarf sehen sie in der stärkeren Verknüpfung mit wissenschaftlichen Erkenntnissen sowie einer stärkeren Nutzer- und Bedarfsorientierung, um individuellen Pflegesituationen gerecht werden zu können. > S. 31 ff.

Deckenbach entwickelt auf der Grundlage einer systematischen nationalen und internationalen Recherche von Qualitätskriterien und Praxismodellen ein Anforderungsprofil für fachgerechte Kurzzeitpflege gemäß § 42 SGB XI mit 19 überprüfbar en Einzelanforderungen. So sollen insbesondere auch kritische Übergänge aus dem Krankenhaus unterstützt und eine Rehospitalisierung sowie ein verfrühter Einzug in die stationäre Dauerpflege verhindert werden. > S. 36 ff.

Ich wünsche Ihnen interessante Lektüre mit vielen Informationen, die für Sie und Ihre Arbeit nützlich sind. Und natürlich einen wunderbaren Sommer.

Mit herzlichen Grüßen
Ihr
Professor Dr. Reinhold Roski
Herausgeber „Monitor Pflege“

INHALT

Pflegestärkungsgesetz III

Editorial: MoPf-Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski

Ein Jegliches hat seine Zeit

Editorial: MoPf-Chefredakteur Peter Stegmaier

„Beratung auf höchstmöglichem Niveau“

Interview mit MdB Mechthild Rawert, SPD, Ausschuss für Gesundheit

Nach fast einem Jahrzehnt des Ringens

Das Pflegestärkungsgesetz II soll Selbstbestimmung und Teilhabe sichern

„Gleichberechtigung auf Augenhöhe“

Deutscher Pflēgetag 2016

„Wir sind auf dem richtigen Weg“

Statement zum Deutschen Pflēgetag von Staatssekretär Karl-Josef Laumann

„Die Zeitarbeit ist ein integratives Tool“

Interview mit Thomas Rehder, Geschäftsführer der Zeitarbeitsfirma iperdi Holding

Pro: Zeitbezogenes Abrechnungssystem

Wasel: Vorschlag und Begründung für ein neues zeitbezogenes Abrechnungssystem

KV RegioMed: Schnittstelle zur Pflege

Strukturmigration im Mittelbereich Templin und die Bedeutung der Pflege

Drei Generationen – ein Wunsch

Umfrage von Betreut.de zur Betreuung älterer Angehöriger

Rahmenbedingungen für gesunde Pflege

Thieme-Pressesgespräch: „Professionelle Pflege für eine gesunde Gesellschaft“

Die Macht der Kommunen

Bertelsmann-Stiftung publiziert Wegweiser für die ambulante pflegerische Versorgung

„Vom schneller zum anders arbeiten“

Interview mit Prof. Heinz Lohmann, Geschäftsführer der LOHMANN konzept GmbH

Frei-Zeit einfordern

Arbeitgeber setzen sich häufig über geltendes Arbeitsrecht hinweg, zeigt eine DBfK-Studie

„Viel Luft nach oben“

Coloplast-Studie: Inklusion chronisch Kranker

News

21, 22, 23, 29,

Impressum Monitor Pflege

Monitor Pflege
Fachzeitschrift zur Versorgung,
Management und Forschung in
der Pflege

2. Jahrgang/ISSN 2364-0308

Verlags-/Erscheinungsort
Bonn, Bundesrepublik Deutschland

Verlag
eRelation AG - Content in Health
Vorstand: Peter Stegmaier
Kölstr. 119, 53111 Bonn
www.ereRelation.org
mail@ereRelation.org
Verlagsleitung: Peter Stegmaier

Anzeigenleitung/Vertrieb/Abo

Anke Heiser (verantwortlich für
den Anzeigenteil)
Kölstr. 119, 53111 Bonn
Tel +49-(0)228-7638280-0
Fax +49-(0)228-7638280-1
heiser@monitor-pflege.de
Es gilt die Anzeigenpreisliste 1 vom
1.1.2015

Herausgeber
Prof. Dr. Reinhold Roski, Hochschule
für Technik und Wirtschaft Berlin
roski@monitor-pflege.de

Chefredaktion
Peter Stegmaier

(verantwortlicher Redakteur)
Kölstr. 119, 53111 Bonn
Tel +49-(0)228-7638280-0
Fax +49-(0)228-7638280-1
stegmaier@monitor-pflege.de

Redaktion
Jutta Mutschler
mutschler@monitor-pflege.de
Kerstin Müller
mueller@monitor-pflege.de

Marketing/Online
Anke Heiser
heiser@monitor-pflege.de
Kölstr. 119, 53111 Bonn
Tel +49 228 7638280-0

Fax +49 228 7638280-1

Abonnement
Monitor Pflege erscheint viemal
jährlich. 4 Ausgaben kosten 60 Euro
zzgl. Versandkostenanteil in Höhe
von 6,14 Euro pro Jahr in Deutsch-
land (Versandkosten Ausland: 54
Euro). Das Abonnement verlängert
sich automatisch um ein weiteres
Jahr, wenn es nicht spätestens sechs
Wochen vor Ablauf des Bezugsjahres
schriftlich gekündigt wird.
Jahresvorzugspreis für Studenten
gegen Vorlage einer Immatrikula-
tionsbescheinigung 60 EUR zzgl.
jew. Versandkostenanteil.
Preisänderungen vorbehalten.

Layout
eRelation AG, Bonn

Druck
WIRMachenDRUCK GmbH
Mühlbachstr. 7
71522 Backnang
Deutschland
Printed in Germany

Urheber- und Verlagsrecht
Die Zeitschrift und alle in ihr
enthaltenen einzelnen Beiträge
und Abbildungen sind urheber-
rechtlich geschützt. Mit Annahme
des Manuskripts gehen das Recht
zur Veröffentlichung sowie die

Rechte zur Übersetzung, zur
Vergabe von Nachdruckrechten,
zur elektronischen Speicherung
in Datenbanken, zur Herstellung
von Sonderdrucken, Fotokopien
und Mikrokopien an den Verlag
über. Jede Verwertung außerhalb
der durch das Urheberrechtsgesetz
festgelegten Grenzen ist ohne
Zustimmung des Verlags unzulässig.
In der unaufgeforderten Zusendung
von Beiträgen und Informationen
an den Verlag liegt das jederzeit
widerrufliche Einverständnis, die
zugesandten Beiträge bzw. Infor-
mationen in Datenbanken einzu-
stellen, die vom Verlag oder Dritten
geführt werden.

Herausgeber

2/4

Prof. Dr. Reinhold Roski

Professor für Wirtschaftskommunikation im Fachbe-
reich Informatik, Kommunikation und Wirtschaft der
Hochschule für Technik und Wirtschaft Berlin.



6

Herausgeber-Beirat

Wissenschaftlicher Beirat

8

Univ.-Prof. Dr. Sabine Bartholomeyczik

Universität Witten Herdecke



10

11

Dipl.-Volksw. Nadine-Michèle Szepan

AOK-Bundesverband



12

Franz Wagner MSC, RbP,

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) –
Bundesverband e.V., Berlin



14

16

Andreas Westerfellhaus RbP

Präsident, Deutscher Pflegerat e.V. – DPR, Berlin



18

Praxis-Beirat

20

Harm van Maanen

Geschäftsleitung DPT



24

26

WISSENSCHAFT

28

C. Oetting-Roß / Dr. Ralf Suhr / Daniela Sulmann / 31

Prof. Dr. Andreas Büscher

Konzepte zur Beratung im Rahmen der Pflegeversicherung

30

Dr. Bernd Deckenbach

Qualitätsperspektiven für die Kurzzeitpflege

36



Peter Stegmaier
Chefredakteur von „Monitor Pflege“ und „Monitor Versorgungsforschung“

Ein Jegliches hat seine Zeit

>> Ein jegliches hat seine Zeit, und alles Vorhaben unter dem Himmel hat seine Stunde: geboren werden hat seine Zeit, sterben hat seine Zeit; pflanzen hat seine Zeit, ausreißen, was gepflanzt ist, hat seine Zeit; töten hat seine Zeit, heilen hat seine Zeit.“ Damit beenden wir auch schon wieder die Bibelstunde aus dem Alten Testament, die uns zu Prediger Salomo zurückführt, dessen Lebensratschläge ungefähr in der zweiten Hälfte des 3. Jahrhunderts vor Christus in den „Büchern der Weisheit“ niedergeschrieben worden sind.

Ganz so weit müssen wir nicht zurückgehen, wenn wir uns dem Beginn der neuzeitlichen Pflegediskussion widmen, die 1995 mit der Pflegepflichtversicherung ihren ersten Höhepunkt des politischen Wirkens zeitigte, indem ein eigenständiger Zweig der Sozialversicherung im SGB XI gesetzlich geregelt wurde. Doch auch das hat seine zeitliche Dimension, die bis 1978 zurückreicht, dem Jahr, in dem die Bayerische Beamtenkrankenkasse eine Pflegekostentagegeld-Versicherung einführte, was bis Ende der 80er Jahre von der Bundesregierung gar nicht gewollt war. Erst 1990 wurde auf Initiative des Landes Baden-Württemberg ein Gesetzentwurf zur Vorsorge gegen das finanzielle Pflegerisiko in den Bundesrat eingebracht, der wiederum fünf Jahre später in die Pflegepflichtversicherung mündete; und mit dem Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz (2002), dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (2008) und dem Pflege-Neuausrichtung-Gesetz (2012) weiter ausgebaut wurde. Aktuell standen und stehen drei weitere Pflegegesetze an: die Pflegestärkungsgesetze I, II und III, die nacheinander 2015, 2016 und 2017 in Kraft getreten sind bzw. noch in Kraft treten werden.

> S. 6 f.
> S. 8 f.

Ein Jegliches hat seine Zeit, philosophierte Salomo; doch ob er dabei an politische Prozesse gedacht hat? Und das bei einem Thema wie der Pflege, die so sicher wie das Amen in der Kirche jeden trifft oder betrifft – der sich nicht per sozialverträglichem Frühableben (Unwort des Jahres 1998, geprägt von dem damaligen Ärztekammerpräsidenten Karsten Vilmar) absieht –, schon ein mal ein gutes Drittel Jahrhundert diskutiert werden kann. Gut Ding will eben Weile haben, sagt dazu der etwas wohlmeinendere Volksmund. Worauf man antworten möchte: Wenn es denn auch gut wird!

*Nun könnte man meinen, nach mehr als einem Drittel Jahrhundert ist alles gesagt, alles disputiert, nun wird gehandelt, in die Hände gespuckt und an einem Strang gezogen. Doch da kannte Salomo sicher die Akteure im Bereich der Pflege nicht, als er sagte: „heilen hat seine Zeit“. Wer so denkt, hatte sicher nicht die Minutenpflege im Blick, die ausgerichtet auf ein System von einzelnen Leistungskomplexen verrichtet wird und ganz bewusst auch schon vor 1995 die damals schon bekannten Aspekte, Bedarfe und Inhalte der ambulanten Pflege ausgeblendet hat. Ganz richtig fordert **Wasel** darum „eine individuelle und umfassend bedarfsgerechte Pflege“ und ein darauf ausgerichtetes „zeitbezogenes Abrechnungssystem“. Doch während **Lohmann** davon spricht, dass man in den Kliniken endlich vom „schneller zum anders arbeiten“ übergehen müsse, spricht sich **Müller** für eine neue Pflegekultur und ein neues Pflegeklima aus, das „auf einem mitarbeiterorientierten Anreizsystem“ basieren sollte. Und wenn es nach **Bienstein** geht, ergänzt durch ein „Recht auf Frei“, mit dem sich beruflich Pflegende gegen Zugriffe auf ihre Freizeit wehren und gesetzliche Pausen einfordern können.*

> S. 14 f.
> S. 26 f.
> S. 20 f.
> S. 28 f.

Man erkennt schnell: Es ist auch nach rund 30 Jahren noch lange nicht alles gesagt, schon gar nicht zur dringend notwendigen Generalistik in der Ausbildung, zum Pro und Kontra der Zeitarbeit, zu einer starken nationalen Pflegekammer, zur Pflegeberatung und Qualitätsindikatoren und -perspektiven. Und und und.

Meine Bitte: Bringen Sie sich aktiv ein, reden sie mit, mailen Sie mir: stegmaier@monitor-pflege.de

Ihr
Peter Stegmaier,
Chefredakteur „Monitor Pflege“



Die zentrale Veranstaltung der Pflegebranche bedankt sich bei über 6.000 Besuchern im Jahr 2016.
Wir freuen uns auf Sie!

DEUTSCHER PFLEGETAG 2017

23. - 25. MÄRZ 2017

STATION-Berlin (Gleisdreieck)

Jetzt für den Newsletter anmelden!
www.deutscher-pflegetag.de/medien/newsletter

Interview mit MdB Mechthild Rawert, SPD, Ordentliches Mitglied im Ausschuss für Gesundheit

„Beratung auf höchstmöglichem Niveau“

Nach ihrem Studium der Sozialpädagogik in Münster ist Mechthild Rawert mit 23 Jahren Berlinerin geworden – und bis heute geblieben. Rawert, die in Berlin zusätzlich noch an der Freien Universität Berlin ein Studium zur Diplom-Pädagogin absolvierte, steht für eine soziale und demokratische Politik. Sie ist aber auch eine streitbare Politikerin, die kein Blatt vor den Mund nimmt. Im Deutschen Bundestag ist sie für ihre Fraktion als Ordentliches Mitglied im Ausschuss für Gesundheit tätig und kämpft hier mit Verve für Gesundheitsreformen und Pflege-Weiterentwicklungsgesetze.

>> Die drei Pflegestärkungsgesetze, die nacheinander 2015, 2016 und 2017 in Kraft getreten sind bzw. in Kraft treten werden, sollen die bereits rund zwanzig Jahre (1995) davor eingeführte Pflegepflichtversicherung sowie das Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz (2002), das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (2008) und das Pflege-Neuausrichtungsgesetz (2012) ergänzen. Warum hat das denn so lange, immerhin insgesamt mehr als 20 Jahre, gedauert? Nach dieser langen Zeit könnte man doch meinen: Jetzt ist alles gesagt, alles diskutiert, nun wird gemacht. Warum ist dem gerade in der Pflege nicht so?

Es ist völlig richtig, dass in der Pflege- und in der Gesundheitspolitik das Ende der Fahnenstange niemals erreicht wird. Nach der Reform ist vor der Reform. Auch die Pflege müssen wir laufend an den gesellschaftlichen Wandel anpassen. Die Zahl pflegebedürftiger Menschen wächst und die Bedarfe werden vielfältiger. Mehr Menschen erkranken an Demenz, die Zahl der Singlehaushalte steigt und wir müssen Pflege kulturell sensibler gestalten. Darauf hat schon der 2006 von Gesundheitsministerin Ulla Schmidt eingerichtete „Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ hingewiesen und 2009 empfohlen, einen neuen Begriff der Pflegebedürftigkeit in der Pflegeversicherung mit einem entsprechenden, neuen Begutachtungsverfahren zu schaffen. Dann wurde wieder gewählt und ein neuer Beirat eingerichtet. Auch in der Großen Koalition haben wir große Studien gemacht und zahlreiche Evaluierungen vorgenommen. Um die Zukunftsfestigkeit der Pflege im Sinne der pflegebedürftigen Menschen, der pflegenden Angehörigen und auch der beruflich Pflegenden sicherzustellen, machen wir in dieser Großen Koalition sehr viel. Die erwähnten Pflegestärkungsgesetze sind sehr wichtige Bausteine, weitere gehören dazu wie beispielsweise das Pflegezeitgesetz oder das Pflegeberufereformgesetz.

Liegt es nicht vielleicht auch

daran, dass gerade in der Pflege meist über die Pflegeprofession hinweg agiert und gestaltet wird, einfach darum, weil es noch keine starke Bundespflegekammer, sondern nur ehrenamtlich Tätige gibt?

Pflegefachkräfte können in ihrem Job oftmals nicht auf Augenhöhe mit anderen Heilberufen handeln. Das will ich ändern. Die pflegerische Tätigkeit ist sehr anspruchsvoll. Eine gute Pflege – unabhängig ob ambulant oder stationär – erfordert hohe fachliche und psychosoziale Kompetenzen. Ich kämpfe für die höhere Wertschätzung der Pflege. Ich scheue auch keinen Widerstand, um Pflegekammern einzuführen und werbe auf bundespolitischer Ebene und in meinem Bundesland Berlin dafür. Ich will mehr Selbstbestimmung und Emanzipation für Pflegekräfte – gerade in Qualitätsfragen. Hier liegt die Kompetenz in der Pflege selbst. Aber ein Schritt nach dem anderen: Die Idee einer Bundespflegekammer ist mir sympathisch. Es geht jetzt aber vordringlich darum, dass die Länder Pflegekammern einführen. Zum Ehrenamt: Ehrenamtliche Tätigkeit ist wichtig und verdient Anerkennung – sowohl für diejenigen, die in der Betreuung vor Ort tätig sind als auch für

diejenigen, die sich als Vertreterinnen und Vertreter der Berufsverbände für eine Professionalisierung der Pflege einsetzen. Sie würden durch die Pflegekammern in den Ländern als auch durch die Bundespflegekammer gestärkt.

Wenn das Pflegestärkungsgesetz I für die Erhöhung der Zahl der Betreuungskräfte in stationären Pflegeeinrichtungen sowie für eine Ausweitung der Leistungen steht, und das Pflegestärkungsgesetz II für die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, für welchen Kernsatz wird dann das Pflegestärkungsgesetz III stehen?

Wir stärken mit dem Ausbau der Pflegestützpunkte die wertneutrale und trägerunabhängige qualitätsorientierte Beratung, ein Anliegen, das die SPD schon seit Jahren verfolgt. Wir stärken auch die Rolle der Kommunen in der



Pflege, um den Pflegebedürftigen, den Menschen mit Behinderung und ihren Angehörigen in ihrer vertrauten Umgebung, in der Nähe ihres Wohnorts, eine erstklassige Pflege-Infrastruktur zusammen mit einer umfassenden Pflegeberatung anzubieten.

Das Bundesgesundheitsministerium hat Ende April den Referentenentwurf eines Dritten Pflegestärkungsgesetzes übermittelt, die Erörterung dieses Entwurfs war für den 30. Mai angesetzt. Was hat Ihre Fraktion eingebracht?

Die Debatte und die Abstimmungsprozesse zum dritten Pflegestärkungsgesetz sind noch im Fluss. Noch hat das Pflegestärkungsgesetz (PSG) III das Parlament gar nicht erreicht. Selbstverständlich diskutieren die Fachleute innerhalb der SPD-Bundestagsfraktion aber schon jetzt über die neue Aufteilung der Verantwortlichkeiten zwischen Pflegekassen, Kommunen und Ländern. Dabei spielt die Umsetzung des Neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs aus dem zweiten Pflegestärkungsgesetz in der „Hilfe zur Pflege“ eine wichtige Rolle. Ebenso auch die Konsequenzen einer Neuregelung der Schnittstellen zwischen Eingliederungshilfe und pflegerischer Versorgung. Weiteres kann ich sagen, sobald der Kabinettsentwurf dem Deutschen Bundestag zur 1. Lesung vorliegt.

Im Rahmen des dritten Pflegestärkungsgesetzes soll vor allem die Rolle der Kommunen und der Länder in der Pflege gestärkt werden, durchaus eine Forderung der Bund-Länder-Arbeitsgruppe. Doch: Ist das auch richtig und zukunftssicher, wenn man an die klammen kommunalen Haushalte denkt?

Wir streben in Deutschland gleiche Lebensverhältnisse auch in der Pflege für alle an – unabhängig vom Wohnortprinzip. Und Sie erwähnten es bereits: Dem PSG III liegen konsenterte Vereinbarungen einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe zu Grunde. Es gibt also keine einseitige Belastung. Es gibt 60 Modellkommunen – wer diese sind, steht noch gar nicht fest. Selbstverständlich entscheidet eine Kommune selbst, ob sie Modellkommune wird. Die Kommunen erhalten ein Initiativrecht zur Einrichtung von Pflegestützpunkten. Die Pflegeversicherung hat bei dieser Entscheidung gar kein Mitspracherecht – muss aber für die Pflegestützpunkte aufkommen. Dieser Prozess wird im Rahmen von fünf Jahren erprobt und evaluiert. Wichtig ist: Es geht im PSG III um positive strukturelle Änderungen. Kommunen können z. B. Beratung zur Pflege, zur Eingliederungshilfe und zur Altenpflege aus einer Hand anbieten. Und es geht um die Erprobung einer Pflege, die vor Ort, d. h. dort, wo sie stattfindet, auch geplant und gesteuert wird. Und damit um die Gestaltung der Sozialräume am Wohnort im Sinne einer bedarfsgerechten pflegerischen Versorgung. Wir wollen schließlich alle, dass die Menschen so lange wie möglich in ihrem gewohnten Umfeld bleiben können.

Die Länder sollen laut Referentenentwurf die Möglichkeit erhalten, regionale Pflegeausschüsse und sektorenübergreifende Landespflegeausschüsse einzurichten, in denen die Landesverbände der Pflegekassen mitarbeiten sollen. Diese Ausschüsse sollen Pflegestrukturplanungsempfehlungen abgeben können, die von den Pflegekassen bei

Vertragsverhandlungen einbezogen werden sollen. Da ist viel „soll“ dabei, warum kein „muss“?

Die gemeinsamen Absichtserklärungen wurden von VertreterInnen der Bundes- und der Länderebene formuliert. Es braucht für Modellmaßnahmen keine gegenseitigen „Vorschriften“. Das Gesetz muss sowieso sowohl den Bundestag als auch den Bundesrat passieren – ein gegenseitiger Abstimmungsprozess ist also gewährleistet. Wichtig ist doch, dass wir mit diesem Gesetz vor Ort neue Möglichkeiten eröffnen, sowohl die Pflege-Infrastruktur als auch die Pflegeberatung in den Pflegestützpunkten noch besser auszugestalten.

Es werden sektorenübergreifende Landespflegeausschüsse erwähnt. Welche Sektoren sind denn genau gemeint? Und wie sollen die funktionieren?

Wir leben in einer Gesellschaft des immer längeren Lebens. Zu einer guten Versorgung gehört eine zunehmend stärkere Kooperation aller Gesundheitsakteure, unabhängig von der gesetzlichen Finanzierungsgrundlage der einzelnen Leistungen. Um die Schnittstellen sowohl von medizinischer und pflegerischer als auch von ambulanter und stationärer Versorgung stärker miteinander zu verzahnen, um Vorschläge für den Abbau von Über-, Unter- und Fehlversorgung machen zu können, sind sowohl die Landesverbände der Pflegekassen, die Krankenkassen, die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landeskrankengesellschaften gefordert. Hinsichtlich weiterer konkreter Überlegungen verweise ich auf die Verbändeanhörung, den Kabinettsentwurf und die noch anstehenden parlamentarischen Beratungen.

Laut Entwurf soll die Pflegeberatung auf kommunaler Ebene durch die Erprobung neuer Beratungsstrukturen gestärkt werden, wozu 60 Modellvorhaben auf den Weg gebracht werden. Was sollen diese vielen Modelle zeigen? Wie werden diese evaluiert? Sind die so aufgebaut, dass es ein Randomized Controlled Trial geben kann? Und wer definiert schlussendlich, welche dieser 60 Modelle nach welchen Erfolgskriterien ausgerollt werden?

Wir werden diese 60 Modellvorhaben wissenschaftlich evaluieren. Im Gesetzentwurf sind ein Vorher-Nachher-Vergleich und ein Vergleich mit anderen Regionen vorgesehen, in denen keine Modellvorhaben stattfinden. Dazu benötigen wir eine ausreichende Anzahl an Modellvorhaben. Wir wollen prüfen, ob in den Modellvorhaben die Zufriedenheit der Pflegebedürftigen mit der Beratung steigt und ihren Wünschen und Bedürfnissen bestmöglich entspricht. Wir wollen auch prüfen, welche Wirkung die Modellvorhaben auf bisherige Anbieter von Beratungsleistungen haben. Die Methode der wissenschaftlichen Evaluation bestimmen wir nicht gesetzlich, sondern wir beauftragen damit unabhängige Sachverständige. Mein Ziel ist auf jeden Fall eine flächendeckende Beratung auf höchstmöglichem Qualitätsniveau.

Vielen Dank für das Gespräch. <<

Das Interview führten MoPf-Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski und MoPf-Chefredakteur Peter Stegmaier.

Das Pflegestärkungsgesetz II soll Selbstbestimmung und Teilhabe sichern

Nach fast einem Jahrzehnt des Ringens

Am 13. November 2006 tagte erstmals der wissenschaftliche Beirat zur Reformierung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Neun Jahre später ist der „Meilenstein für eine bessere Versorgung“ in Form seiner neuen Definition laut Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe nicht mehr nur Wunschenken, sondern durch den Kabinettsbeschluss vom 12. August 2015 und dem Beschluss des Bundestages am 13. November 2015 Realität.

>> „Mit der Beschlussfassung des Pflegestärkungsgesetzes II sorgen wir dafür, dass die individuelle Pflegebedürftigkeit besser erfasst wird“, stellte Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe am 13. November 2015 in seiner Bundestagsrede fest. Derzeit rund 2,5 Millionen Pflegebedürftige, deren Zahl laut Statistischem Bundesamt im Jahr 2030 auf 3,4 Mio. anwachsen wird, sollen demnach individuelle Betreuung erfahren. Dies manifestiere sich, so Gröhe, in der neuen Definition des Pflegebedürftigkeitsbegriffes, der nicht wie bisher nur körperliche Einschränkungen berücksichtige, sondern nunmehr auch kognitive und psychische Beeinträchtigungen miteinbeziehe. Besonders die steigende Anzahl der Menschen mit einer demenziellen Erkrankung werde somit generell zu den Leistungsbeziehern gehören, was bisher nur rudimentär der Fall ist.

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff wird verbandsübergreifend begrüßt. So werde die Pflegeversicherung dadurch auf ein „neues Fundament gestellt“, meint Andreas Westerfellhaus, Präsident des Deutschen Pflegerates. Auch die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) sieht darin einen notwendigen Paradigmenwechsel, während VdK-Präsidentin Ulrike Mascher das Gesetz grundsätzlich als Fortschritt bewertet, jedoch noch Nachbesserungsbedarf sieht.

Mit diesem Pflegebedürftigkeitsbegriff verbindet sich das neu ausgerichtete Begutachtungssystem

(Neues Begutachtungssystem NBA), das nach wie vor durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) durchgeführt werden soll. Es orientiert sich an sechs Merkmalen, die messen sollen, wie groß die Selbstständigkeit des Betroffenen ist. Aus der Gesamtbewertung der Begutachtung ergibt sich schließlich die Einstufung in einen der fünf Pflegegrade, die das frühere System der drei Pflegestufen ablösen sollen, um eine bessere Differenzierbarkeit der Hilfebedürftigen zu ermöglichen.

Gröhe weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass die Unterstützung künftig früher ansetze, sodass Menschen, die noch keinen erheblichen Betreuungsbedarf haben und nach dem Pflegegradmodell keinen Anspruch auf Leistungen hätten, aber bspw. eine Pflegeberatung, eine Anpassung des Wohnumfeldes oder Leistungen der allgemeinen Betreuung benötigen, in Pflegegrad 1 eingestuft werden. Die Bundesregierung rechnet in den kommenden Jahren dadurch mit zusätzlich 500.000 Anspruchsberechtigten.

Die BAGFW begrüßt diese Systemumstellung, da diese darauf abziele, die Mobilität und Selbstständigkeit der Menschen von Beginn an zu stärken, um progressiver Pflegebedürftigkeit so lange wie möglich Vorschub zu leisten. Auch Jens Kaffenberger, Geschäftsführer des Sozialverbandes VdK, freut sich, dass die Hilfe nun früher ansetzt und nicht erst, „wenn das Kind in den Brunnen

gefallen ist“. Mit dem PSG II werde somit der Grundsatz „Reha vor Pflege“ gestärkt, den auch Gröhe für essenziell hält. „Reha ist bei vielen noch die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit“, doch dass ältere Menschen durch Rehabilitationsmaßnahmen länger selbstständig und selbstbestimmt ihr Leben gestalten könnten, sei noch nicht „in den Köpfen“, merkte Gröhe in seiner Rede im Bundestag an.

Im Bezug auf diese Maßnahmen sieht Achim Schäfer, Vorsitzender der Fachgruppe Rehabilitation des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V., allerdings Nachbesserungsbedarf, da die Krankenkassen die Rehabilitationsmaßnahmen zwar bezahlten, die Pflegekassen allerdings davon profitierten. Daher erfolgten Genehmigungen von Reha-Maßnahmen nur zögerlich. „Die Entscheidung darüber, ob eine Rehabilitation angezeigt und sinnvoll ist, muss der behandelnde Arzt – ob in Klinik oder Praxis – treffen und nicht die Krankenkasse nach Aktenlage“, so Schäfer. Es solle „über einen Finanztransfer von der Pflegekasse an die jeweils beteiligte Krankenkasse nachgedacht werden“.

Für vollstationär versorgte Menschen soll der zu verrichtende pflegebedingte Eigenanteil nach vorliegendem Gesetzesentwurf mit zunehmendem Pflegegrad zwischen Pflegegrad 2 bis 5 in Zukunft nicht mehr ansteigen, sodass Betroffene keine Scheu vor einer Höherstufung aufgrund finanzieller Mehrbelastung haben

müssen. Grundsätzliche Kritik am System kommt hier jedoch vom VdK: Der Eigenanteil, den die Pflegebedürftigen aufwenden müssten, werde sukzessive steigen, weil die Leistung der Pflegeversicherung nicht regelmäßig an die Preisentwicklung angepasst werde. Dies sei ein „Geburtsfehler der Pflegeversicherung“, moniert Kaffenberger.

Überleitung und Bestandsschutz

Wer bereits Leistungsbezieher ist, soll automatisch in das neue System überführt werden. Hier sieht das Gesetz keine neue Begutachtung vor, was großen Begutachtungsaufwand vermeiden soll. Betroffene mit rein körperlichen Einschränkungen sollen in den nächst höheren, Menschen mit geistigen Beeinträchtigungen zwei Pflegegrade höher eingruppiert werden. Mit dieser Bestandsschutzregelung will man verhindern, dass Pflegebedürftige nach der Reform finanziell schlechter gestellt sind, als zum jetzigen Zeitpunkt. Der VdK bemängelt, dass bei einer auf Wunsch des Leistungsbeziehers dennoch stattfindenden Begutachtung der automatisch vergebene Pflegegrad auch bei vorliegender geringerer Einstufung erhalten bleibt. Hier könnten es zu einer unnötig großen Zahl von Anträgen zur Neubegutachtung durch den MDK kommen. VdK-Präsidentin Mascher moniert zudem, dass die Bestandsschutz-

regelung nur bis 2019 gelte und sieht dadurch Nachteile für die Betroffenen. Auch der Verband der Ersatzkassen plädiert für eine unbefristete Bestandsschutzregelung.

Unterstützung für Angehörige

„Bei uns wird in eindrucksvoller Weise zu Hause gepflegt. Auch dem wenden wir uns zu“, betonte Gröhe in seiner Bundestagsrede. Das Gesetz sieht demnach eine umfassendere Unterstützung der Angehörigen von Pflegebedürftigen vor. So zahlt die Pflegeversicherung dem Beschluss nach für Pflegepersonen, die einen Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5 mindestens zehn Stunden in der Woche auf mindestens zwei Tage verteilt pflegen, die Rentenbeiträge. Diese werden in der Höhe an die Pflegegrade der zu pflegenden Person angepasst und steigen mit zunehmender Pflegebedürftigkeit. Wer bspw. einen Angehörigen des Pflegegrades 5 betreue, dessen Rentenbeitrag werde den aktuellen Spitzensatz um 25 % übersteigen.

Auch der Versicherungsschutz in der Arbeitslosenversicherung verbessere sich nach Angaben des BMG. So übernehme die Pflegeversicherung für pflegende Angehörige, die aus dem Beruf aussteigen müssen, die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung. Folglich hätten diese auch Anspruch auf Arbeitslosengeld und Leistungen der aktiven Arbeitsförderung, wenn der Übergang von der Pflegetätigkeit auf den Arbeitsmarkt nicht gelinge, gibt das BMG an, was die Gewerkschaft Ver.di begrüßt. Doch bemängelt der Verband, dass für pflegende Angehörige, die selbst bereits Altersrente beziehen, die Möglichkeit verschlossen bleibe, zusätzliche Anwartschaften über die Pflege

pflegebedürftiger Angehöriger zu erlangen. Das bedürfe einer Nachbesserung.

Hilfreich und unterstützend stellt sich auch die Einführung von Ansprechpartnern dar, die eine neutrale Pflegeberatung auf der Grundlage einheitlicher Vorgaben anbieten sollen. Die ambulanten Pflegedienste, wie auch die stationären Pflegeeinrichtungen müssen, dem Beschluss zufolge, künftig auch pflegerische Betreuungsleistungen wie bspw. Vorlesen oder die Begleitung eines Spaziergangs anbieten.

Finanzierung

Um diese Maßnahmen zu finanzieren, erfährt der Beitrag zur Pflegeversicherung, der zum 1.1.2015 im Rahmen des PSG I um 0,3 Prozentpunkte angehoben wurde, zum 1.1.2017 eine weitere Erhöhung um 0,2 Prozentpunkte auf dann 2,55 bzw. 2,8 Prozentpunkte für Kinderlose. So sollen im Jahr 2017 Mehreinnahmen von rund 2,5 Milliarden Euro erzielt werden. Die Kosten für die Überleitung sollen aus Rücklagen der Pflegeversicherung finanziert werden. 0,1 Prozentpunkte davon fließen in einen neuen Pflegevorsorgefonds, der in den kommenden 20 Jahren aufgebaut werden soll, um die steigenden Leistungsausgaben generationengerechter verteilen zu können. Der VdK befürchtet, dass dieses Mehreinnahmen nicht ausreichen werden, um die Überleitungs- und Bestandsschutzregelungen zu bezahlen und sieht hier einen Zugriff auf die Rücklage der Pflegeversicherung als unumgänglich.

Elisabeth Scharfenberg, Sprecherin für Pflege- und Altenpolitik Bündnis 90/Die Grünen, erwartet ebenfalls, dass eine weitere Erhöhung der Beiträge in wenigen Jahren nötig sein wird. Die Absicht Gröhes, die Beiträge

bis 2022 stabil zu halten, stößt auf breite Skepsis. Für die Dienstleistungsgewerkschaft Ver.di liegt ein grundlegendes Problem darin, dass die Pflegeversicherung keine Vollkosten-, sondern nur eine Teilkostenversicherung ist. „Hohe Eigenanteile der Pflegekosten verbleiben auch bei allen Leistungsverbesserungen bei den Pflegebedürftigen, ihren Angehörigen oder sind vom Sozialhilfeträger zu finanzieren.“ Die Gewerkschaft schlägt eine Bürgerversicherung vor, die auch die Grünen für ein probates Mittel der Pflegeversicherungsfinanzierung halten.

Mehr Pflegefachkräfte

Das Gesetz fördert zwar die wissenschaftliche Erarbeitung neuer Personal-Konzepte in den Einrichtungen bis 2020, doch werden die Maßnahmen von den Verbänden generell als unzureichend empfunden. Bernd Meurer, Präsident des Bundesverbandes privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa), fordert trotz der Tatsache dieses „wichtigen und richtigen Signals“ einer Konzepterarbeitung schnellere Verbesserungen. Auch Staatssekretär Karl-Josef Laumann, Bevollmächtigter für Pflege beim Bundesgesundheitsministerium, sieht im Fachkräftemangel das größte Problem: „Um in 20 Jahren die Babyboomer-Generation angemessen pflegen zu können, müssten ab sofort in jedem Jahr 20.000 neue Pflegekräfte in den Beruf einsteigen“, rechnete er auf der Jahrestagung des Niedersächsischen Evangelischen Verbandes für Altenhilfe und Pflege e.V. (NEVAP) vor. In Niedersachsen seien bereits mit dem Tarifvertrag für die Beschäftigten der Diakonie und der Abschaffung des Schulgeldes für Auszubildende in der Pflege wichtige Schritte unternommen worden, wie Claudia Schröder, die Abteilungslei-

terin Soziales und Pflege im niedersächsischen Gesundheitsministerium, konstatierte. Nun wolle man „noch eine Solidarlage zur Finanzierung der Ausbildung für alle Pflegeeinrichtungen einführen,“ kündigte Schröder an. Auch der DPR und die Alzheimergesellschaft fordern qualitative wie quantitative Verbesserungen in Bezug auf das Pflegefachpersonal. Das Gesetz bringe nicht automatisch mehr Personal und Zeit für die Menschen, so Heike von Lütz-Hohlbein, 1. Vorsitzende der Deutschen Alzheimergesellschaft. „Mehr Zeit ist aber das Wichtigste für Menschen mit Demenz“ und dafür werde man weiter kämpfen.

Nach dem Gesetzesentwurf wird auch die Qualitätssicherung reformiert. Im Zuge dessen wird die bisherige Schiedsstelle Qualitätssicherung zu einem Qualitätsausschuss umgebaut. Maximal je zehn Vertreter der Kostenträger und Leistungserbringer sollen diesem Ausschuss angehören, der die Aufgabe hat, ein neues Verfahren der Qualitätsprüfung zu vereinbaren sowie für den stationären und den ambulanten Bereich ein Nachfolgemodell für die Pflegenoten zu erstellen. Mascher kritisiert, dass die Pflegebedürftigenverbände kein Stimmrecht im Qualitätsausschuss erhalten sollen. „Der VdK mit seinen über 1,7 Millionen Mitgliedern ist eine starke Lobby für Pflegebedürftige und deren Angehörige. Er sollte beim Thema Qualität in der Pflege auch mitbestimmen dürfen“, fordert die VdK-Präsidentin.

Damit das angestrebte neue Qualitätssicherungsverfahren für die Begutachtung und Beratung (potenziell) Pflegebedürftiger von den rund 3.500 Gutachtern angewandt werden kann, müssen diese erst einmal umfassend geschult werden, was im laufenden Jahr erfolgen soll, damit zum 1. Januar 2017 das PSG II umgesetzt werden kann. <<

Deutscher Pflergetag 2016

„Gleichberechtigung auf Augenhöhe“

Den selbstgesetzten Anspruch der Initiatoren – des Deutschen Pflergerats (DPR) als Offizieller Veranstalter und der Schlüterschen Verlagsgesellschaft als Ausführender Veranstalter – die zentrale Veranstaltung zur Thematik „Pflege“ und für die Pflergernden selbst zu sein, hat der zum dritten Mal stattgefundene Deutsche Pflergetag in diesem Jahr erneut bestätigt und weiter manifestiert: In über 70 Foren und Veranstaltungen sprachen 70 Referenten vor über 6.000 Besuchern zu den wichtigsten Fragen und Themen der Pflege. Angesprochen wurden dabei Themenfelder wie die Zukunft der stationären Pflege, Innovationen in der Pflegepraxis sowie psychischen Belastungen im Pflegeberuf, während Hochschulen und Berufsverbände im großen Bildungsforum den Pflegeberuf für Interessierte vorstellten sowie auf der „Innovationsallee der Bundesländer“ dargestellt wurde, wo die besten Ideen für die Pflege entstehen. Doch auch die Bundespolitik fehlte nicht, und Andreas Westerfellhaus, Präsident des Deutschen Pflergerats, versäumte es ebenso nicht, seine berufspolitischen Forderungen vor einem begeisterten Publikum zu akzentuieren.

>> Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe unterstrich als Schirmherr des Deutschen Pflergetags, dass der „unermüdliche Einsatz der Pflegekräfte“ eine „unverzichtbare Aufgabe“ sei. Dem stimmten der ebenfalls anwesende Staatssekretär Karl-Josef Laumann und Westerfellhaus natürlich zu. Dieser fügte aber auch dazu, dass hierzu einiges zu tun sei. Zum einen sei das die generalistische Ausbildung in der Pflege, bei der es Westerfellhaus nach einer fast zehn Jahre lang vorausgehenden Diskussion „geradezu skandalös“ empfindet, wenn Kritiker ein Aussetzen des gesetzgeberischen Verfahrens fordern. Westerfellhaus: „Wer jetzt die Reform der Pflegeausbildung auf Eis legt, der handelt im hohen Maße fahrlässig. Damit würde das Aus für eine moderne Form der Pflegeausbildung riskiert, die wir angesichts der demografischen Entwicklungen und der damit einhergehenden Herausforderungen an den Pflegeberuf mehr denn je benötigen.“ Im Übrigen bleibe im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens noch genügend Zeit, um sich über wichtige Fragen sachlich auszutauschen.

Doch immer noch ohne dass derzeit eine starke Bundespfler-

gekammer die Stimme erheben könnte, die Westerfellhaus vehement einforderte, indem er sagte. „Die Pflege trägt als Berufsgruppe in der Zukunft die Verantwortung für die Pflege von 3,5 Millionen Mitbürgern. Dies gelingt nur mit Pflegekammern in den Ländern und einer Bundespflegekammer.“ Nachdem die erste Landespflegekammer in Rheinland-Pfalz, dessen erster gewählter Präsident, Dr. Markus Mai, unter vielen anderen Politikern und Standesvertretern anwesend war, erfolgreich gestartet sei und auch Schleswig-Holstein und Niedersachsen noch in diesem Jahr folge, würde Deutschland „mit großen Schritten“ auf die Bundespflegekammer zu gehen, die dann als Dachorganisation aller Pflegekammern in

v.l.n.r.: Andreas Westerfellhaus (DPR), Jürgen Graalman, Ministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler und Martin Litsch (AOK Bundesverband) bei der Eröffnung der „Innovationsallee der Bundesländer“.



v.l.n.r.: Andreas Westerfellhaus (DPR), Staatssekretär Karl-Josef Laumann, Martin Litsch (AOK Bundesverband) und Jürgen Graalman.

„Der Deutsche Pflergetag will öffentlich wahrnehmbare Botschaften formulieren, politische und öffentliche Handlungsprozesse initiieren und die Berufsgruppe der Pflergernden solidarisieren. Der Deutsche Pflergetag will den Handlungswillen und die Handlungsfähigkeit der Pflergernden unter Beweis stellen, er will die Berufsgruppe zur Mitgestaltung auffordern und begeistern und er will, dass Pflegepolitik mit Unterstützung dieser Gesellschaft den gleichen Stellenwert wie Energie- und Umweltpolitik für die Menschen in Deutschland erhält.“

Andreas Westerfellhaus, DPR



Deutschland wirken werde.

Diese Bundespflegekammer wird bei Kammergründungen in allen Bundesländern mit einer Mitgliederzahl von rund 1,2 Millionen Beschäftigten in der Pflege die größte aller Berufskammern in Deutschland sein.

Enormer Motivationsschub

„Ich bin zuversichtlich, dass es uns spätestens dann gelingt, die Arbeitsbedingungen in der Pflege gewaltig zu verbessern. Das ist Gleichberechtigung auf Augenhöhe“, erklärte der Präsident des Pflegerats, der in seiner Eröffnungsrede zum Deutschen Pflegetag 2016 gleich die Richtung, aber auch deren Aufgabenspektrum vorgab: „Ihr oberstes Ziel wird es sein, auf Bundesebene dafür Sorge zu tragen, dass eine sachgerechte und professionelle Pflege der Bevölkerung sichergestellt ist.“ Die reiche von der Definition der Inhalte und des Spektrums der Pflege, bis hin zur Schaffung einer einheitlichen Berufsethik und Berufsordnung sowie der Sicherung der beruflichen Fort- und Weiterbildung. Westerfellhaus: „Hierzu wird die Bundespflegekammer – wie die Ärztekammer – einer der wichtigsten Akteure sein, wenn es darum geht, Gesetze zu beraten und am Gesetzgebungsverfahren beteiligt zu sein.“

Dabei sollten aber immer die Wahrung der Interessen der beruflich Pflegenden und die Qualitätssicherung im Sinne der Patientensicherheit an erster Stelle stehen. Westerfellhaus zeigte sich davon überzeugt, dass sowohl die Landespflegekammern, besonders aber die Bundespflegekammer „zu einem enormen Motivationsschub und zu mehr Selbstvertrauen bei den professionell Pflegenden“ führen werde. <<

Staatssekretär Karl-Josef Laumann: „Wir sind auf dem richtigen Weg“

„Der Deutsche Pflegetag ist aus der Pflegelandschaft in Deutschland nicht mehr wegzudenken. Namhafte Vertreter aus Pflege, Politik, Wirtschaft und Gesellschaft tauschen sich hier jedes Jahr über die großen und kleinen Herausforderungen aus, die hinter und natürlich auch noch vor uns liegen. Das treibt die Weiterentwicklung der Pflege in unserem Land voran. Das Jahr 2016 ist für die Pflege ein ganz wichtiges: Nachdem der Deutsche Bundestag im vergangenen Jahr das Pflegestärkungsgesetz II verabschiedet hat, haben in diesem Jahr nun alle Beteiligten – Pflegebedürftige, Pflegeeinrichtungen, Trägerverbände, Pflegekassen und die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung – ausreichend Zeit, um sich auf die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes vorzubereiten. Das ist eine anspruchsvolle Aufgabe, aber es ist auch eine Aufgabe, die sich lohnen wird. Denn der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff wird für eine gerechtere und ganzheitliche Begutachtung von Pflegebedürftigkeit sorgen – gerade im Hinblick auf Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen.

Mit den neuen Pflegegraden werden wir endlich zu einer modernen und besseren Bewertung des Pflege- und Betreuungsaufwands der Pflegebedürftigen gelangen. Für mich ist dabei klar: Das wird auch zu einer Neubewertung des Personalbedarfs in den Einrichtungen führen müssen. Denn eine bessere Versorgung von z.B. demenzerkrankten Menschen erreicht man nicht ohne eine bessere Personalausstattung. Aus diesem Grund sind Einrichtungen und Pflegekassen aufgerufen, die Pflegesätze und Personalschlüssel für 2017 neu zu verhandeln. Ganz wichtig ist, dass in der Landespflegesatzkommission dann Zuschläge für stationäre Pflegeeinrichtungen vereinbart werden, wenn das auch tatsächlich zu neuen Konzepten mit mehr Personal führt. Nur dann werden Pflegebedürftige in stationären Einrichtungen die Verbesserungen durch die größte Reform in der Geschichte der Pflegeversicherung spüren. Denn: Für den Systemübergang wird der Beitragssatz der Pflegeversicherung zum 1. Januar 2017 um 0,2 Prozent angehoben.

Diese zusätzlichen Mittel sind auch für Mehraufwendungen durch die Systemumstellung gedacht. Sie müssen da ankommen, wo sie benötigt werden: bei den Pflegebedürftigen und den Pflegekräften. Blosser Mitnahmeeffekte sind vom Gesetzgeber ausdrücklich nicht gewollt. Wir brauchen deshalb unbedingt Transparenz, wofür Zuschläge zwischen Kosten- und Einrichtungsträgern vereinbart werden. Den Ansatz der ganzheitlichen Betrachtung von Pflege verfolgt darüber hinaus auch das geplante Pflegeberufsgesetz mit der Generalistik. Ich kann es gar nicht oft genug betonen: Eine der größten Herausforderungen der Pflege in Deutschland ist es, auch in Zukunft genügend Menschen zu finden, die den anspruchsvollen und wichtigen Pflegeberuf gerne ausüben. Mit dem Pflegeberufsgesetz haben wir hier eine einmalige Chance, die so schnell nicht mehr wiederkommen wird. Die neue Ausbildung wird die Attraktivität des Pflegeberufes deutlich erhöhen: Die zukünftigen Pflegefachkräfte können flexibler entscheiden, in welchem Pflegebereich sie arbeiten möchten. Sie erhalten dadurch bessere individuelle Berufsaussichten und Aufstiegsmöglichkeiten. Arbeitgeber müssen künftig besonders darauf achten, attraktive Arbeitsbedingungen und eine angemessene Entlohnung anzubieten, damit sich Fachkräfte für ihre Einrichtungen entscheiden.

Die neue Ausbildung wird den Pflegeberuf durch ein mehr an Qualität insgesamt deutlich aufwerten und damit eine stärkere Stellung in unserem Gesundheitswesen bekommen. Und: Für die neue Ausbildung wird endlich bundesweit das Schulgeld abgeschafft, was in sechs Bundesländern in der Altenpflegeausbildung bislang immer noch erhoben wird. Die Modernisierung der Pflegeausbildung ist zugleich eine absolut notwendige Anpassung an die Erfordernisse der Zeit: In einer älter werdenden Gesellschaft müssen unsere Pflegekräfte in allen Versorgungsbereichen anspruchsvolle Aufgaben wahrnehmen. Im Krankenhaus werden mittlerweile in fast allen Fachbereichen ältere, demente und mehrfach erkrankte Patienten versorgt. Zugleich haben die Bewohner in den Pflegeeinrichtungen oft chronische Erkrankungen und benötigen eine umfangreiche Behandlungspflege. Drei getrennte Pflegeausbildungen, die in Abhängigkeit vom Alter und Versorgungsort der Menschen Wissen vermitteln, sind deshalb nicht mehr zeitgemäß. Heute brauchen unsere Pflegekräfte Wissen aus allen Pflegebereichen, um eine gute Versorgung sicherstellen zu können. Und daher werden bei der neuen Ausbildung auch nicht einfach die alten Inhalte der bisher drei getrennten Ausbildungen in einen Topf geworfen. Vielmehr handelt es sich bei der Generalistik um eine vollkommen neue Art der Ausbildung mit einem vollkommen neuen Denken und einer vollkommen neuen Struktur. Nach erfolgreicher Praxiserprobung und jahrelangen Debatten ist die Zeit jetzt reif für die Umsetzung. Auch wenn einige wenige Kritiker uns das Gegenteil weismachen wollen: Die überwiegende Mehrheit aller Berufs- und Trägerverbände in Deutschland unterstützt und will die Generalistik. Das zeigt: Wir sind auf dem richtigen Weg. Wer die Pflege wirklich aufwerten will, der erkennt die großen Chancen der Reform der Pflegeberufe. Jetzt müssen wir diese Reform auch in der Praxis zügig umsetzen.“

Interview mit Thomas Rehder, Geschäftsführer der Zeitarbeitsfirma iperdi Holding Nord GmbH

„Die Zeitarbeit ist ein integratives Tool“

Im Zuge der DRG-Einführung im Jahr 2004 hat eine massive Verschiebung beim Personal und den Kosten insbesondere von der Krankenhauspflege auf die Ärzteschaft stattgefunden. Das dip rechnet hoch, dass, wenn sich die Pflege im Krankenhaus seit 2004 so wie die Ärzteschaft entwickelt hätte, heute zusätzliche 73.000 Vollzeitstellen für Pflegekräfte in den allgemeinen Krankenhäusern zur Verfügung stehen würden, oder herunter gerechnet auf ein einzelnes Krankenhaus: Pro Krankenhaus wären das rund 45 Stellen in der Pflege, d.h. pro Station rund 3 Stellen mehr, was die enge Personaldecke doch etwas entlasten würde. „Monitor Pflege“ sprach zu möglichen Lösungen aus dem schon derzeit real existierenden Pflegenotstand mit Thomas Rehder, dem Geschäftsführer der Zeitarbeitsfirma iperdi Holding Nord GmbH.

>> Herr Rehder, gibt es die nötigen Pflegekräfte überhaupt? Wie viele können Sie denn vermitteln?

Es ist richtig, dass auch durch die Einführung des Pflegestärkungsgesetzes II, neue Personalanforderungen an das Personalmanagement in Kliniken, aber auch in der ambulanten und stationären Alterspflege gestellt werden. Schon jetzt herrscht ein Pflegenotstand, der unlängst durch diverse Studien belegt wurde. So sieht sich jedes vierte Krankenhaus Deutschlands nicht oder nur bedingt in der Lage, dem Personalmangel Herr zu werden, jede zehnte Klinik spricht mittlerweile offen von einem Personalnotstand. Dieses Ergebnis ging aus einer Studie des Marktforschungsinstituts Forsa hervor. Die Brisanz des Personal mangels in Kliniken ist deutlich: Für die Patienten bedeutet das, dass weniger Betten belegt werden können, Wartezeiten sich verlängern und ihre gesundheitliche Versorgung leidet. Für das wenige im Gesundheitsbereich tätige Fachpersonal führt der Personalnotstand zu vielen Überstunden, einer hohen Arbeitsbelastung und Dienst an Feiertagen. Im März dieses Jahres veröffentlichte auch Verdi eine Einschätzung: Diesen Zahlen zufolge kommen auf eine klinische Pflegekraft während der Nachtschicht 25 Patienten, die betreut werden wollen.

Vor allem kommunale Krankenhäuser sehen sich von der Situation überfordert.

Und dennoch: es gibt sie, die Pflegekräfte, die neue Arbeitslasten abfedern können. Neben dem bestehenden Arbeitnehmer-Pool verzeichnet die Regierung schon seit Jahren Zuwachs in Pflegeberufen. Parallel zu den immer neuen Personalstellen, die sich im Pflegebereich öffnen, steigt die Zahl der Auszubildenden bereits seit einigen Jahren exponentiell an. Im Rahmen einer Studie des Bundesinstituts für Berufsbildung wurden hierzu die Zahlen des Statistischen Bundesamtes ausgewertet: Allein in der Altenpflege ist die Zahl der Fachkräfte um 36,2 Prozent auf 55.966 gestiegen. 2015 machten laut der Studie rund 360.000 Jugendliche eine Ausbildung im Bereich der Gesundheitsberufe. Vakante Arbeitsstellen stellen eine sichere Karriereperspektive dar.

Und in der Zwischenzeit schlagen Personaldienstleister wie iperdi natürlich gerne die Brücke.

Natürlich. Wir haben grundsätzlich auch kein Problem, Personal zu finden. Das erklärt sich dadurch, dass wir unseren Angestellten an-

dere Voraussetzungen und Standards bieten können als Kliniken und Pflegestellen. Noch immer sehen viele Menschen die Zeitarbeitsbranche als Schreckgespenst und assoziieren sie mit negativen Attributen. Doch de facto haben wir aber unseren Angestellten viel zu bieten, weshalb sich auch stets eine große Zahl von ihnen bei uns bewirbt. Eine gute Bezahlung nach übertariflicher Vergütung mit Schichtzulagen für Nacht-, Wochenend- und Feiertagsarbeit ist dabei nur ein Faktor. Urlaubs- und Weihnachtsgeld, vermögenswirksame Leistungen, betriebliche Altersvorsorge ab dem 7. Beschäftigungsmonat, Überstundenausgleich über ein persönliches Arbeitszeitkonto und die Teilnahme am firmeneigenen Bonussystem, individuelle Arbeitszeitmodelle in Absprache, flexible Urlaubsplanung sind weitere Faktoren.

Das klingt ja alles ganz nett, aber ist das alles wirklich der entscheidende Punkt?

Der springende Punkt, warum Personaldienstleister wie wir bei der Wahl der Arbeitsstelle bevorzugt wird, ist vor allem die Sicherheit.

Warum das?

In Gesundheitsberufen geht der Trend schon seit Jahren weg von der Festanstellung, befristete Verträge sind die Folge. Diese Unsicherheit ersparen sich Zeitarbeiter: Sie erhalten einen unbefristeten Arbeitsvertrag nach dem Tarifvertrag IGZ, eine regelmäßige Einsatzplanung und sogar Hilfe bei der Wohnungssuche. Für uns ist das Schaffen eines angenehmen und lohnenswerten Arbeitsplatzes ein Muss.

Woher kommen denn Ihre Zeitmitarbeiter? Welche Vorbildung haben sie?

Zeitarbeiter sind zum großen Teil regulär ausgebildete Fachkräfte, die sich wegen Arbeitssicherheit, Gehalt und Flexibilität lieber bei einem Personaldienstleister bewerben als im Klinikum oder dem Pflegedienst. Dabei kommen die Zeitarbeiter aus verschiedenen Teilen Deutschlands, spiegeln verschiedene Alters- und Bevölkerungsgruppen, beide Geschlechter in gleichen Teilen wider. Wir fördern und unterstützen zudem aktiv Wiedereinsteiger: Viele unserer qualifiziertesten Arbeitskräfte kommen aus einer längeren Arbeitslosigkeit. Das hat oft private Gründe, beispielsweise eine verlängerte Elternzeit, und wirkt sich in keiner Weise auf Wissen und Qualifikation der Arbeiter aus. Der einzige Unterschied der Zeitarbeit zum üblichen Arbeitsverhältnis ist dabei, dass der Zeitarbeitnehmer nicht direkt bei seinem

Arbeitgeber eingesetzt ist, sondern bei dessen Kunden. Dadurch gestaltet sich die Arbeit vielfältig, denn neue Aufgabenbereiche, Unternehmen und Umfeldler warten auf die Zeitarbeiter. Personalleasing ist auch besonders für Berufseinsteiger geeignet. Es ist der erste Schritt in die Arbeitswelt, die Möglichkeit, Erfahrungen zu sammeln und Referenzen zu erwerben. Aufstiegschancen sind in jeder Branche gegeben. Auch für Arbeitssuchende bietet die Zeitarbeitsbranche viele Aussichten. Einzelne Lücken im Lebenslauf und Langzeitarbeitslosigkeit können vermieden werden.

Wie bilden Sie Ihre Mitarbeiter aus und weiter?

Qualifikation ist natürlich essentiell. Der Kunde muss sich darauf verlassen können, dass unsere Mitarbeiter kompetent, engagiert und zuverlässig sind. Neben der Qualifikation, die die Mitarbeiter belegen müssen, bieten wir daher auch immer neue, unentgeltliche Weiter- und Fortbildungen an. Das bedeutet konkret die Qualifizierung durch Praxisanleiter, RbP-zertifizierte Fortbildungen, die CNE-Online Fortbildung des Thieme-Verlags, Fortbildungs- und Gerätepässe sowie Weiterbildungskonzepte und Kooperationen mit Bildungsträgern. Der Kunde wiederum kann sich durch die erworbenen Berufsurkunden, Weiterbildungsnachweise, Fortbildungspässe nach den Regeln der Hamburger Berufsordnung für Pflegekräfte und den Gerätepass von der Kompetenz und Erfahrung der Zeitarbeiter einen Eindruck verschaffen.



Trotz des inzwischen nachlassenden Flüchtlingsstroms halten sich derzeit rund 1 Million neue Migranten in Deutschland auf. 1 Million potenzieller neuer Pfleger und Pflegerinnen? Oder nur ein Promille davon?

Leider wird Flüchtlingen der Arbeitsmarkt noch immer nur bedingt geöffnet. Dabei hat jeder fünfte Asylbewerber nach Angaben der Bundesagentur für Arbeit einen Hochschulabschluss, etwa jeder dritte bringt eine Ausbildung mit, die der eines deutschen Facharbeiters entspricht. Diese Zahlen beziehen sich auch auf die Pflegebranche. Ihr Talent wird dennoch selten genutzt. Sei es wegen fehlender Dokumentation, der Sprachbarriere oder der Duldungszeit, die Flüchtlinge und Asylbewerber teilweise jahrelang in einen Zustand des Nichtstuns zwingt.

Was wäre zu tun?

Wir sollten die ausgebildeten Fachkräfte, die zu uns gelangen, beruflich nicht ausbremsen, sondern fördern. Hier sehen wir die Personaldienstleistungsbranche als potenziell wichtigen Bestandteil einer

schnellen Integration. Die Zeitarbeit könnte bei der Einarbeitung und Förderung von Flüchtlingen eine zentrale Rolle spielen – sowohl in Bezug auf die Sprache als auch bei der Aus- und Fortbildung. Gleiches gilt natürlich für die Anerkennung der bisherigen Qualifikationen. Hier müssen wir die Rahmenbedingungen schaffen, um diesen Prozess deutlich zu beschleunigen. Personaldienstleister könnten so dazu beitragen, dass Flüchtlinge sich auf dem deutschen Arbeitsmarkt etablieren und entsprechend ihrer Fähigkeiten in ihren eigentlichen Berufen eingesetzt werden. So würden Flüchtlinge auch in ihrer neuen Heimat schneller mit beiden Beinen im Leben stehen beziehungsweise sich integrieren können.

Kritiker würden nun vermuten, dass es Ihnen nur darum geht, günstige Arbeitskräfte zu rekrutieren.

Wer dies äußert, hat sich nicht intensiv genug mit dem Thema Zeitarbeit beschäftigt. Durch die Einführung des gesetzlichen Mindestlohns, tarifliche Entgeltgruppen und Branchenzuschläge macht es für Zeitarbeitsunternehmen finanziell keinen Unterschied, woher unsere Angestellten kommen. Flüchtlinge erhalten – gemäß des Mindestlohns – das gleiche Gehalt. Unser Hauptanliegen ist es, den Bedarf an Arbeitskräften unserer Kunden zu decken. Wenn wir die Integration von Flüchtlingen beschleunigen, wird davon auch die Pflegebranche profitieren.

Was ist zu tun, diesen Promille- oder Prozentsatz in die Pflege zu bekommen? Welche Anstrengungen unternimmt hier Ihr Unternehmen?

Die Integration von Flüchtlingen in Pflegeberufe ist bereits jetzt ein festes Ziel der Gesundheits- und Arbeitspolitik. Unlängst wurde aus diesem Zweck das Integrationsnetzwerk „Bridge“ der Regierung gegründet und auch Bundesarbeitsministerin Andrea Nahles hat sich bereits in einer Berliner Klinik über die Ausbildung von Flüchtlingen im Pflegeberufen informiert. Das Bundesarbeitsministerium und der Europäische Sozialfonds fördern das Projekt, heißt es auf der Website der Regierung. Die Integration ist aber nicht nur ein Bedürfnis der Wirtschaft, auch die Flüchtlinge sind hochmotiviert. Da wir vakante Arbeitsstellen in der Pflege auf der einen Seite und motivierte Arbeitskräfte in Form der Flüchtlinge auf der anderen Seite haben, sollten wir Brücken zwischen beiden schlagen.

Doch was können Sie denn nun wirklich tun?

Wir als Personaldienstleistungsunternehmen sind sehr gerne dazu bereit, unseren Teil dazu beizutragen. Die Flüchtlinge können über

uns weitere Qualifikationen erwerben und unter kundiger Führung von Praxisanleitern erste Erfahrungen sammeln. Und in Betrieben können sie sich beweisen. Wir sehen darum unser Unternehmen als integratives Tool, das genutzt werden kann.

„Fest steht, dass der kulturelle, sprachliche und pflegefachliche Hintergrund der Beschäftigten entscheidend für die Integration am Arbeitsplatz ist und Folgen für die Motivation, Unternehmensbindung und Gesundheit der Beschäftigten hat. (Vgl. Merda et al. 2014: 4f). Inwieweit sich Asylbewerber als neue Mitarbeiter im Gesundheitswesen akquirieren lassen, kann zurzeit noch nicht beurteilt werden, da „belastbare Daten über das Qualifikations- und Berufsprofil von Flüchtlingen noch fehlen“ (Siegert et al. 2015: 28).“ Das schreibt Dipl.-Päd. Irena Angelovski, Geschäftsführerin von komMedikus, in einem Beitrag in „Monitor Pflege“ 01/2016. Welche Erfahrungen machen Sie mit dem „kulturellen, sprachlichen“ Hintergrund Ihrer Mitarbeiter?

Wir erleben das Zusammenspiel verschiedener kultureller und sprachlicher Hintergründe als Möglichkeit, Kompetenzen zu erweitern und uns weiterzuentwickeln. Gerade in der Pflegebranche ist meines Erachtens Diversität von großer Wichtigkeit. Es ist ein nicht abzustreitender Fakt, dass der Kreis der Pflegebedürftigen langfristig gesehen einem kulturell und sprachlich bunten Hintergrund entspringen wird. Auch Menschen gehobenen Alters treffen in Deutschland als Flüchtlinge ein und auch Migranten können unfall- oder krankheitsbedingt Pflege bedürfen. Es ist daher unerlässlich, auch ein buntes und sprachlich weitgefächertes Personal anbieten zu können, auch wenn die erste integrative Amtshandlung für Flüchtlinge das Erlernen der deutschen Sprache bleiben muss.

Wie stehen Sie zur generalistischen Ausbildung?

Während unser Unternehmen Weiter- und Fortbildungen anbietet, werden keine Ausbildungsstellen generiert, weshalb uns die generalistische Ausbildung – wenngleich ungemein wichtig in der Pflegebranche – weniger tangiert. Die Vorteile sind für mich aber deutlich erkennbar: Pflegekräfte, die nach der generalisierten Ausbildung qualifiziert sind, können europaweit alters- und zustands- und krankheitsübergreifend eingesetzt werden. Sie werden vielseitiger ausgebildet und können sowohl im klinischen, als auch bei ambulanten Pflegediensten und Pflegeheimen eingesetzt werden. Nachteile sehe ich darin, dass die Zusammenfassung verschiedener Pflegeberufe, zwecks der generalistischen Ausbildung, eine Eingrenzung der Ausbildungsinhalte bewirkt. Dieses Wissen müssten die Pflegekräfte dann durch Fortbildungen erwerben.

Den geforderten Pflegeschlüssel von 1:20 erfüllen unter den bisherigen Bedingungen nur die wenigsten. Sind das Ihre Hauptkunden?

Unsere Kunden ziehen sich durch den gesamten Pflegebereich. Natürlich geht es auch darum, den Pflegenotstand dort, wo er momentan am ausgeprägtesten ist, zu überwinden. Nichtsdestotrotz sind Zeitarbeiter in gesundheitlichen Berufen schon seit Jahren eine feste Größe, die immer wieder, je nach Bedarf, zum Einsatz kommen.

Vielen Dank für das Gespräch. <<

Das Interview führte MoPf-Chefredakteur Peter Stegmaier

Vorschlag und Begründung

Pro: Zeitbezogenes Abrechnungssystem

Das PSG II bietet mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff in § 14 die Möglichkeit die ambulante Pflege neu zu gestalten. Der Leitgedanke ist die teilhabeorientierte Unterstützungsleistung. Das durchgängig in den Bundesländern vereinbarte und angewandte System von einzelnen Leistungskomplexen hat bewusst alle auch schon vor 1995 bekannten Aspekte, Bedarfe und Inhalte der ambulanten Pflege ausgeblendet, die über die 21 Verrichtungen des bisherigen § 14 Abs. 4 SGB XI hinausgegangen sind. Das war wahrscheinlich sogar gesetzeskonform zur damaligen Fassung der Pflegeversicherung.

>> Auf der Basis des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs gibt es keine Beschränkung auf diese 21 Verrichtungen mehr. Die Leistungsinhalte der Pflegeleistungen müssen eine individuelle und umfassend bedarfsgerechte Pflege ermöglichen, die die in § 14 Abs. 2 Nr. 1 bis 6 beschriebenen Einschränkungen oder Beeinträchtigungen ausgleicht. Pflegeversicherte haben Anspruch darauf, dass das, was sie als ihren Pflege- oder Unterstützungsbedarf beschreiben, bei der Leistungserbringung berücksichtigt wird. Denn sie sollen in die Lage versetzt werden, ein möglichst selbstständiges Leben mit den Einschränkungen zu leben, die sich aus seiner Pflegebedürftigkeit ergeben. Also kann es keine inhaltliche Beschränkung der Leistungsinhalte mehr geben, auch nicht in der Form, dass nur zwischen Ganzkörperwaschung oder Teilwaschung gewählt werden kann, oder welche Alternativen das Leistungskomplexes-System (LK) jeweils bietet.

Bei der Bewältigung der Aufgaben der Hauswirtschaft ist zu fragen, was zu einem Haushalt eines Pflegebedürftigen gehört.

Wenn das auch Haustiere sind, ist z. B. das tägliche Füttern des Haustieres ebenso notwendig, wie die Ernährung des Pflegebedürftigen. Ebenso stellt den Hund ausführen dann eine Unterstützung des Pflegebedürftigen dar, weil der Hund zu seinem Haushalt oder zu seinem Leben dazu gehört. Dann muss als Sachleistung auch der Hund ausgeführt werden können. Zumindest darf der Anspruch auf diese Leistungen in § 14 Abs. 3 nicht negiert oder inhaltlich beschränkt werden, obwohl sich in der Praxis Beschränkungen wie bei jeder Dienstleistung durch den Arbeitsschutz der Pflegekräfte ergeben.

Es läuft darauf hinaus, dass die Deckung aller individuellen Bedarfe seines durch die Pflegebedürftigkeit beeinflussten Lebens aus der subjektiven Sicht des Pflegebedürftigen auch als Sachleistung beansprucht bzw. zur Abrechnung gebracht werden können muss. Sonst hätten wir den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff nicht umgesetzt. Die Relevanz oder Priorität gibt der Pflegebedürftige vor, ggf. nach Beratung durch den Pflegedienst o.ä. wie Pflegestützpunkt, Angehörige

ge, Betreuer etc. Will der Pflegebedürftige psychosoziale Betreuung, sollte er sie bekommen können, will er, dass das Holz für den Ofen gehackt wird, sollte er das auch bekommen können. Sollte er Beratung oder Prophylaxen wollen, sollte er sie bekommen können.

Der Pflegedienst ist nicht dafür verantwortlich, dass das Sachleistungsbudget nach § 36 SGB XI oder andere Leistungsansprüche nicht ausreichen, um das alles bedarfsgerecht zu finanzieren. Der Pflegebedürftigkeitsbegriff muss aber umfassend gedacht werden, auch in dem berüchtigten Teilkaskosystem der Pflegeversicherung.

Was diese Teilhabe bei den Leistungsansprüchen des SGB XII bedeutet, sollte noch ein wenig zurückgestellt werden, bis das PSG III in seinen Umrissen erkennbar wird. Aber die Richtung muss klar sein, dass der individuelle Anspruch auf Unterstützung bei der Führung eines selbständigen Lebens nicht durch ein Vergütungssystem begrenzt werden kann, noch weniger durch die vorhandenen Haushaltsmittel der Kommunen oder andere Vorgaben.

Optionen der Veränderung des LK-Systems

Wenn man das innerhalb des Abrechnungssystems der ambulanten Pflegeleistungen weiterdenkt, läuft es darauf hinaus, dass der Pflegedienst Zeit und Kompetenz/Qualifikation zur Verfügung stellt, um diese relevanten Bedarfe zu befriedigen. Das werden weiter in erster Linie Pflege- und Pflegefachkräfte sein, aber ohne eine Beschränkung; es können auch Hauswirtschaftskräfte, Betreuungskräfte und andere Helfer, es kann auch ein Hundeausführer sein.

Es wird die Frage zu stellen oder zu entscheiden sein, ob das vorhandene System der Leistungskomplexe (LK) zu optimieren oder aufzugeben ist. Aus meiner Sicht gibt es folgende Möglichkeiten:

1. In jeden LK wird jetzt das implementiert, was bei der Einführung der Pflegeversicherung mit verengtem Blick auf die 21 Einrichtungen unbeachtet geblieben ist, also vor allem Zeit für die Kommunikation und Zuwendung. Durch Erweiterung der Punktzahl und damit der kalkulierten Zeitdauer könnte das kompensiert werden. Offen bleibt bei diesem Verfahren, ob dieses zusätzliche Zeitbudget auch dafür verwendet wird oder trotz erhöhtem Zeitbudget die zeitliche Vorgabe in der geplanten Tour so knapp und effektiv bleibt wie bisher, wo auch ohne dieses Zeitbudget für Kommunikation und Zuwendung eine akzeptable Pflege geleistet worden ist. Selbstverständlich könnte man auch jeden Leistungskomplex aufspalten und die Punktzahl entsprechend der Pflegestufe oder dem zukünftigen Pflegegrad gestalten. Aber der Zeitaufwand beim Waschen muss nicht mit dem Grad der Demenz korrelieren, das kann auch der Aufwand beim Transfer sein. Diese Neugestaltung würde zu einer deutlich erhöhten Anzahl von Leistungskomplexen führen, die dann entweder dazu oder abgewählt werden müssten. Diese Erweiterung wäre kaum praxistauglich.

2. Umstellung auf eine zeitbezogene Vergütung: Je nach der erforderlichen Qualifikation für den gesamten Einsatz sind die notwendige Personalqualifikation und die daraus abge-

leitete Stundenvergütung zu bestimmen.

- Beratung/Erstbesuch ausschließlich durch Pflegefachkraft und PDL/stellv. PDL
- grundpflegerische Leistungen und pflegerische Betreuungsleistungen gem. § 36 durch Pflegefachkräfte und Pflegekräfte mit einer Basisqualifikation von circa 250 Unterrichts- und Praxisstunden
- hauswirtschaftliche Leistungen durch Pflegekräfte, Hauswirtschaftskräfte
- Betreuungs- und Entlastungsleistungen durch Pflegekräfte, Hauswirtschaftskräfte, Betreuungskräfte gemäß Qualifikation und entsprechend der jeweiligen Landesverordnung gemäß § 45 c

Wenn die in vielen Branchen üblichen Zeittakte von z. B. 10 Minuten vereinbart werden, lässt sich das Zeitbudget für den jeweiligen Einsatz auch hinreichend genug vorher festlegen und entsprechend diesen Zeittakten abrechnen.

In einem zeitbezogenen Vergütungssystem hat der Pflegebedürftige einen größeren Spielraum, für sich individuell zu bestimmen, was er heute an Leistungen braucht oder haben will. Sicher wird der Kernbereich eines Pflegeeinsatzes, z. B. die Grundpflege zu erledigen sein, aber sie kann auch mal verkürzt werden, wenn ein anderes Bedürfnis wichtiger ist.

Ohne ein zeitbezogenes Abrechnungssystem ist m.E. diese inhaltliche Flexibilisierung der Leistungen kaum möglich. Wenn man Teilhabe auch im Abrechnungssystem ernst nimmt, steht niemand anderem als dem Pflegebedürftigen selbst die Bewertung zu, ob die Leistungsinhalte vernünftig ausgewählt wurden.

Mit dieser individuellen Anpassung des Leistungsgeschehens vermindert sich auch etwas die Fremdbestimmung der Pflegekräfte, die nicht mehr nur eine vorgegebene Liste von Leistungskomplexen abarbeiten, sondern in einem vertretbaren Rahmen persönliche Wünsche und Schwerpunkte der Pflege und Betreuung mit dem Pflegebedürftigen absprechen können.

Dadurch, dass die zeitliche Dauer der täglichen Pflegeeinsätze feststeht, könnte es zu einer Verminderung des Zeitdruckes für die Pflegekräfte kommen. Sie könnten wenigstens teilweise von dem Druck befreit sein, das Programm der Leistungskomplexe immer schneller abzuarbeiten. Sie wissen dann, dass das vereinbarte Zeitbudget zur Verfügung steht und müssen sich nicht auch noch zusätzlich bei der Leistungserbringung beeilen.

Es ist an der Zeit, grundsätzliche Fehler in dem System der ambulanten Pflege wie dem überbordenden Zeitdruck, unter dem die Pflegekräfte arbeiten, zu beseitigen und ein zeitbezogenes Abrechnungssystem einzuführen. <<

von:

Hans-Joachim Wasel,
Fachreferent Altenhilfe des
Caritasverbands für das
Erzbistum Berlin e.V.



Strukturmigration im Mittelbereich Templin

KV RegioMed: Schnittstelle zur Pflege

Der Mittelbereich Templin liegt im Norden Brandenburgs, im Landkreis Uckermark. Mit seinen 3.000 km² ist er der größte Landkreis Deutschlands und gleichzeitig einer der am dünnsten besiedelten Regionen des Landes. Aktuelle Analysen zur Bevölkerung des Mittelbereichs Templin prognostizieren zum einen weitere Rückgänge – bis zum Jahr 2030 um 21 % und gleichzeitig deutliche Verschiebungen in der Altersstruktur der Einwohner. Liegt der heutige Anteil der über 65-Jährigen noch bei ca. 25 %, wird dieser im Jahr 2030 bereits 43 % betragen (Quelle: Landesamt für Bauen und Verkehr: Bevölkerungsvorausschätzung 2011 bis 2030 für das Land Brandenburg, 2012, S. 48-51). Was heißt das für die Gesundheitsversorgung in der Region? Was für die Pflege?

>> Einer immer älter werdenden und somit häufig chronisch kranken und multimorbiden Bevölkerung steht eine sinkende Anzahl jüngerer Menschen gegenüber. Diese grundlegenden Veränderungen der Bevölkerung in Anzahl und Struktur werden im Bereich des Gesundheitswesens eine stark veränderte Nachfrage hinsichtlich ambulanter, stationärer, pflegerischer, sozialer und therapeutischer Leistungen erzeugen und weitreichende Anpassungsprozesse der Versorgungsangebote im Mittelbereich Templin nach sich ziehen müssen.

Die IGiB, die Innovative Gesundheitsversorgung im Land Brandenburg, ist eine Arbeitsgemeinschaft nach §219 SGB V zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg, der AOK Nordost und der BARMER GEK. Sie hat sich zur Aufgabe gemacht, zukunftsorientierte Versorgungsstrukturen zur Sicherung und Verbesserung einer langfristigen, regionalen und flächendeckenden Gesundheitsversorgung im Land Brandenburg zu entwickeln. Für die Region Templin hat die IGiB GbR einen wichtigen regionalen Partner gewonnen. Gemeinsam mit der Sana Berlin Brandenburg GmbH, Träger des regionalen Krankenhauses in Templin, wurde das KV RegioMed Programm – Strukturmigration im Mittelbereich Templin ins Leben gerufen. Unter der gemeinsamen Projekt-

trägerschaft von IGiB und Sana und unter Einbeziehung aller vor Ort handelnden Akteure des Gesundheitsbereiches sollen zukunftsfähige regionalspezifische Versorgungsstrukturen im Mittelbereich Templin geschaffen werden.

Ausgehend von der Frage, welche Bevölkerung mit welcher Krankheitslast zukünftig in der Region Templin lebt, müssen Versorgungsangebote und Ressourcen so ausgerichtet werden, dass die medizinische, pflegerische, soziale, therapeutische und rehabilitative Versorgung für die Zukunft sichergestellt werden kann.

Die Überalterung der Bevölkerung im Mittelbereich Templin bedeutet für die Zukunft eine deutlich zunehmende Krankheitslast, insbesondere Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems, Endokrine- und Stoffwechselerkrankung sowie Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes werden deutlich zunehmen. Aber nicht nur die Häufigkeit einzelner Erkrankungen wird zunehmen, sondern auch Co- und Multimorbiditäten und damit verbunden die Versorgungskomplexität jedes einzelnen Patienten. Unterschiedliche Leistungsanbieter, Kostenträger und Sektoren werden an der Versorgung beteiligt sein, ein hohes Maß an Kooperation, Abstimmung und Kommunikation wird die Grundlage für eine effiziente und qualitativ

hochwertige Versorgung der Zukunft sein.

Mit Zunahme von Morbidität und Versorgungskomplexität wird auch die Pflegebedürftigkeit um ein Vielfaches steigen. Entwicklungsprognosen für das Land Brandenburg rechnen bis zum Jahr 2030 mit einem Anstieg des ambulanten Pflegedarfs um 51 %, im stationären Bereich wird der Anstieg sogar auf 68 % geschätzt (Quelle: Bevölkerungsstatistik und Pflegestatistik des Amtes für Statistik Berlin-Brandenburg). Die verstärkte Einbindung der Pflege in den Abstimmungs- und Kooperationsprozess zwischen den Beteiligten wird unerlässlich.

Nicht nur die steigende Morbidität, sondern auch die zukünftige Knappheit regionaler Ressourcen wird die zukünftige Versorgung kennzeichnen. Der demografische Wandel und die periphere Lage der Region Templin werden auch auf Seiten der Ärzte und Leistungserbringer ihre Auswirkungen zeigen. Personelle Besetzungen im medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Bereich mit qualifizierten Fachkräften wird die Region vor gravierende Herausforderungen stellen.

Um diesen vorgenannten Herausforderungen sicher zu begegnen, ist zum einen die verstärkte Bündelung aller regional vorhandenen Ressourcen erforderlich und zum anderen wird die Arbeit

an den Schnittstellen zwischen den einzelnen Gesundheitsbereichen ein entscheidender Ansatzpunkt bei der Neuausrichtung der regionalen Strukturen sein. Unterschiedliche Gesetzes- und Finanzierungsgrundlagen bereiten den Beteiligten häufig große Hürden und erschweren sektorübergreifend die gemeinsame Kommunikation und Kooperation. Beispielfhaft soll hier die Schnittstelle zwischen der medizinischen Versorgung und dem ambulanten bzw. stationären Pflegebereich im Mittelbereich Templin betrachtet werden. Die verstärkte Einbindung der Pflege in die regionalen Versorgungsketten stellt einen wichtigen Aspekt bei der Ausrichtung der Versorgung auf die Zukunft dar. Neben der Versorgung durch ambulant tätige Ärzte und dem regionalen Krankenhaus, bilden die zahlreichen Pflegedienste und -einrichtungen den dritten wichtigen Akteur in der Versorgung.

Doch wer ist der Bereich Pflege in der Region Templin? Welche Anbieter im ambulanten und stationären Bereich sind vorhanden? Gibt es gemeinsame Arbeits- und Kommunikationsstrukturen? Die Analyse zu bestehenden Dienstleistern und Ansprechpartnern im Bereich Pflege stand somit am Anfang des Projektes. Es stellte sich heraus, dass regional zahlreiche ambulante Pflegedienste und stationäre Einrichtungen vor-

handen sind. Nur: Eine gemeinsame Ebene, auf der man sich zum Austausch oder zur Abstimmung zusammenfinden konnte, gab es bisher jedoch nicht. Daher war es naheliegend, die einzelnen Anbieter zusammenzuführen, ihnen eine Plattform zu bieten, auf der eine verstärkte interne Kommunikation und ein Austausch erfolgen kann: der Runde Tisch Pflege Templin wurde mit organisatorischer Unterstützung durch die Projektträger gegründet. Er wird einmal je Quartal durchgeführt und richtet sich an alle regionalen ambulanten Pflegedienste und stationären Pflegeeinrichtungen. Er bietet den Teilnehmern die Möglichkeit zum regelmäßigen und persönlichen fachlichen Austausch und stellt gleichzeitig die Grundlage für eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit dar. Den sonst einzeln agierenden Dienstleistern bietet sich hier die Möglichkeit, die Pflege als einen starken und einheitlichen Partner in der regionalen Versorgung zu betrachten und sich als Gemeinschaft zu erleben. Aufbauend darauf lassen sich gemeinsame Ziele entwickeln, inter- und intrasektorale Prozesse und Standards erarbeiten sowie Mittel und Maßnahmen zur Zielerreichung abstimmen.

Die Inhalte der Veranstaltungen werden in der Regel von den Teilnehmern selbst bestimmt und beziehen sich auf rechtliche und organisatorische, aber auch auf praxis- und fallbezogene Fragestellungen im Hinblick auf Patientenkonstellationen und Erfordernisse bei bestimmten Krankheitsbildern.

Häufig werden aktuelle Herausforderungen im Arbeitsalltag besprochen, die in der Zusammenarbeit mit Ärzten, Leistungserbringern oder Kostenträgern entstehen. Kollegiale Ratschläge können hier intern gegeben und

Diskussionen geführt werden; doch nicht selten handelt es sich um Herausforderungen, die erst durch eine gemeinsame Abstimmung mit dem Gegenüber gelöst werden können. Als ein Beispiel kann hier die Schnittstelle zwischen den niedergelassenen Ärzten und der Pflege betrachtet werden. Die in den Sitzungen benannten Problemstellungen und praxisrelevanten Themen machen deutlich, dass auf beiden Seiten (ambulante Ärzte und Pflege) größere Transparenz hinsichtlich des Leistungsportfolios, der gesetzlichen Vorgaben sowie der arbeitsorganisatorischen Rahmenbedingungen geschaffen werden muss. Erst eine ausreichende Information und Transparenz kann zu einem besseren Verständnis und somit zu einer zufriedenstellenden Zusammenarbeit führen. Zur Bearbeitung dieser sektorenübergreifenden Fragestellungen werden zeitlich befristet kleine Arbeitsgruppen (max. 4-6 Personen) initiiert, die, bestehend aus Ärzten und Pflegekräften, in einem überschaubaren und zielorientierten Rahmen die Problemstellungen aufgreifen, konstruktiv diskutieren und Lösungsvorschläge erarbeiten. Die Ergebnisse dieser Arbeitsgruppe werden sowohl in den Runden Tisch Pflege, als auch in die ärztliche Gemeinschaft z.B. über den Stammtisch vor Ort transportiert. Zielstellung ist hier, gemeinsame Standards in Bezug auf Prozesse und Strukturen zu schaffen und die Zusammenarbeit zwischen Arzt und Pflege reibungsloser und effizienter zu gestalten.

Als Schnittstellenthemen neben der Zusammenarbeit von Ärzten und ambulanten Pflegediensten bzw. stationären Pflegeeinrichtungen bieten sich z.B. im Übergang zum stationären Bereich, der Aufnahme- und Entlassungsprozess, oder in der

Zusammenarbeit mit den regionalen Apotheken, das Rezeptmanagement. Aufgrund zunehmender Notwendigkeit intersektoraler, interdisziplinärer und multiprofessioneller Versorgungsstrukturen und der damit verbundenen Versorgungskomplexität wird zukünftig das Casemanagement in der regionalen Versorgung eine verstärkte Rolle spielen. Auch hier wird eine Schnittstelle zur Pflege entstehen, die durch abgestimmte Prozesse, Strukturen und Standards definiert werden muss.

Abschließend kann festgehalten werden, dass Transparenz und Wissen im Hinblick auf die Leistungen und Rahmenbedingungen des jeweils anderen Sektorenbereiches die Basis bilden, um klare Aufgabenabgrenzungen und -verteilungen vorzunehmen, gemeinsam definierte Prozesse und Versorgungsketten sektorenübergreifend zu gestalten und so zu einer Verbesserung der Patientensteuerung und -versorgung zu gelangen. Die Entwicklungen von Demografie, Morbidität und Ressourcenknappheit insbesondere im ländlichen Raum bedürfen effektiver und effizienter Strukturen und Prozesse, um die regionale Versorgung gleichwertig, nachhaltig und finanzierbar zu gestalten. <<

von:
Lutz O. Freiberg,
IGiB (Innovative Gesundheitsversorgung im Land Brandenburg)



Sicher leben im Alter

>> In Mecklenburg-Vorpommern leben immer mehr Senioren. Schon jetzt ist jeder Dritte im Landkreis Vorpommern-Greifswald Senior und das führt zu Besonderheiten in der Versorgung. Das Gesundheitswissenschaftliche Institut Nordost (GeWINO) der AOK Nordost unterstützt im Rahmen eines im März dieses Jahres gestarteten Forschungsvorhabens die Kosten für 20 altersgerechte Wohnungen. Das Ziel ist es, zu erforschen, ob Senioren hierfür technische Hilfsmittel akzeptieren, die ein selbständiges Leben in der eigenen Wohnung ermöglichen. „Zudem möchten wir herausfinden, welche technischen Hilfsmittel genau für eine alterssichere Wohnung wichtig sind und wie sich dadurch Unfälle vermeiden lassen“, erläuterte GeWINO-Geschäftsführer Prof. Dr. Thomas P. Zahn nach der Vertragsunterzeichnung zum Forschungsvorhaben.

Ziel des gemeinsamen Forschungsvorhabens ist es, dass Senioren – auch, aber nicht nur beim Vorliegen einer Demenz – möglichst lange und natürlich sicher in der eigenen Wohnung leben können, so Zahn. Das technische Equipment kommt vom Berliner Unternehmen Casenio AG, das die Wohnungen auch mit spezifischen Sensoren, Modulen und Funkempfängern ausstattet.

Insgesamt sollten 20 Wohnungen in der Hansestadt Greifswald mit spezifischer Technik ausgestattet werden, wofür GeWINO 20.000 Euro bereitstellt. Im Rahmen des Forschungsvorhabens soll nun ein halbes Jahr lang die Alltagstauglichkeit der Technik und deren Akzeptanz seitens der Senioren unter die Lupe genommen werden. Die wissenschaftliche Begleitung übernimmt das Technologiezentrum Vorpommern. <<

Umfrage von Betreut.de zur Betreuung älterer Angehöriger

Drei Generationen – ein Wunsch

Immer mehr Frauen, meist im Alter von 40 bis 60 Jahren, sind aufgrund demografischer Entwicklungen mehrfach belastet: Neben der Doppelbelastung durch Beruf und Kinderbetreuung müssen sie heute zeitgleich noch die Versorgung der älteren Angehörigen stemmen.¹ Betreut.de wollte mehr dazu wissen und befragte 2.430 Frauen aus drei Generationen zu ihren Wünschen für das Alter sowie zu ihren Sorgen und Erwartungen hinsichtlich der Pflege und Betreuung älterer Angehöriger. Dabei stellte sich heraus, dass die drei Generationen mehr eint, als sie unterscheidet.

>> Die drei Generationen verbindet nach Ergebnissen der Umfrage von Betreut.de – einem Onlinedienst der Care.com Europe GmbH, einer Tochtergesellschaft von Care.com Inc., dem weltweit größten Onlinedienst für Betreuung – vor allem der Wunsch nach familiärer Nähe im Alter (75%). Genauso einig sind sich die Umfrageteilnehmerinnen darin, dass die Betreuung der älteren Angehörigen ebenso wichtig ist wie die der eigenen Kinder. Auch die Sorge, manchmal nicht genug für die Älteren da zu sein, teilen die Befragten gleichermaßen. Sowohl die Millennials (52 %) und Angehörigen der Sandwich-Generation (51 %) als auch die Babyboomer (53 %) bezweifeln, den Pflegeansprüchen ihrer Verwandten gerecht werden zu können, weder emotional noch finanziell.

Das Paradoxon der finanziellen Absicherung

Geht es um die Pflege der älteren Angehörigen und den Einfluss auf das eigene Familienleben, werden am häufigsten Auswirkungen finanzieller Natur genannt: Jede zweite Frau (52 %) befürchtet generell starke finanzielle Einschränkungen, wenn sie aufgrund der Pflege Angehöriger beruflich kürzer treten muss. Fast 40 Prozent gehen z.B. davon aus, die Freizeitausgaben drosseln zu müssen.

Auch der Druck, den mehr

als jede dritte Befragte (36 %) aufgrund der Verantwortung gegenüber ihren älteren Verwandten beim Thema Pflege empfindet, resultiert bei der Mehrheit (52 %) aus finanziellen Aspekten. Das Paradoxon: Geht es jedoch um die Wünsche hinsichtlich der eigenen zukünftigen Situation im Alter, werden finanzielle Aspekte nachrangig platziert. Für die Mehrheit der Befragten (71 %) hat der Erhalt der Selbständigkeit und Privatsphäre höchste Priorität. Auch Platz zwei und drei der Wünsche für die Zukunft betreffen die Zwischenmenschlichkeit: nicht allein zu sein (47 %) und am Leben der Familie teilhaben zu können (40 %).

Der Wille ist da: Frauen möchten für ältere Angehörige sorgen

Die Fürsorge für ältere Angehörige nimmt einen ebenso hohen Stellenwert wie die für die eigenen Kinder ein. So besucht knapp die Hälfte der Befragten (47%) ihre älteren Angehörigen mindestens einmal pro Woche – rund 20 Prozent kümmern sich sogar täglich um sie. Darüber hinaus würden 80 Prozent der Frauen ihre älteren Angehörigen finanziell unterstützen. Knapp drei Viertel (73 %) von ihnen sind bereit, genau so viel



Steffen Zoller (Care.com Europe)

für pflegebedürftige Verwandte auszugeben wie für ihre Kinder. Auch beruflich würden die befragten Frauen für ihre Liebsten zurückstecken: Über die Hälfte (55 %) würde Karriereeinbußen hinnehmen. 45 Prozent der Frauen geben an, eine berufliche Auszeit für die Betreuung pflegebedürftiger Angehöriger zu nehmen. Knapp ein Drittel (31 %) von ihnen würde bis zu sechs Monate aus dem Job aussteigen, um für die Verwandten da zu sein. Und ein Viertel (28 %) sogar so lange, wie es nötig ist. Und dennoch: Mehr als die Hälfte der Frauen (52 %) hat das Gefühl, nicht genug für die älteren Angehörigen da zu sein – unabhängig davon, ob die konkrete Betreuungssituation bereits zu bewältigen ist oder noch abstrakt in der Zukunft liegt.

Ansprüche an Fürsorge münden in Überforderung

Ein Großteil der befragten Frauen (81 %) stellt grundsätzlich den Anspruch an sich selbst, ihren älteren Angehörigen denselben Lebensabend zu ermöglichen, den sie sich wünschen: eine liebevolle Versorgung im Kreise der Verwandten. Das baut natürlich Druck auf, nicht nur finanzieller Art. Über ein Drittel der Frauen (36 %) fühlt sich aufgrund der Verantwortung gegen-

über den älteren Angehörigen überfordert. 47 Prozent davon haben Angst, nicht genügend Kraft für die Betreuung aufbringen zu können.

Von 2,63 Millionen Pflegebedürftigen in Deutschland werden laut Statistischem Bundesamt ca. 1,25 Millionen Menschen zu Hause und ausschließlich von ihren Familienangehörigen versorgt. Noch sehen die meisten Angehörigen scheinbar keine Alternative in der externen Unterstützung bei Pflegeaufgaben und übernehmen diese komplett selbst. „Seniorenbetreuung ist sehr komplex und herausfordernd. Wir möchten Familien, unter ihnen meist die Frauen, bei dieser Herkulesaufgabe unterstützen“, verspricht Steffen Zoller, Geschäftsführer der Care.com Europe GmbH.

„Die Ängste und Sorgen beim Auftreten eines Pflegefalls in der Familie werden durch die Unwissenheit über die Gesetzeslage, Rechte und Versorgungsmöglichkeiten verstärkt“, beobachtet Oliver Hamacher, Geschäftsführer der Deutscher Pflegering GmbH (DPR), die mit der Care.com Europe GmbH seit vielen Jahren kooperiert. Und tatsächlich: Knapp zwei Drittel (60 %) der befragten Frauen fühlen sich unzureichend oder gar nicht über Pflegegesetze, wie das Pflegestärkungsgesetz, informiert. Zudem wissen lediglich 29 Prozent der Befragten in einem Angestelltenverhältnis, ob ihr Arbeitgeber Mög-

lichkeiten zur Unterstützung der Angehörigenpflege bietet.

Auf der Suche nach der fehlenden Zeit

Tritt in der Familie ein Pflegefall ein, stellt sich jedoch zunächst eine grundlegende Frage: Wer nimmt sich die Zeit, den bedürftigen Angehörigen zu versorgen? Denn genau diese scheint den befragten Frauen zu fehlen. Immerhin 44 Prozent von ihnen gaben an, eigentlich keine Zeit für die Versorgung der Verwandten zu haben. Hier könne Betreut.de Abhilfe schaffen, meint Zoller. Sein Onlinedienst unterstützt Familien dabei, einfach und verlässlich mit Seniorenbetreuern und Alltagshelfern in Kontakt zu treten. „Durch die Sorgen und den Zeitmangel geraten die positiven zwischenmenschlichen Momente, die die Fürsorge in der Familie auch mit sich bringt, leider oft in Vergessenheit“, so Zoller weiter.

Offensichtlich wird dieser Aspekt bei den befragten Frauen von den Gedanken um finanzielle Engpässe und die emotionale Überlastung überschattet. Nur ein Fünftel (19%) erwartet positive Auswirkungen bei der Betreuung älterer Angehöriger, wie etwa das Zusammenwachsen in der Familie. „Schon eine Haushaltshilfe, die ein- bis zweimal pro Woche für wenige Stunden zum Senior kommt, kann die Angehörigen stark entlasten und gibt ihnen so wertvolle Zeit zurück, die bis dahin für die Liebsten fehlte“, ergänzt darum Zoller, der auf weitergehende Informationen unter www.betreut.de/magazin/erwachsene-senioren hinweist. <<

1: u.a. Studie „Frauen der Sandwich-Generation“, Institut für Demoskopie Allensbach, in BILD der FRAU, 19. Mai 2015

Spielend gegen Demenz

>> Spielen und gleichzeitig Gutes tun – das ist seit kurzem mit dem mobilen Spiel „Sea Hero Quest“ möglich, mit dem die Deutsche Telekom die Demenzforschung unterstützen möchte. Bereits zwei Wochen nach dem Start haben weltweit eine Million Menschen das mobile Spiel heruntergeladen. Mit durchschnittlich fünf Sternen bei über 45.000 Bewertungen im App Store und bei Google Play ist die Rückmeldung der Spieler durchweg positiv.

Das ist ein Erfolg, nicht nur für den Spieleentwickler, sondern auch für die Forschung. Denn wie das Unternehmen beim Launch bekannt gab, soll mit Hilfe des Spiels die Grundlagenforschung für Demenz einen großen Schritt nach vorne gebracht werden. Die Telekom, deren Geschäftsführer der Healthcare Solutions, Dr. Axel Wehmeier, sich davon überzeugt zeigt, dass innovative Technologien und neue Services „unser Leben im allgemeinen und die Gesundheitsvorsorge im Besonderen verbessern“ können, hat das Projekt in enger Zusammenarbeit mit internationalen Partnern aus Forschung und Wissenschaft entwickelt. Dazu gehören die gemeinnützige Organisation Alzheimer's

Research, das University College London, die Universität von East Anglia sowie der Spieleentwickler Glitchers.

„Sea Hero Quest zeigt beispielhaft, welche Möglichkeiten die Digitalisierung des Gesundheitswesens mit sich bringt“,



erklärte Wehmeier, dem auch die Gefahren der Datenweitergabe bekannt sind. Weil vielen Patienten der Analyse-Gedanke „noch Unbehagen“ bereite, müsse die Gesundheitsbranche digitale Verantwortung für die Patienten übernehmen, ihre Sorgen ernst nehmen, die Chancen der Digitalisierung aber nicht verschenken.

Genau darum werden den Wissenschaftlern bei diesem Spiel, das weltweit kostenlos für iOS und Android verfügbar ist, nur anonyme Spiel-Daten über das Navigationsverhalten und die räumliche Orientierung des jeweiligen Spielers zur Verfügung gestellt, deren Einschränkung bei vielen Demenzkranken als frühes und alltagsrelevantes Symptom gilt. <<

Care-/Case Management

Autoren: I. Kollak, S. Schmid
Instrumente des Care und Case Management Prozesses
 Verlag: Springer, 2016
 176 Seiten
 ISBN: 978-3-662-48085-4
 Preis: 14,99 Euro / 9,99 Euro (eBook)

>> Care und Case Management-Prozesse denken, planen und umsetzen. Die Phasen des Case Management-Prozesses und seine Instrumente kennen,



Rechte und Pflichten beachten und nicht zuletzt, wie man Care Management in Netzwerken denken und daran arbeiten kann. All das lernt der, der Case Manager werden will, im Fachbuch „Instrumente des Care und Case Management Prozesses“ der beiden Autoren. Das sind Prof. Dr. Ingrid Kollak, Pflegewissenschaftlerin und zertifizierte Care und Case Management-Ausbildlerin (DGCC), sowie wissenschaftliche Leiterin der Weiterbildung an der ASH, sowie Stefan Schmid, M. Sc. ebenfalls Gesundheits- und Pflegewissenschaftler, zertifizierter Care und Case Management-Ausbildler (DGCC) und Kursleiter der Weiterbildung an der ASH Berlin. <<

TK und Handelsblatt loben Health-i Award aus

>> Smarte Ideen für ein zukunftsorientiertes Gesundheitswesen gesucht: Die Techniker Krankenkasse (TK) lobt erstmals gemeinsam mit dem Handelsblatt den Health-i Award aus. Gefördert werden Innovationen aus den Bereichen Gesundheit und Gesundheitswirtschaft, die das Potenzial haben,

die Branche zu revolutionieren. Schirmherr der in diesem Zusammenhang gestarteten Health-i Initiative ist Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe.

Die besten Talente werden im Rahmen einer feierlichen Preisverleihung am 10. November 2016 in Berlin mit dem Health-i Award

ausgezeichnet. Interessenten können sich bis zum 30. Juni 2016 unter www.health-i.de bewerben. Start-ups, die bereits bis zum 27. Mai 2016 Unterlagen einreichen, haben zusätzlich die Chance, am Innovationstag teilzunehmen, der am 13. September im Berliner Soho House stattfindet. <<

Essay anlässlich einer Thieme-Buchverstellung: „Professionelle Pflege für eine gesunde Gesellschaft“

Rahmenbedingungen für gesunde Pflege

Deutschland stellt sich in vielerlei Hinsicht zunehmend auf eine Gesellschaft des langen und gesunden Lebens der Menschen ein. Eine Entwicklung, die vom Grundsatz her zu mehr Optimismus und Zuversicht führt, das eigene Leben länger, gesünder, selbstbestimmter und zufriedener zu gestalten. Die medizinisch-technischen Fortschritte tragen dabei auch längst dazu bei, dass unser Gesundheits- und Sozialsystem sehr gut ausgestattet ist. Durch den Versicherungsschutz haben die Menschen hierzu einen guten Zugang und können bis ins hohe Alter umfassende medizinische Leistungen in Anspruch nehmen.

>> Pflege in Deutschland hat ihre Wurzeln in einer christlich geprägten Tradition. Ausgehend davon nahm Pflege schon immer eine wertvolle gesellschaftliche Aufgabe, Funktion und Rolle ein. Die im beruflichen Kern verankerte Helferfunktion konnte nie ganz abgelegt werden. Für die Menschen mit Hilfebedarf ist dies noch immer der Inbegriff von Fürsorge, Liebe, Geduld, Sicherheit, Zuversicht, Vertrauen, Leidenschaft, Begleitung, ständige Verfügbarkeit und Fachlichkeit.

Der pflegerische Wandel – Durchbruch oder Rückschritt

Die berufliche Anerkennung von Pflege vollzog sich über die Berufung „Pflegerische Aufgaben im Sinne des Dienens“ zur Krankenschwester und zum Pfleger und erst im ausgehenden 21. Jahrhundert zum Beruf des/der Gesundheits- und Kranken- beziehungsweise Kinderpfleger/in.

International wurde Bildungsentwicklung der Pflege in Deutschland längst überholt. Akademisierung, Bildungsabschlüsse, rechtliche Anerkennungen der Ausbildungsinhalte und praktische Gestaltungsrahmen sind längst etabliert. Der pfle-

gerische Wandel hin zu einem attraktiven, zeitgemäßen und selbstbestimmenden Beruf im 21. Jahrhundert unterliegt unendlich vielen Verwerfungen. Deutschland nimmt international – trotz Globalisierung und Flexibilisierung der Märkte – noch immer eine Schlusslichtrolle im Ausbildungs- und Berufsabschluss ein. In diesem Licht versteht sich auch die aktuell geführte Debatte eines neuen Berufsbildes auf der Basis einer gemeinsamen Ausbildung.

Veränderte Rahmenbedingungen

Mehr Patienten, kürzere Liegezeiten, chronische ältere Patienten, steigender Pflegebedarf, steigende Souveränität der Patienten und Angehörigen, Knappheit der Mittel, Kostendruck, steigender Fachkräftebedarf, geringer Zuwachs an Pflegepersonal, technologischer Fortschritt, schnellere Informationswege – das alles sind nur Stichworte zur Skizzierung der aktuellen Rahmenbedingungen.

Wie können unter diesen Rahmenbedingungen gute Pflegeergebnisse entstehen? Überall dort, wo:

- die Mitarbeiter ihre Befähigun-

gen/Kompetenzen, ihre Leidenschaft und ihre Freude am Beruf entfalten können/dürfen,

- Vertrauen und Wertschätzung im Sinne von Kollegialität und Loyalität gelebt wird,
- Achtsamkeit und Unterstützung im Teamgeist

Anreizsysteme bestehen in Form von:

- angemessener Entlohnung, die sich an Qualifikation und Leistung orientiert
- Arbeitsplatzqualität (Struktur, Planbarkeit, zeitgemäße Arbeitsmittel, digitale Workflow-Unterstützung et cetera)
- gelebter WIR-Kultur und interdisziplinärer Teamarbeit, von der auch jeder profitieren kann
- transparenten, offenen und freien Zugangsmöglichkeiten zu einer Fehlerkultur
- Akzeptanz der erworbenen Kompetenzen zum Beispiel im patientenorientierten Versorgungsmanagement (Pflege- und Behandlungsprozesse)
- Karriereentwicklung mit Gratifikationsangeboten.

Ein(e) Pflegekultur/-klima basierend auf einem mitarbeiterorientierten Anreizsystem löst recht schnell die „Jammertalmentalität“ ab, eröffnet Perspektiven und schafft neues Vertrauen in die Führung. Innovative und intelligente Anreizsysteme sind der Nährboden für Mitarbeiterbindung und Unternehmenszugehörigkeit.

Wie schaffen wir in Krisenzeiten Rahmenbedingungen für eine gesunde Pflege?

Pflegenotstände sind bekannt (alle 15 Jahre wieder). Der Unterschied liegt im Zeitgeist, im gesellschaftlichen, gesundheitspolitischen und technischen Wandel. Maßnahmen und eingeleitete Prozesse sind unterschiedlich ausgerichtet. Die Ursachen wie Bildung, Personalausstattung, Wertschätzung, Vergütung und Arbeitsbedingungen liegen jedoch sehr nah beieinander. Neu ist heute die Dimension der Berichterstattung in den Medien.

Wie erreichen wir wieder die berufliche Leidenschaft, Freude und berufliche Identität?

- In jeder Gesundheitseinrichtung gibt es ein Management-Führungsteam. Dessen erste und allerwichtigste Verpflichtung ist es, das Vertrauen der Mitarbeiter in das Unternehmen wieder herzustellen.
- Angemessene Kontrollsysteme im Sinne von guter Führungsqualität und gelebter Fehlerkultur sind erwünscht.
- Die Belastbarkeit und Befähigung des Pflegemanagements ist neu zu definieren. Es stellt enorme Ansprüche an die handelnden Personen, einerseits die Organisation, die Versorgungsprozesse und die Personalentwicklung im Blick zu haben und andererseits im Vorstand/der Betriebsleitung ge-

Hinweis

Dieser Vortrag wurde gehalten auf der Veranstaltung „Professionelle Pflege für eine gesunde Gesellschaft - Qualität, Leidenschaft, Engagement – Worauf kommt es künftig an?“ anlässlich der Vorstellung der Fachbuch-Triologie „I care – gerne lernen - Pflegewissen praxisnah vermitteln“ des Thieme Verlags.

samtunternehmerische Verantwortung mit zu tragen.

- Die bisherige tarifliche Gestaltung ist auf Kompetenz- und Leistungsniveau umzustellen. Hierzu ist in der Arbeitgebervertretung der Tarifpartner das Pflegemanagement als ordentliches Mitglied einzubinden. Die qualitative Bewertung pflegerischer Leistungen wird so zum Bestandteil der Vergütung.
- Es müssen Anreizsysteme geschaffen werden, die Chancen für jede Beschäftigungsgeneration bietet. So sind die Fähigkeiten, die die jungen Generationen Y und Z mitbringen, nutzbar für Attraktivität und Motivation. Stabilität, Sicherheit und Erfahrungsschatz bieten die älteren berufserfahrenen Mitarbeiter.
- Pflege wird wieder zum Wettbewerbsfaktor einer Einrichtung. Die Menschen glauben wieder an ihre Einrichtung.
- Die modernen Bildungskonzepte sind durch den Weg der beruflichen Generalisierung zur zum Pflegefachfrau/-mann mit diversen Weiterbildungen und der Durchlässigkeit zur Hochschule/Akademisierung vorgezeigt.
- Knappheit ist Realität. Damit umzugehen ist eine Herausforderung, die neues Denken auf Seiten der Politik und auf der Management- und Führungsebene erfordert.
- Pflegekonzepte, die aus dem Bedarf der Patientensituation heraus ihre Gestaltung erhalten (nicht was wir als Pflegeprofi oder Manager wollen), orientieren sich am individuellen Pflegebedarf. Die auslösenden therapeutischen Pflegeleistungen sind gesteuert, kontrollierbar, messbar und damit auch ökonomisch kalkulierbar. Dieser Weg führt automatisch zur beruflichen Selbstbestim-

mung aus der Praxis heraus. Wer dies zulässt, gewinnt wieder Mut, in die Pflege zu gehen beziehungsweise in der Pflege zu verbleiben.

- Pflegekammern als äußerer pflegeberuflicher Rahmen unterstützen Entwicklungen aus der Praxis für die Praxis.
- Lassen Sie gute Pflege zu. Wer wagt gewinnt!

Fazit

Das wirksamste Rezept, dem Beruf Pflege eine langfristige Stabilisierung zu geben, liegt in der Modernisierung der Bildung und Praxis. Wer hier nicht investiert, gibt weiter Geld ins System, ohne positive Ergebnisse zu erzielen. Nur wenn wir diesen Bildungs- und Gestaltungs-Prozess im Unternehmen zulassen und stabil etablieren, bekommen wir gute Pflege zu bezahlbaren Preisen. Die Patienten sind zufrieden, das Unternehmen gewinnt motivierte Mitarbeiter und die Mitarbeiter sind die besten Image- und Werbeträger. Nehmen wir diese Krise (wir haben schon einige hinter uns) und verstehen sie als echte Chance. Stehen wir auf und sprechen die Wahrheiten aus, auch wenn es weh tut. Pflege braucht in den Unternehmen jetzt mehr denn je „Fürsprecher“, die nicht unter Druck gestellt werden. <<

von: Marie-Luise Müller, Vorsitzende des Kuratoriums Zentrum für Qualität in der Pflege



„I care“: Moderner Zugang zum gesamten Pflegewissen

>> Eine Ausbildung zur qualifizierten Pflegefachkraft bietet jungen Menschen und Quereinsteigern eine langfristige Perspektive für ihre Zukunft. Denn in der Bevölkerung steigt der Anteil älterer Menschen, die einen erhöhten Bedarf an Kranken- und Altenpflege haben, kontinuierlich. Hochrechnungen zufolge wird die Zahl der Pflegebedürftigen bis zum Jahr 2030 von heute 2,6 Millionen auf 3,4 Millionen steigen. Damit steigt auch die Nachfrage nach gut ausgebildeten Fachkräften. Die Voraussetzung für eine erfolgreiche berufliche Laufbahn in der Pflege sind Leidenschaft im Umgang mit Menschen, eine professionelle Ausbildung und eine gesunde Einstellung zum Beruf.

„Wichtig ist jedoch nicht nur die didaktisch sinnvolle Vermittlung fachlicher Kompetenzen, sondern auch, jungen Menschen und Quereinsteigern eine ebenso professionelle wie gesunde Haltung zu ihrem Beruf zu vermitteln“ erklärt Dr. Bettina Hansen, Verlagsbereichsleiterin medizinische Ausbildung im Georg Thieme Verlag.

Nur wie macht man das? Um diese Frage zu beantworten, hat der Verlag vorab in einer ausführlichen Marktforschung ein Bild über die Situation in der Pflegeausbildung erstellt. Es wurden Pflegeschulen besucht und mit Einrichtungsleitern, Lehrern und Schülern gesprochen. Hansen: „Dabei wurde schnell deutlich, dass es große Unterschiede bei der Ausstattung an den Schulen, den pädagogischen Ansätzen und Lehrplänen, der Ausbildung der Lehrkräfte und vor allen Dingen bei den Schülern selbst gibt. Unser Anliegen war es deshalb, ein Angebot zu entwickeln, das all diesen Facetten gerecht wird und mit dem Schüler wie Lehrer



gleichermaßen gut und mit Freude arbeiten.“

Mit „I care“ bietet der Georg Thieme Verlag Pflegeschülern jetzt einen neuen modernen Zugang zum gesamten ausbildungsrelevanten Pflegewissen. „I care“ vermittelt sowohl das notwendige Pflegewissen, als auch eine ebenso professionelle wie gesunde Haltung zum Beruf.

Inhaltlich, sprachlich und optisch sind die drei „I care“-Bände „Anatomie, Physiologie“, „Krankheitslehre“ und „Pflege“ sorgfältig aufeinander abgestimmt. Ausgewiesene Fachexperten aus Wissenschaft, Lehre und Praxis haben das Wissen für „I care“ zusammengetragen. Die verlagsinterne Fachredaktion hat daraus ein Werk aus einem Guss gemacht. „Wir haben zum Beispiel darauf geachtet, dass in allen drei Bänden einheitliche Fachbegriffe und eine einheitliche grafische Gestaltung verwendet werden“, erklärt Thieme Projektmanagerin Kerstin Zimmermann.

Mindmaps zu Beginn jedes Kapitels helfen den Pflegeschülern bei der Orientierung. Eine klare Sprache und ansprechende Illustrationen erleichtern das Verstehen. „Wissen to go“-Kästen heben die prüfungsrelevanten Aussagen noch einmal hervor und die kostenlose App „I care Wissen to go“ bündelt das kompakt zusammengefasste Wissen aus allen drei Bänden im Smartphone. <<

Weiterbildung „Managementkompetenz im KH“

>> Angesichts der aktuell vorherrschenden Rahmenbedingungen in der Gesundheitsbranche werden für Leitungs- und Führungsaufgaben neben der originären Fach- und Sozialkompetenz zunehmend auch Managementkompetenzen verlangt. Führungskräfte in Medizin, Pflege und Verwaltung benötigen daher umfangreiche Kenntnisse in Ökonomie, Recht und Personalmanagement, um ihre Klinik wirtschaftlich und zukunftsorientiert und mit motivierten Mitarbeitern zu leiten.

Zur Vermittlung dieser Inhalte hat die Healthcare Akademie in enger Abstimmung mit Experten der verschiedenen Fachrichtungen die 9-tägige modulare Weiterbildung „Managementkompetenz im Krankenhaus“ entwickelt. In einem exklusiven Umfeld und in kleiner Gruppe von maximal 14 Teilnehmern werden Wissen und Kompetenzen für Führungsaufgaben vermittelt. Die Teilnehmer erlernen dabei nicht nur notwendige ökonomische und rechtliche Aspekte, sondern ebenso relevante praxisnahe Methoden der professionellen Mitarbeiterführung. Die Seminarreihe ist somit ideal geeignet für Ärzte mit Karriereperspektiven, Pflegekräfte mit

Leitungsaufgaben, Mitarbeiter aus Krankenhausverwaltung, dem Industrie- und Dienstleistungsbereich sowie von Aufsichts- und Betriebsräten.

Die Weiterbildung umfasst drei Seminarmodule im Umfang von jeweils drei Tagen sowie das Selbststudium zwischen den einzelnen Modulen. Zu diesem Zweck erhalten die Teilnehmer umfassende Seminarunterlagen, Literaturquellen sowie Begleitmaterial mit Übungsaufgaben als Ordner und auf einem USB-Stick.

In der Regel wird die Fortbildung einmal pro Jahr in den Seminarräumen der Healthcare Akademie in Münster angeboten. Der nächste Kurs startet am 08.09.2016. Für die Weiterbildung werden bei der Ärztekammer Westfalen-Lippe Fortbildungspunkte beantragt. Der Vorjahreskurs wurde mit 31 Fortbildungspunkten je Modul, das heißt mit insgesamt 93 Fortbildungspunkten anerkannt.

Anfragen und Anmeldungen richten an: Healthcare Akademie (HC&S AG), Lippstädter Straße 42, 48155 Münster, Tel.: 0251/28907-18, Fax: 0251/28907-77, eMail: seminare@hcs-consult.de, Internet: www.healthcare-akademie.de. <<

dip-Studie zur Familienpflege

>> Das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip), ein Institut an der Katholischen Hochschule NRW in Köln, hat eine Studie zur Familienpflege in Rheinland-Pfalz und im Saarland vorgelegt, die im Auftrag der Caritas-Arbeitsgemeinschaft der Sozialstationen Rheinland-Pfalz und Saarland durchgeführt wurde.

In die Untersuchung einbezogen wurden zehn Familienpflegedienste in der Trägerschaft von Caritasverbänden. Diese hatten alleine im Jahr 2014 rund 340 Familien in Krisen begleitet, in denen mehr als 800 Kinder lebten. Anlässe für Familienpflege sind vor allem gesundheitsbedingte Einschränkungen, Risikoschwangerschaften oder Überforderungssituationen von Müttern.

Ziel der Untersuchung war die Erhebung und Analyse der Tätigkeiten der Familienpflege, um auf dieser Basis einzuschätzen, wie wirksam und wichtig für betroffene Familien dieser Dienst ist. Ausgewertet wurden statistische Leistungsdaten, Interviews mit Leitungskräften, Mitarbeiterschaft sowie Familien, die vormals Leistungsbezieher waren. Diözesan-Caritasdirektorin Dr. Birgit Kugel erläuterte bei der Übergabe der

Studie, dass die Unterstützung für Familien in existenziellen Ausnahmesituationen aus Sicht von Kirche und Caritas eine originäre Aufgabe ist. „Wir haben in den vergangenen Jahren in hohem Maße Eigenmittel in die Familienpflege gesteckt, denn die derzeitigen Rahmenbedingungen und insbesondere die Finanzierung sind unzureichend“, so Kugel.

Die Ergebnisse zeigen, dass Notsituationen mit Unterstützung der Familienpflege bewältigt und Ressourcen der Familien nachhaltig gestärkt werden können. Prof. Frank Weidner, Leiter der Studie betonte: „Unsere Analyse belegt eindrucksvoll das Leistungsspektrum der Familienpflege. Leider wird ihre Bedeutung nicht genügend gewürdigt und die Finanzierung ist nicht gesichert.“

Die wichtigste Wirkung der Familienpflege besteht laut dip-Studie darin, die Notsituation in der Familie zu beruhigen und die Situation zu stabilisieren. Hauptziel ist es, dass die Familien ihre Selbständigkeit wiedererlangen, so dass das Kindeswohl wieder gesichert ist. Zum Einsatz kommen weit überwiegend professionelle Fachkräfte, die die Familien begleiten, unterstützen und bei Bedarf weitere Hilfeangebote vermitteln. Weidner stellte fest: „Ohne die Familienpflege, so sind sich alle einbezogenen befragten Familien sicher, wäre die Krise schlimmer, die Krankheit langwieriger und die Versorgung der Kinder deutlich schlechter gewesen.“

Die Studie kann unter www.dip.de kostenlos heruntergeladen werden. <<

Beginn der Konsultationsphase zur oralen Ernährung in der Pflege

>> Im vergangenen Jahr hat das DNQP gemeinsam mit einer 12-köpfigen Expertenarbeitsgruppe unter wissenschaftlicher Leitung von Prof. Dr. Sabine Bartholomeyczik mit der Aktualisierung des Expertenstandards „Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege“ begonnen. Der nun vorliegende Entwurf des Expertenstandards basiert auf einer Analyse der aktuellen Literatur zum Thema und der eingehenden

Diskussion des Wissensstandes durch die Expertenarbeitsgruppe. Mit der vom 1. Juni bis zum 29. Juli dieses Jahres über die DNQP-Website einsehbare Konsultationsfassung soll interessierten Personen aus Pflegepraxis und -wissenschaft sowie anderen Gesundheitsberufen die Möglichkeit gegeben werden, sich zur Aktualisierung zu äußern.

Das DNQP bittet bis zum 29. Juli um schriftliche Rückmeldungen oder Stellungnahmen zur Konsulta-

tionsfassung per E-Mail oder Brief an die DNQP-Geschäftsstelle. Das wissenschaftliche Team des DNQP und die Expertenarbeitsgruppe werden danach die eingereichten Rückmeldungen auswerten und bei der Aktualisierung des Expertenstandards berücksichtigen. Mit der Veröffentlichung des aktualisierten Expertenstandards „Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege“ ist im Herbst 2016 zu rechnen. <<

News

Bitte senden Sie News aus dem Bereich Pflege/Pflegewissenschaft per Mail an die Redaktion. Adresse: siehe Impressum.

Weidner: „Massive Verschiebung beim Personal“

>> Im Jahr 2004 wurde die Krankenhausfinanzierung in Deutschland grundsätzlich umgestellt. Seither gelten diagnosebezogene Fallpauschalen, d.h. Krankenhäuser bekommen heute pro Diagnose und Fall ein definiertes Entgelt. Vor dem Hintergrund dieses sogenannten DRG-Systems hat eine massive Verschiebung beim Personal und den Kosten insbesondere von der Krankenhauspflege auf die Ärzteschaft stattgefunden. Auf diesen Missstand hat Prof. Frank Weidner, Leiter des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip), auf dem Deutschen Pfl egetag 2016 in Berlin in einem Vortrag hingewiesen.



Prof. Frank Weidner (dip)

Demnach hat es in den zehn Jahren von 2004 bis 2014 in den verbliebenen rund 1.640 allgemeinen Krankenhäusern (- 10 %) einen Zuwachs von rund 31.500 Vollzeitstellen für Ärzte gegeben (+ 28 %). Bei der Pflege betrug der Anstieg lediglich 6.400 Vollzeitstellen (+ 2,3 %), wobei es in den Jahren zuvor bereits einen massiven Stellenabbau in der Pflege um mehrere zehntausend Stellen gegeben hatte. Die Personalkosten pro vollzeitbeschäftigten Arzt sind seit 2004 um 32.300 Euro (+ 38 %) gestiegen. Bei der Pflege sind sie lediglich um 7.700 Euro pro Vollzeitkraft (+ 17 %) gestiegen. Bezieht man die Inflationsrate für den Zeitraum in die Betrachtung mit ein (+ 19 %), sind die Personalkosten in der Pflege sogar gesunken.

Somit verwundert es auch nicht, dass die Gesamtpersonalkosten für die Ärzteschaft in diesen zehn Jahren um 7,3 Mrd. Euro (+ 76 %) angestiegen sind. Bei der Pflege betrug der Anstieg

rund 2,5 Mrd. Euro (+ 19 %). Erstmals lagen im Jahr 2012 die Personalkosten der Ärzteschaft im Krankenhaus über denen der Pflege. Bereits 2014 gaben die allgemeinen Krankenhäuser rund 1,4 Mrd. Euro mehr für alle Mediziner als für alle Pflegefachkräfte aus. Weidner: „Hätte man die Pflege im Krankenhaus seit 2004 so wie die Ärzteschaft entwickelt, dann würden heute zusätzliche 73.000 Vollzeitstellen für Pflegekräfte in den allgemeinen Krankenhäusern zur Verfügung stehen. Die Personalkosten für die Pflege würden um rund 7,4 Mrd. höher liegen und eine Pflegefachkraft würde rund 20% mehr verdienen.“

Pro Krankenhaus wären das rund 45 Stellen in der Pflege, d.h. pro Station rund 3 Stellen. Die Pflegeausdünnung hat Folgen sowohl für die Pflegenden, was sich in einem erhöhten Krankenstand und in Frühverrentungen zeigt, als auch für Patienten. In Studien des dip wurde wiederholt auf den Zusammenhang der problematischen Personalsituation und der Risiken in der Versorgungsqualität der Krankenhauspflege hingewiesen. <<

>> Seit Anfang des Jahres ist das Krankenhausstrukturgesetz in Kraft. Fachleute bezweifeln allerdings, dass die dadurch erhoffte Verbesserung der Qualität in der Patientenversorgung auf diesem Wege erreicht wird. Eine aktuelle Befragung unter rund 100 Klinik-Experten im Rahmen des Kongresses „KlinikManagementPersonal 2016“ bestätigt diese Skepsis: So sagten mehr als drei Viertel

ZQP: „Pflegebedürftige und Professionals ernst nehmen“

>> Viele Bürger sind verunsichert, ob wirklich alle Menschen in deutschen Pflegeeinrichtungen qualitativ gut versorgt werden. Dies geht aus einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung des Zentrums für Qualität in der Pflege (ZQP) hervor. Demnach glauben über 70 % der Befragten, dass die Pflegequalität von Einrichtung zu Einrichtung stark variiert.

Von denjenigen, die vermuten, dass häufig erhebliche Mängel in der Qualität professioneller Pflegeangebote vorkommen, macht die große Mehrheit (71 %) fehlendes Personal und eine daraus resultierende Arbeitsüberlastung als Hauptursache für Missstände verantwortlich.

Den mit Abstand größten Verbesserungsbedarf schätzen die Befragten im Bereich der persönlichen Zuwendung und Kommunikation, für die aus ihrer Sicht mehr Zeit zur Verfügung stehen sollte. Mehr als 85 % von ihnen halten dies für wichtig. Wenn es um den Patientenschutz von Pflegebedürftigen geht, geben 74 % der Befragten Medikationssicherheit, 63 % Hygiene und noch 53 % Schmerzmanagement als die wichtigsten Aspekte an.



Dr. Ralf Suhr (ZQP)

Die Einschätzung von stark unterschiedlichen Versorgungsqualitäten mag dazu beitragen, dass es für fast alle Deutschen (96 %) sehr wichtig ist, im Bedarfsfall verlässliche Informationen über die Qualität von professionellen Pflegeangeboten zu bekommen. Trotzdem würden sich derzeit offenbar nur sehr wenige Befragte bei der Auswahl einer ambulanten oder stationären Einrichtung gerne auf offizielle Bewertungen (5 %) stützen wollen.

„Unsere Ergebnisse untermauern, dass wir Pflegebedürftige und ihre Nächsten aber auch die in der Pflege Tätigen bei der Darstellung von Pflegequalität mehr als bisher ernst nehmen müssen“, erklärt dazu Dr. Ralf Suhr, Vorstandsvorsitzender des ZQP. Hier dürften Transparenzversprechen keine Mogelpackung sein. Doch sei der derzeit laufende Reformprozess eine Chance, nun ein belastbares Bewertungs- und Darstellungssystem zu liefern. Suhr: „Es ist zugleich eine Pflicht, den Nutzern aber auch den Erbringern von Pflegeleistungen aus einer Vertrauenskrise in das Transparenzsystem zu helfen.“ <<

Mehr Pflege – bessere Qualität

der Umfrageteilnehmer, dass die zusätzlichen Finanzmittel aus dem Reformgesetz nicht ausreichen, um eine höhere Qualität in der Krankenhausversorgung zu erreichen. „Die Krankenhausmanager haben auch ganz konkrete Vorstellungen, wie sie die gewünschten zusätzlichen Mittel investieren würden“, sagt Oliver Heitz, Partner bei Rochus Mummert Healthcare Consulting; und

zwar in die Pflege. So räumen die befragten Klinik-Experten mit 84 % einer Aufstockung des Pflegepersonals die größte Bedeutung auf dem Weg zur Qualitätsverbesserung ein. Während der Ansicht von 47 % der Befragten ein Plus an ärztlichem Personal auch ein Plus an Qualität mit sich bringt, stimmen dem 58 bzw. 66 % bei nicht-ärztlich-therapeutischen oder neuen Klinik-Berufen zu. <<

Bertelsmann-Stiftung publiziert einen Wegweiser für die ambulante pflegerische Versorgung

Die Macht der Kommunen

„Ambulant vor stationär“ lautet die Losung der Politik für die Entwicklung in der Pflege und dass die Kommunen hier ins Zentrum des Blickfeldes rücken, wird auch durch deren Stellenwert im Referentenentwurf des Dritten Pflegestärkungsgesetzes (PSG III) deutlich, das unter anderem kommunal initiierte Modellprojekte vorsieht. So stellt die Ende 2015 erschienene Publikation der Bertelsmann Stiftung „Pflege kommunal gestalten“, die als Abschlussbericht der Studie „Kommunale Gestaltungsmöglichkeiten bedürfnisorientierter Pflegestrukturen“ des Potsdam Centrum für Politik und Medien veröffentlicht wurde, den Status quo kommunaler Pflegestrukturen vor, um beeinflussbare Erklärungs- wie Steuerungsfaktoren zu identifizieren, damit die kommunale ambulante Pflege eine Stärkung erfahren kann.

>> „Alles steht und fällt mit der Motivation der Akteure“, erklärt Hans Jörg Rothen, Projektmanager des Programmes „Lebenswerte Kommune“ der Bertelsmann Stiftung und meint damit nicht nur kommunale politische Instanzen, sondern auch zivile Initiatoren oder Träger, die Motor für den Ausbau der kommunalen ambulanten Pflegestrukturen sein können. Dass diese gestärkt werden müssen, steht angesichts der im Jahr 2050 zu erwartenden Zahl von 4,5 Millionen Pflegebedürftigen (Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2010) wohl außer Frage.

Eine Ambulantisierung der Versorgungsstrukturen könnte die prognostizierte Versorgungslücke

des professionellen Pflegepersonals erheblich reduzieren, geben die Studienautoren an. Denn die Mehrheit der Pflegebedürftigen und auch der Angehörigen zieht eine ambulante pflegerische Versorgung im vertrauten Umfeld vor.

Große Heterogenität in den Versorgungsanteilen

Zur Untersuchung wurden bundesweit zehn Landkreise und sechs kreisfreie Städte ausgewählt, deren pflegerische Versorgungsstrukturen entweder besonders ambulant oder besonders stationär geprägt waren. Grundsätzlich ist anzumerken, dass seit der Jahrtausendwende der ambu-

lante Sektor (+2,4%) bundesweit keine entscheidende Stärkung gegenüber dem stationären Sektor (+1,3%) erfuhr, was sich bei der Betrachtung einzelner Landkreise und kreisfreien Städte wesentlich differenzierter darstellt. So verzeichnet beispielsweise der Kreis Elbe-Elster im Jahr 2011 einen Anteil von 39,6% des ambulanten Versorgungsanteils, während der stationäre bei 18,3% liegt. Ein gegensätzliches Bild zeigt sich im Kreis Oberholstein, dessen ambulanter Anteil der pflegerischen Versorgung 15,8% beträgt, der stationäre Anteil hingegen mit 45% sehr stark ausgeprägt ist.

Ähnlich heterogen zeigt sich die Entwicklung über den Be-

trachtungszeitraum von 1999 bis 2011: So hat die Stadt Weimar im ambulanten Sektor um 16,2% zugelegt, während in Fürth der ambulante pflegerische Versorgungsanteil um 10,9% zugunsten des stationären Sektors zurückging. Soziodemografische Faktoren spielen für die unterschiedliche Entwicklung laut Studienergebnissen mit 20% nur eine untergeordnete Rolle, denn mit 80% machen die Autoren externe, von den Kommunen beeinflussbare Faktoren als maßgeblich aus.

Von Pflicht- und freiwilligen Aufgaben

Rothen weist darauf hin, dass

Große Unterschiede zwischen Kommunen			
	Anteil Ambulant	Anteil Stationär	Anteil Pflegegeld
Deutschland ø	23,0 %	29,7 %	47,3 %
Beispielhafte Kommunen	Anteil Ambulant	Anteil Stationär	Anteil Pflegegeld
Kreis Elbe-Elster	39,6%	18,3%	42,1%
Stadt Aschaffenburg	32,2%	24,4%	43,3%
....			
Kreis Ostholstein	15,8%	45,0%	39,2%
Stadt Baden-Baden	12,3%	47,7%	40,0%

Abb. 1: Große Unterschiede zwischen Kommunen bei pflegerischen Versorgungsanteilen, Statischer Vergleich (Basisjahr 2011). Quelle: „Pflege kommunal gestalten“, Bertelsmann, 2016.

Starke kommunale Heterogenität 1999–2011			
	Anteil Ambulant	Anteil Stationär	Anteil Pflegegeld
Deutschland ø	+2,4 %	+1,3 %	-3,7 %
Beispielhafte Kommunen	Anteil Ambulant	Anteil Stationär	Anteil Pflegegeld
Stadt Weimar	+16,2%	-11,1%	-5,1%
Kreis Gütersloh	+10,0%	- 6,9%	-3,1%
....			
Zollernalbkreis	- 7,4%	+ 6,6%	+0,7%
Stadt Fürth	-10,9%	+14,0%	-3,1%

Abb. 2: Starke kommunale Heterogenität auch bei zeitlicher Entwicklung der pflegerischen Versorgungsanteile, Dynamischer Vergleich im Zeitverlauf (Basisjahre 1999–2011). Quelle: „Pflege kommunal gestalten“, Bertelsmann, 2016.



Hans Jörg Rothen

den Kommunen größtenteils hierarchische Steuerungsmöglichkeiten fehlen: Durch die Einführung der Pflegeversicherung haben sich viele Kommunen aus der Pflege zurückgezogen, da Steuerungskompetenzen auf Bundes- und Länderebene zentralisiert wurden.“

Während kommunale Pflichtaufgaben sich aus der Trägerschaft für die Hilfen zur Pflege (HzP) als Sozialleistung, der Zuständigkeit der Heimaufsicht – die Verankerung im Landesgesetz vorausgesetzt – sowie der in SGB XI und XII den Kommunen zugewiesenen Mitverantwortung für die pflegerische Versorgung der Bevölkerung ergeben, besteht der größere Aktionsbereich im freiwilligen Aufgabebereich der Daseinsvorsorge. Dieser ist als Rechtsbegriff in den Gemeindeordnungen zwar enthalten, aber nicht konkret definiert, da er dem gesellschaftlichen Wandel unterliegt, wie das Deutsche Institut für Urbanistik erläutert.

Doch trotz der beschränkten rechtlichen Möglichkeiten nimmt Rothen in den letzten zwei Jahren ein steigendes Interesse der kommunalen Politik am Thema Pflege wahr: „Gerade dort, wo Kommunen ihren eigenen Gestaltungsspielraum entdecken, entwickelt sich die ambulante Versorgung stark.“ Dieses proaktive Handeln sei notwendig, um ambulante Versorgungsstrukturen zu implementieren, so Rothen.

Bund und Länder sind gefordert

Die Akteure auf Bundes- und Landesebene müssen die Kommunen in ihrer Koordinations- und Initiierungsverantwortung unterstützen, um die ambulante Entwicklung voranzutreiben, fordern die Autoren. Als wirksames Instrument zur Unterstützung von kommunalen Akteuren in der Gestaltung lokaler Versorgungsstrukturen, identifizieren die Autoren beispielsweise die Einrichtung einer landesweiten Fachstelle „Pflegestrukturplanung“, die Kommunen konzeptionell begleiten könne, wie das Beispiel in Rheinland-Pfalz zeige. Auch die Umsetzung des Konzepts „Modellkommunen Pflege“ zur Erprobung neuer Beratungsstrukturen oder die Verbesserung des kommunalen Datenzugangs bezüglich regionaler Verteilung von Pflegebedürftigkeit und niedrigschwelliger Angeboten werden von den

Experten als geeignete Maßnahmen begrüßt und sind Ergebnisse der Bund-Länder-Arbeitsgruppe, die Vorschläge zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege erarbeitet hat.

Darüber hinaus sprechen sich die Experten für die Schaffung stärkerer finanzieller Anreize aus und fordern eine nachhaltige zusätzliche Finanzausstattung gemäß des Konnexitätsprinzips, damit die Umsetzung der empfohlenen Maßnahmen nicht von der Haushaltslage abhängt.

Das PSG III, das noch 2016 verabschiedet und zum 1.1.2017 in Kraft treten soll, setze bereits viele Forderungen um, doch Rothen ist ob der Effektivität des rechtlichen Weges nicht sicher und meint, „dass Druck keine Möglichkeit ist, diese Diskussion voranzutreiben, sondern eher die Erkenntnis, dass die Pflege ein ganz wesentlicher Punkt sein wird, der die Kommunen in

den nächsten Jahren beschäftigen muss und wird.“ Andererseits sieht er durchaus die Notwendigkeit, finanziell schlecht gestellten Kommunen Entwicklungsmöglichkeiten bei der Realisierung ambulanter Versorgungsformen zu geben, was auch durch das im PSG III festgelegte gesteigerte Engagement der Pflegeversicherung zum Tragen kommen soll. Rothen sieht die mit Steuerungsfunktionen ausgestatteten Pflegekassen in der Pflicht konstruktiv mitzuwirken, da „sonst keine Reform greifen wird“.

So hat es die Kommune aber grundsätzlich schon jetzt in der Hand, als neutraler Akteur alle Beteiligten zusammenzubringen und mehr Innovationen förderndes als kontrollierendes Gremium zu sein, um so die ambulante Versorgung in der Pflege voranzubringen. Rothen ist sich sicher: „Die Studie macht Mut, sich auf den Weg zu machen.“ <<

Vier zentrale Ansätze

Aus der Untersuchung ergaben sich vier zentrale Ansätze zur Stärkung der ambulanten Versorgung:

- 1. Aufbau effektiver Vernetzungsgremien vorantreiben:** Nur wenn alle lokalen Akteure zusammenarbeiten, können effektiv Versorgungslücken aufgezeigt und Kooperationen initiiert werden. Hierbei sollte die Kommunalverwaltung eine aktive Moderationsrolle übernehmen.
- 2. Aktive Nutzung von Gestaltungsmöglichkeiten der Kommunalverwaltung:** Obwohl die rechtlichen Möglichkeiten eingeschränkt sind, identifizieren die Studienautoren eine aktive Kommunalverwaltung sowie einen unterstützenden Sozialdezernenten mit einem ausdrücklichen Gestaltungsanspruch als wichtigen Steuerungsansatz. Diese Akteure sollen die Koordination von Vernetzungsgremien gewährleisten, partizipative Pflegestrukturplanungen initiieren wie auch ehrenamtliche Besuchsdienste und Nachbarschaftshilfe begleiten und fördern.
- 3. Kommunale Investoren- und Trägerberatung ermöglichen:** Als essenziell stellt sich eine Abstimmung unter den potenziell beteiligten Verwaltungsstellen inklusive der kreisangehörigen Gemeinden dar, die innovative ambulante Träger durch Investoren- und Trägerberatung entscheidend unterstützen können.
- 4. Auszeiten für pflegende Angehörige durch Tagespflege:** Die Entlastung der in die Pflege involvierte Angehöriger kann Heimeintritte hinauszögern und sollte somit von der Kommune unterstützt werden. Die Studienautoren weisen auf die Möglichkeit fundierter Beratung zu wirtschaftlichen und rechtlichen Anforderungen, Kontaktherstellung zu erfahrenen Tagespflegeträgern, Vermittlung von Grundstücken oder der „angebotsermöglichenden“ Interpretation von bau- und heimrechtlichen Anforderungen hin.

Interview mit Prof. Heinz Lohmann, Geschäftsführer der LOHMANN konzept GmbH

„Vom schneller zum anders arbeiten“

Prof. Heinz Lohmann hat viele Funktionen, meist in Verbindung mit der Wirtschaft. So ist er Professor der Hochschule für Angewandte Wissenschaften in Hamburg, Vorsitzender der Initiative Gesundheitswirtschaft e.V., Präsident des Gesundheitswirtschaftskongresses in Hamburg und des selbigen in Wien, sowie Wissenschaftlicher Leiter des Kongresses Krankenhaus, Klinik, Rehabilitation des Berliner Hauptstadtkongresses und tritt als Gastgeber der Fernsehreihe „Mensch Wirtschaft! bei HH1 auf. Mit seinem Unternehmen LOHMANN konzept unterstützt und begleitet er Unternehmen der Gesundheitswirtschaft bei Umstrukturierungsprozessen. „Monitor Pflege“ sprach mit ihm über seine doch etwas erklärungsbedürftige Einlassung, als er per Pressemitteilung anlässlich des Tarifvertrags an der Charité, der weitreichende Regelungen zur Mindestpersonalbesetzung in der Pflege vorsieht, kundgab: „Das war kein guter Tag für die Charité und die deutsche Krankenhauslandschaft.“

>> Prof. Frank Weidner, der Leiter des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip), wies in seinem Vortrag auf dem Deutschen Pflorgetag 2016 in Berlin darauf hin, dass es in der Dekade von 2004 bis 2014 in den verbliebenen rund 1.640 allgemeinen Krankenhäusern (- 10%) einen Zuwachs von rund 31.500 Vollzeitstellen für Ärzte gegeben (+ 28%), bei der Pflege jedoch nur von 6.400 Vollzeitstellen (+ 2,3%) gegeben hätte, wobei es in der Pflege in den Jahren davor bereits einen massiven Stellenabbau um mehrere zehntausend Stellen gegeben hatte. Weidners Fazit: „Hätte man die Pflege im Krankenhaus seit 2004 so wie die Ärzteschaft entwickelt, dann würden heute zusätzliche 73.000 Vollzeitstellen für Pflegekräfte in den allgemeinen Krankenhäusern zur Verfügung stehen. Stimmen Sie, Herr Prof. Lohmann, mit diesen Zahlen in etwa überein?

Es geht nicht darum, wie viele Krankenpflegekräfte in einem Krankenhaus insgesamt beschäftigt sind, sondern darum, möglichst viele ihrer Ausbildung und Qualifikation entsprechend für die Befriedigung der Bedürfnisse der Patienten einzusetzen. Wenn, wie entsprechende Studien immer wieder zeigen, 30-40% der Pflegeexpertinnen und -experten sachfremde Tätigkeiten in der Logistik, der Dokumentation, der Organisation u.s.w. erledigen müssen, machen solche Zahlenspiele keinen Sinn. Hier werden Humanressourcen im Improvisationstheater Krankenhaus „verplempert“, die wir uns heute schon nicht leisten können und in Zukunft sowieso nicht mehr zur Verfügung stehen.

Wie viel Personal allerdings eine hochqualitative Gesundheitsversorgung braucht, ist nicht bekannt. Einen Anhaltspunkt bringt das OP-Barometer 2015 - eine alle zwei Jahre von der Frankfurt University of Applied Sciences (Frankfurt UAS) durchgeführte Befragung zur Arbeitssituation von Pflegekräften im Operations- und Anästhesie-Bereich an

deutschen Krankenhäusern. Mehr als 47 % der Befragten geben an, dass aus ihrer Sicht die Patientengefährdung in den vergangenen zwei Jahren zugenommen hat. Nur rund 30 % der Befragten attestieren, dass sie genügend Personal haben, um die wachsenden Anforderungen zu bewältigen. Rund 61 % bemängeln eine sehr hohe Krankenquote. Der Organisationsgrad in den OP-Abteilungen wird nur von 47 % eher positiv bewertet, 60 % der Befragten sehen, dass die Hygienerichtlinien in ihren OP-Bereichen streng eingehalten werden. Irren sich die Befragten?

Nein, das sehen die Befragten genau richtig. Einfach nur immer neue Aufgaben in die überkommene völlig unzureichende Organisation zu stecken, führt auf die Dauer zu Frustrationen selbst bei den motiviertesten Mitarbeitern und zu Ängsten bei verunsicherten Patienten. Deswegen müssen wir in den Kliniken jetzt endlich vom schneller arbeiten zum anders arbeiten übergehen, wie es uns viele andere Branchen in den letzten 30 Jahren vorge-macht haben.

Die Qualität in der Patientenversorgung steht im Fokus des seit Anfang des Jahres in Kraft getretenen Krankenhausstrukturgesetzes. Eine aktuelle Befragung – von Rochus Mummert unter rund 100 Klinik-Experten im Rahmen des Kongresses „KlinikManagementPersonal 2016“ durchgeführt – ergab, dass mehr als drei Viertel

der Umfrageteilnehmer meinen, dass die zusätzlichen Finanzmittel aus dem Reformgesetz nicht ausreichen werden, um eine höhere Qualität in der Krankenhausversorgung zu erreichen. Allerdings räumen die befragten Klinik-Experten mit 84 % einer Aufstockung des Pflegepersonals die größte Bedeutung auf dem Weg zur Qualitätsverbesserung ein. Was meinen Sie dazu?

Krankenhäuser erwarten bei jeder Gesetzgebung mehr Geld, am Ende geht es eigentlich immer nur mehr Paragraphen. Manager, die ständig nach der Politik rufen, haben ihren Beruf verfehlt. Die gesellschaftli-



che Herausforderung, bei weiter aufgehender Schere zwischen steigender Nachfrage nach Gesundheitsleistungen und begrenzten Mitteln aus dem Sozialtransfer, besteht in Zukunft vielmehr darin, hervorragende Medizin zu bezahlbaren Preisen anzubieten. Die knappen Ressourcen müssen deshalb da eingesetzt werden, wo sie die größte Wirkung erzielen. Da künftig immer mehr Patienten auch Konsumenten werden, spielt die Qualität eine wachsende Rolle. Pflegekräfte, die beim Patienten sind und nicht mit der Blutprobe „schnell mal“ zum Labor hasten, sind hierbei in der Tat wichtig. Viel, hilft nicht viel.

„Das war kein guter Tag für die Charité und die deutsche Krankenhauslandschaft“ – so kommentierten Sie den kürzlich abgeschlossenen Tarifvertrag an der Charité, der weitreichende Regelungen zur Mindestpersonalbesetzung in der Pflege vorsieht. Was ist denn gegen eine Mindestpersonalbesetzung zu sagen?

Jede tarifliche oder gesetzliche Form von Personalquotierung behindert in der betroffenen Berufsgruppe dringend notwendige Innovationen. Wenn eine bestimmte Zahl von Pflegekräften verpflichtend beschäftigt werden muss, werden Investitionen in die Optimierung von Prozessen zur Verbesserung der Produktivität anderswo getätigt werden. Im Gegenteil, es besteht die Gefahr, die Pflege durch die Übertragung von einfachen Tätigkeiten aus anderen Berufsgruppen zu dequalifizieren.

Wer kann denn überhaupt diese „Mindestpersonalbesetzung“ auf welcher evidenten Basis definieren?

Niemand. Mindestpersonalbesetzungen werden immer politisch festgesetzt und haben mit der für Patienten entscheidenden Ergebnisqualität nichts zu tun.

Sie monieren auch, dass es kein Zukunftskonzept sei, eine anti-quierte Prozessorganisation und eine unzureichende technische Ausstattung einfach durch mehr Personal auszugleichen. Aber: Wie sieht denn der aktuelle Status überhaupt aus? Ist überhaupt bekannt, wie gut oder schlecht die derzeitige Prozessorganisation in der Pflege ist?

Moderne Methoden und Technologien, wie sie in anderen Branchen zur Prozessoptimierung verwendet werden, sind bei der Behandlung von Patienten bisher weitestgehend nicht zum Einsatz gekommen. Die Digitalisierung bietet jetzt die Möglichkeit, Workflow-Unterstützung zur Entlastung der Pflegekräfte von berufsfremden Tätigkeiten auch in Kliniken zu nutzen. Dafür sind nicht unerhebliche Finanzmittel erforderlich, die deshalb nicht an anderer Stelle sinnlos ausgegeben werden dürfen. Insgesamt stehen wir bei der Strukturierung der Behandlungsprozesse aber erst ganz am Anfang.

Sie meinen, dass es besser wäre, die verfügbaren Mittel für die Nutzung fortschrittlicher Methoden und Technologien einzusetzen, insbesondere solcher, die sich aus der Digitalisierung der Arbeitswelt ergeben. Wie kann denn beispielsweise eine Pflegerin, die nachts bis zu 52 Patienten betreuen muss, an den innovativen Entwicklungen teilhaben?

Auch im Nachtdienst der Pflege lassen sich durch Nutzung innovativer Technologien die Abläufe verbessern, etwa beim Einsatz von modernen Kommunikationsmitteln, die eine direkte Verständigung zwischen Pflegerin und Patient auch über räumliche Distanzen ermög-

licht. Es gibt immer noch Kliniken, in denen Pflegekräfte nachts die Medikation der Patienten vorbereiten müssen. Verblisterungsautomaten können hier zur Verbesserung der Betreuungssituation für die Patienten und zur Entlastung der Pflegenden führen. Im übrigen kann es in der geschilderten Situation äußerst sinnvoll sein, zwei Pflegerinnen einzusetzen. Die zusätzliche Kraft kann durch Nutzung digitalen Workflows an anderer Stelle gewonnen werden. Nachhaltigen Erfolg wird nicht derjenige haben, der am radikalsten spart, sondern derjenige, der die Ressourcen am produktivsten einsetzt. Humane Arbeitsbedingungen und wirtschaftlicher Mitteleinsatz sind keine Gegensätze.

Ihre Einschätzung, so meint ein Kritiker, dessen Leserbrief uns nach Veröffentlichung der Pressemitteilung auf www.monitor-pflege.de erreicht hat, meint, dass Ihre Einschätzung, das sei kein guter Tag für die Charité und die deutsche Krankenhauslandschaft gewesen“, wohl primär die Meinung ausbeutender Anbieter und ihrer Wirtschaftsverbände widerspiegelt. Was antworten Sie ihm?

„Ausbeutende Anbieter“ werden im Gesundheitsmarkt der Zukunft keinerlei Chancen haben, schon allein deshalb, weil Mitarbeiter immer knapper werden. Daher macht eine solche Position insbesondere wirtschaftlich keinen Sinn. Es geht allerdings künftig nicht darum, mehr Geld und mehr Personal zu verteilen, sondern um den optimierten Einsatz knapper Ressourcen. Erfolg wird nur derjenige haben, der trotzdem eine hervorragende Pflege bezahlbar realisiert und dabei auch noch attraktive Arbeitsplätze anbietet. Um eine grundlegende Modernisierung der Gesundheitsanbieter kommt deshalb niemand herum. Alles andere wird sich mittelfristig als Illusion erweisen.

Vielen Dank für das Gespräch. <<

Das Interview führte MoPf-Chefredakteur Peter Stegmaier.

„Jegliche Bodenhaftung verloren“

Kommentar zur Presse-Mitteilung „Personalquotierung in der Pflege ist falsches Signal“

„Offensichtlich hat Professor Lohmann jegliche Bodenhaftung und Kontakt zur Basis verloren. Technikeinsatz und Betriebsablaufoptimierung können sicher in vielen Betrieben wirtschaftliche Verbesserungen bewirken. Er ignoriert aber die Tatsache, dass Menschen nun mal von Menschen gepflegt werden wollen und müssen. Und er ignoriert dabei, dass die Zahl der Pflegekräfte deutlich erhöht werden muss, um menschenwürdige Pflege wenigstens ansatzweise wieder leisten zu können. Dazu sind Unternehmen gefordert, die Arbeitsbedingungen deutlich zu verbessern, mehr Menschen auszubilden und zu qualifizieren sowie angemessen zu bezahlen!

Seine Einschätzung „Das war kein guter Tag für die Charité und die deutsche Krankenhauslandschaft“ spiegelt wohl primär die Meinung ausbeutender Anbieter und ihrer Wirtschaftsverbände wider.

Seine Bemerkung „Quotenregelungen sind gefährlich“ beziehen sich dabei entsprechend in erster Linie auf die „Gefährlichkeit“ für Unternehmer, dass sie künftig für den Einsatz von mehr Personal mehr Geld ausgeben müssen. Insofern kann man seine Kritik als selbstenttarnter Anbieter-Lobbyist noch nachvollziehen - zu akzeptieren ist sie indes nicht!

Als Wissenschaftler und Autor zahlreicher Publikationen müsste man von ihm eigentlich mehr Verstand und Weitsicht erwarten können - seine Pressemitteilung lässt einen anderen Schluss zu ...“

Reinhard Leopold, HEIM-MITWIRKUNG,
Unabhängige Selbsthilfe-Initiative für Pflegebetroffene, Bremen

Arbeitgeber setzen sich häufig über geltendes Arbeitsrecht hinweg, zeigt eine DBfK-Studie

Frei-Zeit einfordern

Alarmierende Zahlen einer von Februar bis April durchgeführten sechswöchigen Meinungsumfrage unterstreichen die hohe Belastung der Pflegefachkräfte aus den Beschäftigungsorten Krankenhaus, Pflegeheim sowie der ambulanten Pflege und konterkarieren so die Bemühungen der Politik, sowohl den gravierenden Fachkräftemangel wie auch die daraus resultierenden Arbeitsbedingungen zu verbessern. Denn Zeitdruck und belastende Arbeitsverdichtung nehmen trotz politischer Bemühungen zu, analysiert die im Rahmen der DBfK-Kampagne 2016 „Mein Recht auf Frei“ entstandene Studie.

>> Die Pflegefachkräfte stecken in einem Dilemma: Zum einen sind sie chronisch überlastet, zum anderen fühlen sie jedoch ihre professionelle Verantwortung den pflegebedürftigen und kranken Menschen gegenüber: „Das macht sie erpressbar“ und lasse die beruflich Pflegenden unter unzumutbaren Bedingungen weiterarbeiten, resümieren die Autoren der Studie. Von der Politik verschleppte Optimierungspotenziale, die die Studienautoren beispielsweise in der im Rahmen der Krankenhausreform gesetzlich vorgeschriebenen Personalbemessung identifizieren, trügen zur Verschärfung des Problems bei.

So standen bei der Meinungsumfrage, die vom 29.2.2016 bis 17.4.2016 durchgeführt wurde und aus deren Teilnehmerkohorte 3.299 Meinungen Fachberufstätiger (25,6 % Männer, 74,4 % Frauen) ausgewertet wurden, Fragen zur Dienstplanung und zur Pausenregelung mit obligatorischer Antwort sowie soziodemografische Fragen zur freiwilligen Beantwortung im Zentrum.

Wenig Planungssicherheit

Die vornehmlich im Krankenhaus arbeitenden Befragungsteilnehmer (60,4 %) haben meist 4 Wochen im Voraus ihren Dienstplan auf dem Tisch (41,8 %) und können damit Alltagsanforderungen wie Arztbesuche, Einkäufe o.ä. oder auch soziale Aktivitäten besser planen als das



DBfK-Präsidentin Prof. Christel Bienstein: „Mein Recht auf Frei“.

Personal in Pflegeheimen, das zu 48,6 % mit einer Planungssicherheit von 2 Wochen auskommen muss. Ähnlich schlecht ergeht es den ambulant Pflegenden, die mit rund 40 % ebenfalls hier unzumutbare Rahmenbedingungen hinnehmen müssen.

Zudem geben 58,1% der Teilnehmer an, nur wenig Einfluss auf die Erstellung des Dienstplanes zu haben, was sich in der Möglichkeit des kurzfristigen Diensttausches als Negativtrend fortsetzt, denn für 52,6 % stellt sich das Tauschen als „sehr schwierig“ dar. Die schlechtesten Voraussetzungen hat hier das Pflegepersonal in stationären Einrichtungen mit 55,6 %, gefolgt von der ambulanten Pflege (54,2 %) und dem Krankenhaus (51,1 %), wobei in letztgenannter Einrichtungsart 46,8 % das Tauschen als recht einfach angegeben. Das können Angestellte

im Pflegeheim (37,5 %) und in der ambulanten Pflege (38,4 %) nicht in dieser Deutlichkeit behaupten, müssen sie nämlich im Gegenzug häufiger kurzfristige Schichten aufgrund arbeitsorganisatorischer Erfordernisse, wie zum Beispiel Mitarbeiterausfall, übernehmen. Insgesamt sieht sich rund die Hälfte der Befragten gezwungen 1 bis 2 Mal im Monat einzuspringen, ein Drittel ist hier 3 bis 5 Mal gefordert und 9,1 % müssen häufiger als 5 Mal zusätzlich antreten.

Das Team als Motor

Dabei steht der empfundene Druck, das Team nicht hängen zu lassen mit 80,8 % aller Befragten ganz oben auf der Liste der Motivation für die kurzfristige Dienstübernahme (hier waren Mehrfachnennungen möglich). 37,3 % geben allerdings eine Dienstverpflichtung – die laut Studienautoren im Arbeitsrecht nicht vorhanden ist – als Grund für den zusätzlichen Einsatz an, während gerade im Pflegeheim die Angestellten aus einem Verantwortungsgefühl dem Wohl der zu Pflegenden gegenüber heraus einspringen, wie 58,2 % angeben. Diesem Gefühl folgen im ambulanten Dienst 54,9 %, während im Krankenhaus die empfundene Verpflichtung dem Patienten gegenüber mit 43,4 % als Grund für den zusätzlichen Einsatz angegeben wird. Hier steht deutlich der soziale Druck des

Teamgedankens im Vordergrund. Auch die Loyalität zum Arbeitgeber spielt eine Rolle, wie Freitext-Antworten in diesem Bezug deutlich machen und durchaus nicht allen Befragten kommt die zusätzliche Übernahme von Schichten ungelegen, da 8,5% der Befragten keine Belastung dadurch verspüren und die finanziellen Vorteile schätzen. Allerdings fühlt sich das Gros bei der Frage nach der Belastung durch zusätzlich übernommene Schichten, die auch wieder Mehrfachnennungen zuließ, durchaus belastet, da das Privatleben wenig planbar ist (66,7 %) und Erholung (67,6 %) sowie Freizeit (63 %) auf der Strecke bleiben.

Als bemerkenswert identifizieren die Studienautoren die Tatsache, dass, obwohl kurzfristiger Mitarbeiterausfall zur Personalwirtschaft dazugehört und bei der Personalbemessung einkalkuliert werden muss, nahezu keine Vorsorge dazu in den Einrichtungen getroffen wird. 73,9% aller Befragten geben an, dass in ihrer Einrichtung kein Konzept zur Überbrückung bei Mitarbeiterausfall vorhanden ist.

Immerhin 8,8 % berichten von der Erarbeitung eines Vertretungskonzeptes, was bei nur 14,4 % im krankheitsbedingtem Ausfall bereits vorliegt. Hier ist also noch deutlich Luft nach oben, wie auch bei den Pausenregelungen, die im Rahmen der Studie als zweiter Aspekt unter die Lupe genommen wurden.

Wenig Zeit zum Luftholen

Unter den optionalen Mehrfachnennungen sind mit 478 Befragten nur 14,6 % der Studienteilnehmer mit dem Privileg fester Pausenzeiten ausgestattet. Die Mehrheit (64,6 %) legt eine Pause ein, wenn der Arbeitsanfall es ermöglicht. Dabei liegen die im ambulanten Bereich Tätigen mit 75,7 % dabei noch einmal deutlich über dem Durchschnitt, was bedauerlicherweise auch auf die Dauer und Nutzungsmöglichkeit einer gesetzlich vorgeschriebenen 30-minütigen Pause zutrifft, da 34,2 % der ambulant Pflegenden diese nie in dieser Form nutzen. Das trifft im Durchschnitt auf 19,6 % aller Teilnehmer zu. Daneben scheint es jedoch Einrichtungen zu geben, die hier bessere Lösungen anbieten, denn 23,1 % geben an, häufig (in der Regel jeden Tag) die Pause in entsprechendem Umfang nutzen zu können, darunter auch 27 % des Pflegepersonals in der ambulanten Pflege. Betrachtet man allerdings die tatsächlichen Pausenzeiten zeigt sich, dass rund 50 % der Teilnehmer nicht länger als 15 Minuten pausieren, lediglich 23,7 % können sich bis zu 30 Minuten erholen.

„Gute Arbeitgeber legen Wert darauf, dass sich die Mitarbeiter/innen auf ihre Freizeit und Pausenregelungen verlassen können. Reduzierte Krankheitsmeldungen und steigende Motivation sind die Ergebnisse dieser Anstrengungen“, so DBfK-Präsidentin Prof. Christel Bienstein und fordert mit der Aktion „Mein Recht auf Frei“ beruflich Pflegenden auf, sich gegen Zugriffe auf ihre Freizeit zu wehren und die gesetzlichen Pausen einzufordern.

Weitere Infos über die Studie: www.dbfk.de <<

Kuhlmei: „Pflege als gesamtgesellschaftliche Aufgabe sehen“

>> Die meisten pflegenden Angehörigen kennen die zusätzlichen Unterstützungsangebote der gesetzlichen Pflegeversicherung. Genutzt werden sie aber häufig nur von einer Minderheit. Das ergibt eine aktuelle Befragung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDo) unter 1.000 pflegenden Angehörigen im Rahmen des Pflege-Reports 2016. Gleichzeitig sagt jeder vierte Pflegehaushalt, der weder Pflegedienst noch Tagespflege oder Kurz- und Verhinderungspflege in Anspruch nimmt, dass er genau diese Leistungen eigentlich benötige.

Unter den Nutzern der zusätzlichen Entlastungsleistungen ist die Zufriedenheit hoch, und das professionelle Pflegepersonal wird als kompetent eingestuft. Allerdings werden mit Ausnahme des Pflegedienstes (Nutzung durch 64 Prozent) alle anderen Angebote von weniger als jedem fünften Befragten in Anspruch genommen.

Als Gründe werden zum Beispiel Kosten, mangelnde Erreichbarkeit oder schlechte Erfahrungen angegeben. Die am häufigste genannte Ursache ist jedoch: Viele Pflegebedürftige wollen nicht von einer fremden Person gepflegt werden.

Antje Schwinger, Pflegeexpertin des WiDo und Mitherausgeberin des Reports, sieht hier Barrieren. „Wir müssen die Bedürfnisse der Betroffenen noch besser verstehen und gleichzeitig mit guter Beratung und niedrigschwelligen Angeboten überzeugen. Allerdings zeigt sich hier auch ein tief sitzendes Selbstverständnis von familiärer Pflege, in das Pflichtgefühl und Scham mit hineinspielen.“ Angesichts der Umfrageergebnisse unterstreicht der Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbands,

Martin Litsch, die Bedeutung von gezielter Beratung. „Die AOK-Pflegekasse hat rund 700 Pflegeberater im Einsatz. Diese kommen auf Wunsch auch zu den Menschen nach Hause und klären in einem persönlichen Gespräch den konkreten Hilfebedarf. Dann wird gemeinsam ein individueller Versorgungsplan aufgestellt.“ Dass Beratung wichtig ist, auch das geht aus der WiDo-Befragung hervor. Immerhin drei Viertel der Nutzer von Beratungsgesprächen geben an, dass ihnen diese geholfen haben.

Gleichzeitig fordert Litsch eine Straffung bei den Regelungen. „Die Pflegeversicherung hat sich bewährt. Aber wir müssen ihre Leistungen noch einfacher und flexibler gestalten.“ Zum Beispiel könne man die beiden Leistungen „Verhinderungspflege“ und „Kurzzeitpflege“ zusammenlegen. „Statt hier zwei verschiedene Regelungen und Budgets vorzusehen, sprechen wir uns für die Bündelung aus. Es geht um 3.224 Euro für 14 Wochen je Kalenderjahr. Pflegenden Angehörige wissen selbst am besten, wie sie während einer Auszeit das Geld am sinnvollsten einsetzen können.“

Die Arbeitsleistung von pflegenden Angehörigen veranschaulicht der Chef des AOK-Bundesverbandes mit einer einfachen Rechnung. „Wenn man die Stundenzahl, die pflegende Angehörige aufwenden, mit dem heutigen Mindestlohn multipliziert, dann liegt die Wertschöpfung bei sage und schreibe rund 37 Milliarden Euro pro Jahr. Eine gewaltige Summe, wenn man bedenkt, dass die Pflegeversicherung selbst nur ein Einnahmenvolumen von rund

26 Milliarden Euro umfasst.“

Der spezifische Versorgungsmix aus familiärer und professioneller Pflege biete zwar gute Voraussetzungen für die Bewältigung des steigenden Pflegebedarfs, so die Mitherausgeberin des Reports, Prof. Adelheid Kuhlmei, aber dazu müssten die vorhandenen Potenziale auch voll ausgeschöpft werden. „Entwicklungsmöglichkeiten für die professionelle Pflege liegen in der gemeinsamen Ausbildung von Gesundheits-, Kranken- und Altenpflege sowie der weiteren Akademisierung.“ Man wisse



Martin Litsch (AOK-Bundesverband)

aus anderen Ländern, dass die Akademisierung der Pflege- und anderer Gesundheitsberufe sich äußerst positiv ausgewirkt habe. „Bildung und Aufwertung, das ist die zentrale Botschaft, die wir dem Report entnehmen können.“ Zugleich betont Kuhlmei, Pflege endlich als gesamtgesellschaftliche Aufgabe zu sehen: „Das Engagement der Städte und Gemeinden ist bisher noch sehr unterschiedlich ausgeprägt.“ Spätestens mit dem Pflegestärkungsgesetz müsse es aber auch auf kommunaler Ebene zu Veränderungen kommen.

Damit spielt Kuhlmei auf die Förderung von regionalen Quartierskonzepten an, für die pro Kreis oder kreisfreie Stadt seit 2016 jährlich 20.000 Euro zur Verfügung stehen und auch für Pflege eingesetzt werden sollten.

Mehr Unterstützungsmöglichkeiten sieht Kuhlmei noch an anderer Stelle: „Pflege ist überwiegend noch Frauensache. Die Gleichstellungsdebatte sollte auch auf diesen Bereich ausgeweitet werden.“

Mehr Infos: www.wido.de <<

Coloplast-Studie: Inklusion Chronisch Kranker

„Viel Luft nach oben“

Auf den ersten Blick sieht man sie oft nicht, doch sie behindern den Alltag der Betroffenen ungemein: Chronische Erkrankungen und Behinderungen machen vielen Menschen die Teilnahme am alltäglichen Leben schwer. Die Studie „Inklusion in Beruf und Alltag“ der Coloplast GmbH zeigt jedoch, dass auch den Bundesbürgern dieser Nachteil bewusst ist: 86 Prozent der 1.000 durch das Meinungsforschungszentrum Forsa telefonisch befragten Deutschen sehen Handlungsbedarf bei der Inklusion Chronisch Kranker und Menschen mit Behinderung.

>> Die breite Mehrheit der Deutschen fürchtet sich im Falle einer Erkrankung an einem intimen chronischen Leiden wie Inkontinenz vor einer eingeschränkten Lebensqualität. Einfache Freizeitaktivitäten könnten demnach schon zum Problem werden, wie auch längere Fahrten und Urlaubsreisen von drei von vier Deutschen als stark bis sehr stark eingeschränkt durch die Beeinträchtigung eingeschätzt werden. Darüber hinaus befürchten 71 Prozent sportlichen Aktivitäten und 65 Prozent anderen Freizeitaktivitäten, wie Kino- oder Konzertbesuchen, nur rudimentär nachgehen zu können. Starke oder sehr starke Einschränkungen erwarten 65 Prozent der im Rahmen der repräsentativen Studie Befragten bei der Verrichtung von Alltagstätigkeiten wie zum Beispiel dem Einkaufen.

Größere Akzeptanz durch Austausch

Um eine möglichst große Teilhabe am gesellschaftlichen Leben im Falle einer Chronischen Erkrankung zu ermöglichen, ist den Studienergebnissen zufolge allerdings eine größere Akzeptanz der Betroffenen und deren Einschränkungen von Nöten. „Viele an chronischer Inkontinenz Erkrankte könnten mit wenig Aufwand am gesellschaftlichen Leben teilnehmen. Durch ihre sehr persönlichen Einschränkungen haben sie allerdings Angst vor

Ablehnung und sprechen nicht darüber“, sagt Pascal Sandvoß, Director Human Resources von Coloplast Deutschland. Er sieht in Inklusionsprogrammen das größte Potenzial, mehr Menschen am beruflichen Alltag teilhaben zu lassen. Denn Maxime müsse das Erreichen einer größeren Akzeptanz chronischer Erkrankungen sein, gibt Sandvoß an und macht am Beispiel der Indikation Diabetes mellitus deutlich: „Sobald eine Krankheit kein Tabu in der Gesellschaft mehr ist, gelingt die Inklusion deutlich besser“.

Das wird auch durch die Untersuchungsergebnisse untermauert, die darlegen, dass offene thematisierte Erkrankungen wie Diabetes oder auch Rückenleiden nach Ansicht der Studienteilnehmer relativ geringe Inklusionsmaßnahmen am Arbeitsplatz erfordern – im Verhältnis zu Krebserkrankungen oder auch dauerhaft körperlichen Beeinträchtigungen, wie beispielsweise einer Querschnittslähmung. Denn sehen 22 Prozent deutlichen Handlungsbedarf bei der beruflichen Eingliederung von Diabetikern, so machen 53 Prozent diesen bei dauerhaften Beeinträchtigten und sogar 56 Prozent bei Menschen mit schweren Erkrankungen wie z.B. Krebs aus.

Den positiven Umfragewerten, die Offenheit gegenüber Menschen mit chronischen Erkrankungen signalisieren, muss nun noch gelebte Akzeptanz folgen. Doch genau das scheint

gerade bei persönlichen chronischen Erkrankungen wie zum Beispiel Inkontinenz schwierig, denn im Falle eines derartigen Leidens geben rund zwei Drittel der Deutschen an, offen mit ihren sehr engen Freunden darüber sprechen zu wollen, was laut Erkenntnissen der Studie aber nicht einmal jeder zweite Betroffene tatsächlich umsetzt. Damit drohe ein Verlust der sozialen Kontakte. Als primäre Ansprechpartner werden der Arzt und die nächsten Angehörigen ausgemacht, während die Anonymität eines Online-Forums mehr als jeder dritte Deutsche zwischen 18 und 44 Jahren im Falle einer chronischen Erkrankung zum Austausch nutzen würde.

Das Unternehmen stärken

Neben dem Austausch ist den Untersuchungsergebnissen zufolge die Wahl der Hilfsmittel ein essenzieller Aspekt für die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Das Angebot ist groß und laut Studie finden sich für jeden individuell angepassten Produkte. Gerade bei dem Krankheitsbild der Inkontinenz werten die Deutschen es mit 94 Prozent als wichtig oder sehr wichtig, sich die passenden Hilfsmittel hier aussuchen zu können. 92 Prozent wäre es wichtig oder sehr wichtig, dass ihre Krankenkasse bzw. Krankenversicherung die damit verbundenen Kosten vollständig übernimmt, während die psy-

chologische Betreuung oder der Besuch von Selbsthilfe-Gruppen hier mit 58 beziehungsweise 42 Prozent das Schlusslicht in der Hilfsmittel-Hierarchie darstellen. Allerdings spielt bei dieser Bewertung das Alter eine große Rolle: denn während 68 Prozent der 18- bis 29-Jährigen im Fall einer Inkontinenzkrankung auf psychologische Betreuung setzen würden, würden diese nur 46 Prozent der über 60-Jährigen wahrnehmen.

Dass die Inklusion Chronisch Kranker nicht nachteilig für ein Unternehmen sein muss, wird darin deutlich, dass 70 Prozent der Befragten chronisch Erkrankte oder Menschen mit Behinderung als die soziale Kompetenz stärkende Faktoren wahrgenommen werden. Weiterhin betrachten 61 Prozent die Inklusion als wichtigen oder sehr wichtigen Beitrag zum Fachkräfteteehalt. „Gerade in Zeiten des Fachkräftemangels kann es sich die deutsche Gesellschaft nicht leisten, Leistungsträger vom Berufsleben auszuschließen“, sagt Michael Zwick, Geschäftsführer Coloplast Deutschland. Außerdem sehen die Befragten im erhöhten Kreativitätspotenzial durch die lebenserfahrenen Betroffenen wie auch in der höheren Attraktivität eines verantwortungsvollen Arbeitgebers Wettbewerbsvorteile für die Inklusion praktizierenden Unternehmen. <<

von: MoPf-Redakteurin
Kerstin Müller

Dipl.-Berufspad. (FH) Claudia Oetting-Roß
 Dr. med. Ralf Suhr
 Daniela Sulmann
 Prof. Dr. Sc. (Health) Andreas Büscher

Konzepte zur Beratung im Rahmen der Pflege- versicherung

70 Prozent aller pflegebedürftigen Menschen werden in familialen Beziehungs- und Wohnkonstellationen versorgt und begleitet (Statistisches Bundesamt 2015). Angehörige übernehmen oft den Hauptteil der pflegerischen Leistungen. Damit dies dauerhaft gelingt, benötigen sie Wissen und pflegerische Kompetenzen. Durch Beratung werden Informationen weitergegeben und Lernprozesse initiiert, zudem erhalten Ratsuchende Entlastung und Unterstützung (Hüper/Hellige 2012; Schaeffer/Dewe 2012). Beratung kann zur Qualität und Stabilität häuslicher Pflegearrangements beitragen und im Idealfall erfahren Ratsuchende durch Beratung Orientierung, Begleitung und eine Reflexionsmöglichkeit ihrer Situation (Büscher/Dorin 2014). Entsprechend wird der Beratung in der Pflegeversicherung eine hohe Bedeutung zugeschrieben. Familiäre Pflegearrangements zu stärken und die Eigenverantwortung der Versicherten durch Beratung zu unterstützen, ist gesetzlich verankerter Auftrag. Festgeschriebene Beratungs- bzw. Schulungsanlässe finden sich im SGB XI in den §§ 37 Abs. 3, 45 und § 7a.

>> Für pflegebedürftige Menschen, die Geldleistungen in Anspruch nehmen, sind Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI verpflichtend. Mit jährlich über zwei Millionen Beratungen ist der „Pflegeeinsatz zur Qualitätssicherung“ (Emmrich et al. 2006) der wohl häufigste Beratungsanlass. Er erreicht auch Haushalte, die keine weiteren professionellen Hilfen nutzen. Daher kann diese Form als wichtige „externe“ und qualitätssichernde Ressource verstanden werden, die jedoch nicht in ausreichendem Maße genutzt wird (Büscher et al. 2010). Eine weitere gesetzlich vorgesehene Beratungsoption sind Schulungskurse gem. § 45 SGB XI zur pflegfachlichen und emotionalen Unterstützung pflegender Angehöriger, in Gruppen oder als häusliche Schulungen. Letztere tragen dem Wunsch vieler Angehöriger nach individueller Beratung zu Hause Rechnung (Palesch 2012). Ein dritter gesetzlich verankerter Anspruch ist das Recht auf Pflegeberatung gem. § 7a SGB XI für alle Personen, die Leistungen nach dem SGB XI beziehen oder beziehen werden. Neben der Information zielt diese Leistung auf eine umfassende Unterstützung, z. B. bei der Initiierung und Überwachung individueller Versorgungsmaßnahmen. Die Umsetzung gestaltet sich je nach Pflegekasse und Bundesland überaus heterogen (Klie et al.

Zusammenfassung

Zur Unterstützung pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen wurden innerhalb der Pflegeversicherung verschiedene Möglichkeiten der Beratung etabliert. Bislang ist nur wenig dazu bekannt, auf welcher konzeptionellen Grundlage die Beratung erfolgt. Ziel der dargestellten Bestandsaufnahme ist es, Aussagen über die inhaltliche und strukturelle Ausgestaltung der Beratung im Rahmen der Pflegeversicherung zu treffen und Weiterentwicklungsbedarf zu identifizieren. Auf Basis einer umfassenden Recherche konnten 91 Beratungskonzepte unterschiedlicher Reichweite aus der Beratungspraxis analysiert werden. Die für die Analyse entwickelten Kriterien lassen sich den übergeordneten Dimensionen Nutzer, Beratungsprozess sowie Qualität zuordnen. Differenziert nach Beratungsanlässen im Rahmen der Pflegeversicherung unterscheiden sich analysierte Konzepte im Grad der Offenheit, hinsichtlich des zu Grunde liegenden Beratungsverständnisses und in der Orientierung am individuellen Unterstützungsbedarf. Konkreter (konzeptioneller) Weiterentwicklungsbedarf wird in der Verknüpfung von wissenschaftlichen Erkenntnissen mit konkretem Beratungshandeln ebenso deutlich wie im grundsätzlichen Bedarf nach definitorischer Klärung. Gleichzeitig verdeutlicht die Analyse die Notwendigkeit einer stärkeren Nutzer- und Bedarfsorientierung, um individuellen Pflegesituationen gerecht werden zu können.

Schlüsselwörter

Beratung, Beratungskonzepte, Pflegeversicherung, Qualität, familiäre Pflege

2012). Der Beratung nach § 7a liegt in der gesetzlichen Formulierung ein prozesshafter Charakter zugrunde, der sich in seiner Struktur am Case Management orientiert (Klie/Monzer 2008).

Studien zur Pflegeberatung

Über die Ausgestaltung von Beratungshandeln in der Pflegeversicherung existieren nur wenige empirische Belege. Zudem besteht ein Ungleichgewicht in der Datenlage zu den drei skizzierten Beratungsanlässen. Studien zur Beratung gemäß § 7a SGB XI durch Pflegestützpunkte (PSP) überwiegen. Die Unterschiede in den Studien spiegeln die Vorgehensweise bei der Etablierung von Pflegestützpunkten nach § 92c SGB XI, die in den Bundesländern unterschiedliche Strukturen hervorgebracht hat. Beratungsbesuche zum wohl häufigsten Anlass gem. § 37 Abs. 3 SGB XI und Beratungsaktivitäten gem. § 45 SGB XI sind kaum empirisch untersucht.

Die Datenlage zur Beratung nach § 7a SGB XI variiert. In der Fragestellung, im Forschungsdesign oder im Zeitrahmen der Evaluierung weisen die nahezu in jedem Bundesland durchgeführten Studien große Unterschiede auf (vgl. Gröning 2011; Landesministerium für Soziales, Gesundheit und Familien 2013; Böttcher et al. 2013; Joost/Metzenrath 2012; Rothgang 2012). Daher lassen sie kaum übergeordnete Rückschlüsse zu und verdeutlichen, dass selbst eine Vergleichbarkeit der Pflegestützpunkte auf Landesebene aufgrund unterschiedlicher Herangehensweisen und Schwerpunkte kaum möglich ist (Döhner et al. 2011).

Weitere Arbeiten (Schmidt-Kähler 2007; ZEFIR 2013) zeigen eine hohe Zufriedenheit der Nutzer/-innen sowie ein vielfältiges Spektrum an Beratungsinhalten. Sie identifizieren Entwicklungsbedarfe, z. B. beim Zugang zur Beratung, der Umsetzung des Fallmanagements und der Kooperation mit Netzwerkpartnern. Konkrete Erkenntnisse zur Ausgestaltung von Beratungssituationen, zu Interaktion und Gesprächsführung fehlen oder geben wenig Aufschluss über das

Analysierte Pflegeberatungskonzepte im Kontext der Pflegeversicherung							
Inhaltliche Schwerpunkte	Beratung nach § 37 Abs. 3	Schulungen für Angehörige nach § 45	Häusliche Schulungen nach § 45	Beratung Hilfestellung nach § 7a	Übergeordnete Konzeptionen	Lehrpläne und Curricula	Anzahl (%)
Akteure							
Anbieter (Verbände und freie gemeinnützige Träger)	7	2	3	9	1	2	24 (26,37%)
Kassen (privat)					1		17 (18,67%)
Kassen (gesetzlich)	1		1	6	6	2	
Bund/Länder/Kommunen	1			9	3		13 (14,29%)
Sonstige (Vereine, Interessenvertretungen etc.)	2			1	6	2	11 (12,10%)
Projektberichte, wissenschaftliche Beiträge, Qualifizierungsarbeiten	2		2	9	12	1	26 (28,57%)
Anzahl (%)	13 (14, 29%)	2 (2,20%)	6 (6,95%)	26 (28,57%)	37 (40,66%)	7 (7,69%)	91 (100%)

Tab. 1: Analysierte Pflegeberatungskonzepte im Kontext der Pflegeversicherung. Paragraphen: alle SGB XI.

Beratungshandeln. Aufsuchende Pflgetrainings in der häuslichen Umgebung und Initialpflegekurse nach § 45 SGB XI werden als gute Vorbereitung auf die häusliche Pflege erlebt (Gröning 2011). Empirische Studien zur Nutzerperspektive verdeutlichen u. a., dass primär individuelle Situationen und das Erleben Gegenstand von Beratung im SGB XI sein sollten (Nickel et al. 2010; Heinrich et al. 2013).

Fragestellung

Diese Bestandsaufnahme geht im Rahmen der Perspektivenwerkstatt des Zentrums für Qualität in der Pflege (ZQP) „Qualität in der häuslichen Pflege – Potenziale von Beratung und Schulung“ der Frage nach, auf Basis welcher konzeptionellen Grundlage Beratungshandeln im Rahmen der Pflegeversicherung gestaltet wird. Ziel ist es, Praxis-konzepte zur Pflegeberatung zu analysieren und Aussagen über die derzeitige inhaltliche und strukturelle Ausgestaltung von Beratungshandlungen zu treffen sowie Weiterentwicklungsbedarf aufzuzeigen.

Methodik und Datengrundlage

Um Erkenntnisse über die Ausgestaltung von Beratung zu erlangen, wurden bestehende Konzepte unterschiedlicher Anbieter gesichtet (Tab. 1). In einem ersten Schritt wurden die „Praxiskonzepte“ über eine Internetrecherche identifiziert. Die Suchergebnisse wurden kategorisiert nach (a) freigemeinnützige und private Leistungserbringer, (b) gesetzliche und private Kranken- und Pflegeversicherungen, (c) Bund, Länder, Kommunen und (d) Sonstige wie Interessenvertretungen, Stiftungen etc. Im zweiten Schritt erfolgte eine zielgerichtete Recherche auf Internetseiten von Trägern und

Anbietern der vier Gruppen, ergänzt um direkte Anfragen bei 16 (Dach-)Organisationen. Der Rücklauf betrug rund 50%. Weiterhin wurden wissenschaftliche Publikationen auf Aussagen zur inhaltlichen Gestaltung von Beratung im Kontext der Pflegeversicherung und deren praktischer Umsetzung geprüft.

Mit 91 Dokumenten wurde das Ziel der Recherche erreicht, das gesamte Spektrum des Beratungshandelns an Akteuren und inhaltlichen Schwerpunkten abzubilden (Tab. 1). „Sonstige“ Akteure wie Berufsverbände, Interessenvertretungen oder Gesellschaften stellen die wenigsten Konzepte – qualitativ betrachtet sind ihre Ausarbeitungen meist jedoch umfassender und tiefergehend. Übergeordnete Konzeptionen zu mehr als einem Beratungsanlass bilden mit 40 die Mehrzahl. Nach Sichtung der Konzepte und orientiert an der Fragestellung sowie theoretischen Beratungsanforderungen (Ansen 2012; Vogel 2007; Schneider 2005), wurden drei Analysedimensionen und differenzierende Kriterien entwickelt (Tab. 2), um die Bestandsaufnahme zu strukturieren und eine Systematik für die Datenauswertung zu entwickeln.

Ergebnisse

Konzepte zur Beratung nach § 37 Abs. 3 SGB XI

Konzepte zur Beratung nach § 37 Abs. 3 SGB XI liegen vorrangig als Dokumentationsbögen mit Erläuterungen vor. Eine Unterscheidung nach Zielgruppen oder Beratungsbedarfen aus Nutzerperspektive ist nicht erkennbar. Primär beziehen sich die Konzepte auf körperliche Aspekte und Hilfsmittelversorgung, sind krankheitsorientiert aufgebaut und erfassen einen Ist-Zustand. Zudem benennen einige Konzepte Informationsbedarfe und enthalten Empfehlungen

zur Verwendung von Informationsmaterialien. Sie folgen vorrangig der Interventionslogik der Information. Psychosoziale und emotionale Aspekte finden kaum Erwähnung. Bieten die Konzepte einen Rahmen für Verbesserungen, beziehen sich diese vorrangig auf die Versorgung mit Hilfsmitteln. Einige Konzepte erläutern die Beratungsdurchführung formal-strukturell in einem Handlungsleitfaden, ohne auf den kommunikativen Akt selbst einzugehen. Beratungsprozess, Beratungshaltung oder Methoden der Beratung bleiben unberücksichtigt. Die zentrale Frage, wann häusliche Pflege als „nicht gesichert“ gilt, beantwortet keines der 13 Konzepte. Das Ziel dieser Beratungsleistung wird in den Dokumenten sehr allgemein als „Hilfestellung geben“ oder „Qualität sicherstellen“ formuliert.

Konzepte zur Beratung nach § 45 SGB XI

In den sechs Konzepten zur häuslichen Schulung sowie zweien zur Beratung und Schulung von Angehörigengruppen zeigt sich eine größere Offenheit in der inhaltlichen Ausgestaltung, orientiert am Unterstützungsbedarf Ratsuchender. Die besondere Belastungssituation pflegender Angehöriger wird benannt und differenziert dargestellt, jedoch lediglich ein Konzept beschreibt explizit die Integration der psychosozialen Beratungsform. Andere beschreiben einen übergeordneten, strukturierenden Beratungsprozess, der sich an den Phasen des Problemlösezyklus orientiert und als dynamisch verstanden wird. Gesundheitsförderung, Ressourcenorientierung und Lebensweltorientierung bilden theoretische Grundlagen, auch Antonovskys Modell der Salutogenese findet mehrfach Erwähnung. Zusätzlich betonen zwei Konzepte die Bedeutung des subjektiven Beratungsverständnisses für gelingende Beratung. Die zwei Konzepte zu Pflegeschulungen in Gruppen erweisen sich als didaktisch gegensätzlich, wobei ein detaillierter Themenplan bedarfsorientierten Prinzipien der Erwachsenenbildung gegenüber steht. Explizite Qualitätsziele für Beratungsleistungen nach § 45 sind u. a. Perspektivwechsel, Stärkung von Handlungssicherheit, Gesunderhaltung des Familiensystems und Selbstmanagementförderung. Die Spannweite der Qualitätskriterien reicht von „keine Angaben“ über allgemeine zielorientierte Evaluationskriterien bis zu Kriterien, die sich der Ergebnis-, Prozess- und Strukturqualität zuordnen lassen.

Konzepte zur Beratung nach § 7a SGB XI

Zur Beratung nach § 7a SGB XI liegen 26 Konzepte unterschiedlicher Güte vor. Darin überwiegen strukturelle Aspekte gegenüber den inhaltlichen. Der Wunsch von Nutzern nach zugehender Beratung scheint groß zu sein (ZEFIR 2013). Diesem Wunsch folgen Pflegestützpunkte unterschiedlicher Länder und Vertragspartner. Die Notwendigkeit einer situationsbezogenen Beratung ist in der Regel verankert, erhobene subjektive Beratungsbedarfe sind jedoch nicht immer mit den beschriebenen Beratungsaufgaben kompatibel. Wiederkehrend wird die Bedeutung eines Vertrauensverhältnisses zwischen Berater und Ratsuchendem für eine gelingende Beratung betont. Bei Betrachtung der Prozessperspektive finden sich Vorschläge zur Orientierung am Verlaufskurvenmodell und Ansätze wie lösungsorientierte Beratung, kooperative Beratung, ressourcen- und lebensweltorientierte Beratung. Zudem soll eine Klientenorientierung Beratern als Blaupause zur Reflexion von Beratungs- und Be-

Analysedimensionen und -kriterien	
Dimension	Kriterien
Nutzerperspektive	<ul style="list-style-type: none"> • Zielgruppe • Problem- und Bedingungsanalyse • Bedarfs- und Bedürfnisanalyse
Prozessperspektive	<ul style="list-style-type: none"> • Beratungshaltung (Menschenbild/ Beratungsverständnis) • Interventionslogik • Beratungstheoretische Grundlage • Beratungsmethoden
Qualitätsperspektive	<ul style="list-style-type: none"> • Anforderung an Beratungskompetenz • Zielsetzung • Setting • Dokumente • Qualitäts- und Evaluationskriterien

Tab. 2: Analysedimensionen und -kriterien.

ziehungsprozessen dienen. Vor dem Hintergrund einer vertrauensvollen Beratungsbeziehung erscheinen strikte Vorgaben, z. B. zur Weiterleitung an andere Zuständigkeiten, als widersprüchlich. Qualitätskriterien reichen von strukturellen Voraussetzungen wie Erreichbarkeit, Barrierefreiheit und nutzerfreundlichen Öffnungszeiten über inhaltliche Aspekte wie Objektivität, Unabhängigkeit, Empathie bis zu quantitativen Parametern, der Versorgungsdichte, der Auslastung und dem Verhältnis „Ratsuchender – Berater“ zueinander.

Lehrpläne und Curricula

Die einbezogenen Curricula zur Qualifizierung in der Beratung Tätiger reichen von an reiner Wissensvermittlung zu pflegfachlichen, strukturellen und rechtlichen Fragestellungen orientierten kurzen Fortbildungen bis hin zu nach erwachsenpädagogischen Prinzipien und neuesten Lehr-/Lerntheorien konzipierten Qualifizierungsmaßnahmen, die neben Wissensvermittlung die Stärkung von Sozial- und Personalkompetenzen einschließen. Der Stundenumfang reicht von 8 bis zu 440 Stunden im Rahmen der Qualifizierung von Case-Managern.

Übergeordnete Konzeptionen

Die Analyse der 37 übergeordneten Konzeptionen zeigt, dass Konzepte mit starkem Praxisbezug, die konkrete Handlungsanweisungen und Vorgaben für Berater beinhalten, eine geringe theoretisch-wissenschaftliche Fundierung aufweisen. Konzepte mit starken theoretischen Bezügen wiederum lassen einen Transfer zur Beratungspraxis vermissen. Die Belastungssituation pflegebedürftiger Menschen und ihrer pflegenden Angehörigen wird häufig betont, doch nicht weiter berücksichtigt. Auffällig ist, dass die Perspektiven pflegebedürftiger Menschen und pflegender Angehöriger sowie die divergierenden Bedarfs- und Bedürfnislagen in einer „Nutzersicht“ subsumiert werden. Ein weiterer Befund ist der enge Fokus auf Wissensvermittlung in der Beratung, selbst bei einem nicht-direktiven Beratungsverständnis. Präventive Beratungsanlässe fehlen in fast allen Konzepten, ebenso eine systematische Familienorientierung.

Diskussion

Beratungsleistungen sollen familiäre Pflegearrangements stärken und Ratsuchende befähigen, als Ko-Produzenten eine aktive Rolle im Prozess einzunehmen. Berater sollen der Komplexität und Heterogenität familiärer Pflegearrangements situationsangemessen begegnen. Dieser Anspruch an Beratungshandeln lässt sich nur schwer mit den Analyseergebnissen in Einklang bringen. Zudem wird über die Beratungsanlässe hinweg ein primär defizitärer Blick auf Ratsuchende deutlich. Obwohl viele Konzepte eine Orientierung am Ratsuchenden und eine prozesshafte Vorgehensweise anstreben, werden diese Ansprüche selten konsistent verfolgt. Vielmehr bestehen Widersprüche zu klaren Beratungsaufgaben und Vorgaben, z. B. bezüglich einer Weiterleitung. Der von Ansen (2012) als unabdingbar beschriebenen Voraussetzung für Berater, Wissen um den Beratungsprozess zu haben und diesen professionell zu steuern, wird in vielen Konzepten nur wenig Bedeutung beigemessen.

Hier zeigt sich ebenso Nachholbedarf wie bei der Verknüpfung von wissenschaftlichen Erkenntnissen mit Beratungshandeln. Unterschiedliche beraterrelevante Forschungsperspektiven wie Selbstmanagementförderung (Haslbeck 2012) werden zwar benannt, jedoch fehlt es an Überlegungen zur Integration. Eine mögliche Erklärung für analy-

sierte Widersprüche und Inkonsistenzen wie zwischen der Forderung nach Gesundheitsförderung und krankheitsorientierter Problemanalyse kann das Beratungsverständnis liefern. Dies variiert in den Konzepten. Beratung wird, polarisierend dargestellt, entweder vorrangig als Akt der Wissensvermittlung oder als klientenorientierter und partizipatorischer Prozess verstanden. Eine Diskussion über ein gemeinsames Verständnis von „Pflegerberatung“ scheint vor diesem Hintergrund und aufgrund der heterogenen Ausgangslage der Beratungsanlässe überfällig. Unter Berücksichtigung der analysierten Beratungsanlässe im SGB XI könnte diese Diskussion zur Klärung zukünftiger Zielsetzungen und notwendiger Interventionslogik der Beratung (Schaeffer/Dewe 2012) beitragen. Gleichzeitig ist die Vernetzung der unter § 92 c SGB XI beschriebenen Aufgaben mit dem in § 7a SGB XI beschriebenen Anspruch einer umfassenden Prozesssteuerung dahingehend zu reflektieren, wann und unter welchen Bedingungen ein Beratungsprozess initiiert werden kann bzw. wann jemand eines Case Managements (Schaeffer/Kuhlmeier 2008) bedarf. Der stabilisierende Einfluss kontinuierlicher Beratungsbeziehungen (Schmidt/Luderer 2013) ist bislang kaum in Konzepten und Forschung berücksichtigt worden. Steigende psychosoziale Beratungsbedarfe sowie Fragen nach Unterstützung in krisenhaften Lebenssituationen erfordern zwingend, dieser Beziehung durch Kontinuität und vertraute Berater einen höheren Stellenwert einzuräumen.

Literatur

- Ansen, H. (2012): Der Beratungsprozess. In: Schaeffer, D./Schmidt-Kaehler, S. (Hrsg.): Lehrbuch Patientenberatung. Bern: Huber, S 145-155
- Böttcher, S./Buchwald, C./Kothe, W. (2013): Wissenschaftliche Evaluation zum Konzept der vernetzten Pflegerberatung im Land Sachsen-Anhalt. Ministerium für Arbeit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt (Hrsg) Verfügbar unter: www.zsh-online.de. Zugegriffen: 04. November 2014
- Büschler, A./Dorin, L. (2014): Pflegebedürftigkeit im Alter. Berlin: de Gruyter
- Büscher, A./Holle, B./Emmert, S./Fringer, A. (2010): Häusliche Pflegerberatung für Geldleistungsbezieher in der Pflegeversicherung. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 43:103-110
- Döhner, G./Gerlach, A./Köpke, S./Lüdecke, D. (2011): Wissenschaftliche Begleitung der Pflegestützpunkte in Hamburg. <http://www.hamburg.de/contentblob/2857602/data/abschlussbericht-pflegestuetzpunkte-2011-03.pdf>. Zugegriffen: 07. Mai 2014
- Emmrich, D./Hotze, E./Moers, M. (2006): Beratung in der ambulanten Pflege. Problemfelder und Lösungsansätze. Velber: Kallmeyer bei Friedrich
- Gröning, K. (2011): Evaluation der durchgeführten Pflegetrainings und Initialpflegekurse im Zeitraum vom 01. Januar bis 31. Dezember 2010. Allgemeine Ergebnisse des Modellprojektes Familiäre Pflege unter Bedingungen der G-DRG's. Neue Herausforderungen im Übergang von Krankenhaus in die häusliche Pflege. Modellprojekt der Universität Bielefeld gefördert von der AOK Rheinland/Hamburg & der AOK NORD/WEST. https://www.uni-bielefeld.de/erziehungswissenschaft/ag7/familiale_pflege/SB_evaluationsbericht2010_03_digital.pdf. Zugegriffen: 26. April 2016
- Haslbeck, J. (2012): Selbstmanagementförderung. Empowerment zu gesundheitsbewusstem Leben mit chronischer Krankheit am Beispiel von Evivo. In: Care Management 5:23-26
- Heinrich, S./Nickel, W./Brähler, E. (2013): Pflegerberatung aus Sicht ratsuchender Bürgerinnen und Bürger – eine qualitative Erfassung von Beratungsanliegen und Informationsbedürfnissen. In: Informationsdienst Altersfragen 40: 3-9
- Horn, A./Schaeffer, D. (2013): Evaluation der Patienteninformation und -beratung für türkisch- und russischsprachige Migrantinnen und Migranten. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW), Bielefeld
- Hüper, C./Hellige, B. (2012): Kooperative Pflegerberatung und Beratungsqualität. Mit einem Exkurs zu Selbstmanagement, Macht und Eigensinn. Frankfurt am Main: Mabuse
- Joost, A./Metzenrath, A. (2012) Wissenschaftliche Begleitung der Implementierung der Pflegestützpunkte in Hessen. <http://www.iwak-frankfurt.de/documents/ABWB-Pflegestuetzpunkte.pdf>. Zugegriffen: 07. Mai 2014
- Klie, T./Frommelt, M./Schneekloth U. et al. (2012): Evaluation der Pflegerberatung nach § 7a Abs. 7 Satz 1 SGB XI. In: GKV-Spitzenverband (Hrsg.): Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung Band 10. Pflegerberatung. Berlin
- Klie, T./Monzer, M. (2008): Case Management in der Pflege. Die Aufgabe personen- und familienbezogener Unterstützung von Pflegebedürftigen und ihre Realisierung in der Reform der Pflegeversicherung. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 41:92-105
- Landesministerium für Soziales, Gesundheit und Familien (2013): Neue seniorenpolitische Beratungsstrukturen in den Kommunen. Endgültiges Konzept Senioren- und Pflegestützpunkt Niedersachsen (SPN). <http://www.mj.niedersachsen.de/download/87168>. Zugegriffen: 08. März 2015
- Nickel, W./Born, A./Hanns, S./Brähler, E. (2010): Welche Informationsbedürfnisse haben pflegebedürftige ältere Menschen und pflegende Angehörige? In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 44:109-114
- Palesch, A. (2012): Ambulante Pflegerberatung. Grundlagen und Konzepte für die Praxis. Stuttgart: Kohlhammer
- Rothgang, H. (2012): Evaluation der Pflegestützpunkte im Kontext weiterer Beratungsstellen im Land Bremen. <http://www.soziales.bremen.de/sixcms/detail.php?qsid=bremen69.c.19773.de>. Zugegriffen: 07. Mai 2014
- Schaeffer, D./Dewe, B. (2012) Zur Interventionslogik von Beratung in der Differenz zu Information, Aufklärung und Therapie. In: Schaeffer, D./Schmidt-Kaehler, S. (Hrsg.): Lehrbuch Patientenberatung. Bern: Huber, S. 59-86
- Schaeffer, D./Kuhlmeier, A. (2008): Pflegestützpunkte – Impuls zur Weiterentwicklung der Pflege. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 41:81-85
- Schneider, K. (2005): Beratungskonzepte. In: Poser, M./Schneider, K. (Hrsg.): Leiten, Lehren und Beraten. Bern: Huber
- Schmidt, S./Luderer, C. (2013): „Da fühlte ich mich wirklich gut aufgehoben.“ – Eine Studie zum Erleben der Arbeit von Pflegestützpunkten aus der Perspektive von Nutzerinnen und Nutzern. In: Informationsdienst Altersfragen 40:10-17
- Schmidt-Kaehler, S. (2007): Praxisleitfaden Patientenberatung. Planung, Umsetzung und Evaluation. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung
- Schüller, G./Klaes, L./Rommel, A./Schröder, H./Köhler, T. (2013): Zukünftiger Qualifikationsbedarf in der Pflege. Ergebnisse und Konsequenzen aus dem BMBF-Forschungsnetz FreQueNz. In: Bundesgesundheitsblatt 56:1135-1144
- Statistisches Bundesamt (2015): Pflegestatistik 2013. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Vogel, H. (2007): Qualitätssicherung von Beratung. In: Nestmann, F./Engel, F./Siedendiek, U. (Hrsg.): Das Handbuch der Beratung. Band 2 Ansätze, Methoden und Felder. Dgvt, Tübingen
- ZEFIR – Zentrum für interdisziplinäre Regionalforschung (Hrsg.) (2013): Evaluation von Beratungsangeboten für Familien und ältere Menschen in Niedersachsen. Bochum http://www.zefir.rub.de/mam/content/zefir_forschungsbericht_2.pdf. Zugegriffen: 10. März 2015

Dies entspräche der Erkenntnis, dass die Beziehungsgestaltung zwischen Ratsuchenden und Pflegeberatern von Nutzern als zentral erlebt wird und eine Festigung der Beziehung einen entscheidenden Einfluss auf Bewältigung von Krankheit, Alltag und Krisen hat (ebd).

Eine Differenzierung nach Nutzergruppen fehlt. Sie böte in Kombination mit einer zugehenden Beratungsstruktur die Chance, bspw. Familien mit chronisch kranken Kindern, Menschen mit Migrationshintergrund oder Menschen mit niedriger Gesundheitskompetenz (Horn/Schaeffer 2013) adäquat zu begegnen. Betont wird die Kompetenz Beratender als Schlüsselfaktor für die Qualität. Darüber, was Beratungskompetenz ausmacht und wie diese erworben werden kann, herrscht große Uneinigkeit. Hier zeigt sich ein zentraler zukünftiger Qualifizierungsbedarf in der Pflege (Schüler et al. 2013). Nicht zuletzt muss geklärt werden, auf welchem Niveau Pflegende für diese höchst anspruchsvolle Aufgabe qualifiziert werden sollen, damit die Qualität von Beratung weniger dem Zufall überlassen bleibt. <<

Autorenerklärung

Die Analyse erfolgte mit finanzieller Unterstützung durch das ZQP und wurde im Rahmen der ZQP-Perspektivenwerkstatt 2014/2015 „Qualität in der häuslichen Versorgung – Potenziale von Beratung und Schulung“ im Auftrag des ZQP durchgeführt. Es liegen keine Interessenkonflikte vor.

Conceptual approaches to counselling within the German long-term care insurance

Within the German Long-term care system several counselling options have been established to support care-recipients and their significant others regarding their care arrangements. So far only limited knowledge exists on the conceptual approaches of these services. This investigation aims at analyzing the content and structural arrangements of counselling services and identifying future need for action. Material was obtained by conducting a comprehensive search and an additional inquiry of different provider associations. 91 conceptual approaches from practice sites have been included. In the analysis three main criteria have been applied: user perspective, counseling process and quality of counseling. The approaches varied regarding their grade of openness, their understanding of counselling and in their needs-orientation. The variety of findings indicates a need for conceptual clarification as well as a better match between empirical and theoretical knowledge on counseling processes and actual practice. Furthermore, the results underline the necessity of more needs-oriented approaches to support family and informal caregiving systems.

Keywords

Counselling, conceptual approaches, German long-term care insurance, quality, family care

Dipl.-Berufspäd. (FH) Claudia Oetting-Roß

ist Kinderkrankenschwester und Lehrkraft für besondere Aufgaben und Studiengangsleitung B.Sc. Pflege dual im Rahmen einer Nachwuchsprofessur an der Fachhochschule Münster. Vorher wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Hochschule Osnabrück im BMBF-geförderten Forschungskolleg „Familiengesundheit im Lebensverlauf“ (FamiLe) und in der ZQP-Perspektivenwerkstatt zur Entwicklung eines Qualitätsrahmens für Beratung in der Pflege. Seit 2012 Doktorandin an der Universität Witten/Herdecke.



Dr. med. Ralf Suhr

ist Vorstandsvorsitzender der gemeinnützigen Stiftung Zentrum für Qualität in der Pflege. Er forscht u. a. zur Qualität in der häuslichen Pflege, zu Be- und Entlastungsfaktoren pflegender Angehöriger, zur Patientensicherheit sowie zu Entstehungsbedingungen von Pflegebedürftigkeit. Zuvor war er als Arzt in der Klinik sowie in der Alzheimerforschung tätig. Zudem war Suhr in einer internationalen Strategieberatung als Experte für Gesundheits- und Pflege Themen beschäftigt.



Daniela Sulmann

ist Bereichsleiterin für Projekte im Zentrum für Qualität in der Pflege. Zuvor war sie mehrere Jahre im Deutschen Zentrum für Altersfragen (DZA) als wissenschaftliche Mitarbeiterin im Arbeitsbereich Politikberatung tätig. Bevor sie im DZA arbeitete, war sie im Qualitätsmanagement von Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen beschäftigt. Daniela Sulmann ist Diplom Pflegewirtin und examinierte Krankenschwester.



Prof. Dr. Sc. (Health) Andreas Büscher

ist Krankenpfleger und Pflegewissenschaftler. Er promovierte 2007 am Department of Nursing Science der University of Tampere/Finnland zum Doktor of Health Sciences. Seit 2011 Professor für Pflegewissenschaft an der Hochschule Osnabrück und seit 2012 wissenschaftlicher Leiter des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) sowie Gastprofessor an der Universität Witten/Herdecke.



Dr. med. Bernd Deckenbach

Qualitätsperspektiven für die Kurzzeitpflege

Ausgehend von dem übergeordneten gesundheitspolitischen Ziel, die ambulante pflegerische Versorgung von Pflegebedürftigen in ihrer gewohnten häuslichen Umgebung zu stärken, wurde der Kurzzeitpflege im § 42 SGB XI eine hochspezialisierte und fachlich sowie organisatorisch anspruchsvolle Aufgabe innerhalb der pflegerischen Versorgungskette zugewiesen. Der Gesetzgeber positioniert die Kurzzeitpflege an entscheidenden Stellen individueller Pflegeverläufe z. B. nach stationär behandelten akuten Erkrankungen: Sie soll in der post-akuten Phase innerhalb einer relativ kurzen Zeitspanne und in einer für den Pflegebedürftigen und seinen Angehörigen oft schwierigen Situation eine hohe pflegfachliche Qualität sicherstellen und zugleich eine Klärung der weiteren Versorgung herbeiführen (sog. „Clearing-“ oder „Weichenstellerfunktion“).

>> Es ist davon auszugehen, dass insbesondere der Bedarf für pflegerische Versorgungsstrukturen, die den Übergang an der Schnittstelle nach einem akutstationären Aufenthalt in eine (möglichst häusliche) Weiterversorgung unterstützen nicht zuletzt aufgrund der dem DRG-System immanenten Tendenz zu immer kürzeren Verweildauern weiter wachsen wird. Demgegenüber zeigt ein Blick in die Pflegestatistiken des statistischen Bundesamtes der letzten Jahre, dass der Ausbaugrad der Kurzzeitpflege in Deutschland seit mehreren Jahren stagniert: So liegt beispielsweise der Anteil der für die Kurzzeitpflege genutzten Pflegeplätze an allen verfügbaren stationären Pflegeplätzen unverändert bei circa fünf Prozent (Statistisches Bundesamt)

Vor diesem Hintergrund hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) beim IGES Institut eine Studie zu Qualitätskriterien für eine fachgerechte Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI) beauftragt, die ein Anforderungsprofil für die Kurzzeitpflege entwickeln sollte, und zwar auf der Grundlage

- der Ergebnisse einer nationalen und – unter Berücksichtigung ihrer Übertragbarkeit auf das deutsche Gesundheitssystem - internationalen Recherche nach Qualitätskriterien und beispielhaften Praxismodellen
- relevanter gesetzlicher und vertraglicher Regelungen

Hier sollten insbesondere folgende Aspekte berücksichtigt werden:

- Pflegerisch-therapeutische Konzeption der Kurzzeitpflege
- Konzeption zur Nachsorgevorbereitung
- Angehörigenkonzept (z.B. Beratung und Einbindung der Angehörigen in die Nachsorgevorbereitung)
- Kooperation/Vernetzung an den Schnittstellen zum Krankenhaus, zur vertragsärztlichen Versorgung sowie zur ambulanten Pflege und zu Beratungsstellen.

Zusammenfassung

Kann die häusliche Pflege zeitweise nicht im erforderlichen Umfang sichergestellt werden, so haben Pflegebedürftige gemäß § 42 SGB XI Anspruch auf stationäre Kurzzeitpflege. Hierdurch sollen insbesondere auch kritische Übergänge aus dem Krankenhaus unterstützt und eine Rehospitalisierung sowie ein verfrühter Einzug in die stationäre Dauerpflege verhindert werden. Mit dem Ziel, eine qualitativ hochwertige Kurzzeitpflege als wichtiges Leistungsangebot zur Stärkung der ambulanten Versorgung zu etablieren, wurde auf der Grundlage einer systematischen nationalen und internationalen Recherche nach Qualitätskriterien und Praxismodellen ein Anforderungsprofil bestehend aus 19 überprüfbaren Einzelanforderungen entwickelt. Das Anforderungsprofil gibt das unter den gegebenen Rahmenbedingungen in Deutschland anzustrebende Qualitätsniveau einer fachgerechten Kurzzeitpflege als „Weichenstellung“ für die weitere Versorgung, insbesondere in der post-akuten Übergangsphase nach Krankenhausaufenthalt, wieder.

Schlüsselwörter

Kurzzeitpflege, Übergangspflege, Qualitätskriterien

Die Studienergebnisse wurden Ende 2014 im Rahmen eines Workshops und einer Fachtagung in Berlin Führungskräften von Kurzzeitpflegeeinrichtungen sowie Vertretern von Gesundheitsministerien, Kostenträgern und Pflegewissenschaft vorgestellt und diskutiert.

Methodisches Vorgehen

Im Rahmen der Studie wurden zunächst ausführliche strukturierte Literatur- und Internetrecherchen durchgeführt. Ziel der Recherchen war es

- deutsche und internationale Quellen zur Qualitätssicherung und -bewertung pflegerischer Leistungsangebote, sowie zu vorhandenen Qualitätskriterien zu recherchieren,
- Rahmenbedingungen, Leistungsangebote, Akteure, Qualitätsvorgaben etc. und für die Kurzzeitpflege im internationalen Kontext zusammenzutragen sowie
- Praxisbeispiele für die Umsetzung der Qualitätskriterien zu identifizieren.

Aus den Ergebnissen der Recherchen wurde ein Katalog von Qualitätskriterien erstellt sowie auf der Basis der Länderauswahl eine ausführliche Analyse der nationalen Rahmenbedingungen auf der Ebene der pflegerischen Versorgungssysteme und der Einrichtungsebene zur Identifikation von Praxisbeispielen durchgeführt. Auf der Grundlage der Ergebnisse der nationalen und internationalen Recherche nach Qualitätskriterien und Praxismodellen und unter Berücksichtigung der gesetzlichen Rahmenbedingungen sowie von Gutachten und Empfehlungen (siehe u.a. KDA 2004), Qualitätsvorgaben und Empfehlungen der Landespflegeausschüsse (siehe u.a. Niedersach-

Dieser Beitrag stellt die Ergebnisse einer Studie und einer Fachtagung des IGES Instituts dar.

Die Studie „Qualitätskriterien für eine fachgerechte Kurzzeitpflege (§42 SGB XI)“ ist als Download auf der Website des IGES Instituts erhältlich: http://www.iges.com/e6/e1621/e10211/e5076/e11653/e11654/e11666/attr_obj11667/IGES_Qualitaetskriterien_Kurzzeitpflege_WEB_ger.pdf.

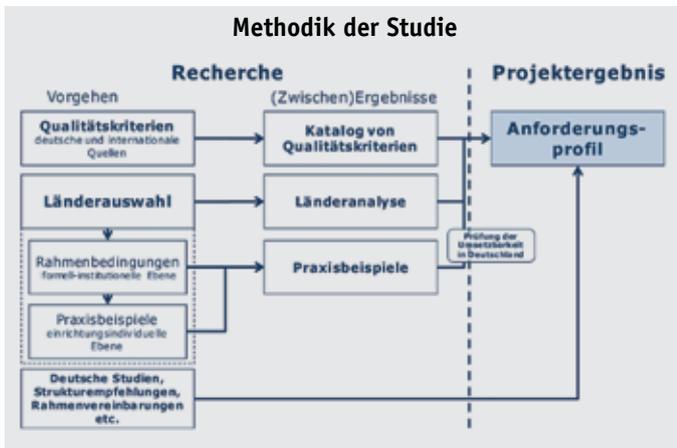


Abb. 1: Methodisches Vorgehen bei der Erstellung der Studie. Quelle: Studie „Qualitätskriterien für eine fachgerechte Kurzzeitpflege“.

sen 2003) wurde ein Anforderungsprofil für die Kurzzeitpflege gemäß §42 SGB XI entwickelt (Abb. 1).

Ergebnisse

In internationalen und nationalen Quellen konnten 148 Qualitätskriterien für die Kurzzeitpflege recherchiert, in eine Erfassungsmatrix extrahiert und für ein Anforderungsprofil aufbereitet werden. Die Recherchen insbesondere in Australien (Australian Government 2013; NSW Health 2013), den USA (Houser 2012; CMS o.J.) und der Schweiz (Spuhler 2009; Kanton Bern 2011) ergaben detaillierte Informationen zu beispielhaften Praxismodellen für die Kurzzeitpflege. Die Rechercheergebnisse insbesondere zu den letztgenannten Ländern zeigen dort eine insgesamt konsequentere Orientierung der Kurzzeitpflege auf ihre Weichenstellerfunktion in der post-akuten Übergangssituation.

Die internationalen Praxisbeispiele zur Kurzzeitpflege weisen eine stärkere, insbesondere personelle Ausrichtung auf die Versorgung von Patienten im post-akuten Behandlungsstadium aus. Die Abgrenzung zur Verhinderungs- bzw. Urlaubspflege ist derzeit stärker ausgeprägt als in Deutschland.

Rehabilitation durch ein multiprofessionelles Team, welches neben Pflegekräften auch Ergo-, Physiotherapeuten sowie teilweise auch Logopäden umfasst, ist in der Regel fester Bestandteil des Leistungsangebots der Kurzzeitpflege in den in die Recherche einbezogenen Ländern.

Die recherchierten internationalen Einrichtungen sind durchgehend fachlich und personell eigenständige Organisationsformen, zugleich aber zumeist eng an akut-stationäre oder rehabilitative Einrichtungen angebunden. Die sich aus

der Anbindung ergebenden Synergiepotenziale hinsichtlich Personal, Ausstattung und standardisierten Versorgungsabläufen und Informationsflüssen, insbesondere bei Verlegungen, können in der Regel weitgehend ausgeschöpft werden.

Einige Länder haben die Indikationsstellung für die Übernahme von post-akuten Patienten in die Kurzzeitpflege einheitlich definiert und ermöglichen so die Überleitung von Patienten nach akut-stationären Aufhalten auf der Grundlage von definierten klinisch-pflegerischen Überleitungs- bzw. Aufnahmekriterien.

Die im Rahmen der Studie erhaltenen Ergebnisse sowie die Diskussionen und Rückmeldungen von Vertretern von Kurzzeitpflegeeinrichtungen haben gezeigt, dass Kurzzeitpflege, will sie ihrer Weichenstellerfunktion innerhalb der pflegerischen Versorgungskette gerecht werden, mit einer im Vergleich zu anderen Pflegeformen erhöhten Leistungsintensität und -komplexität verbunden ist. Die Klärungs- und Weichenstellungsfunktion der Kurzzeitpflege trifft dabei auf eine oft komplexe Bedarfslage auf Seiten der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen:

- Der oft großen Verunsicherung über die weitere Versorgung und dem damit verbundenen hohen Neuorientierungs-, Kommunikations- und Informationsbedarf
- Erprobungsbedarf hinsichtlich der Umsetzbarkeit und Akzeptanz neuer pflegerischer und therapeutischer Maßnahmen
- Klärungsbedarf hinsichtlich der Nachfolgeversorgung.

Dies trifft insbesondere auf die pflegerische Versorgung in der Übergangsphase unmittelbar nach einem akut-stationären Aufenthalt zu, welche mit spezifischen pflegfachlichen und -organisatorischen Anforderungen verbunden ist (zum Folgenden vgl. insbesondere KDA 2003; Niedersachsen 2003; Geiger 2007; Schweizer 2009):

Alle erforderlichen pflegerischen und klinischen Informationen, insbesondere auch zur Medikation müssen im Rahmen der Pflegeüberleitung zur oder möglichst schon vor der Aufnahme in die Kurz-

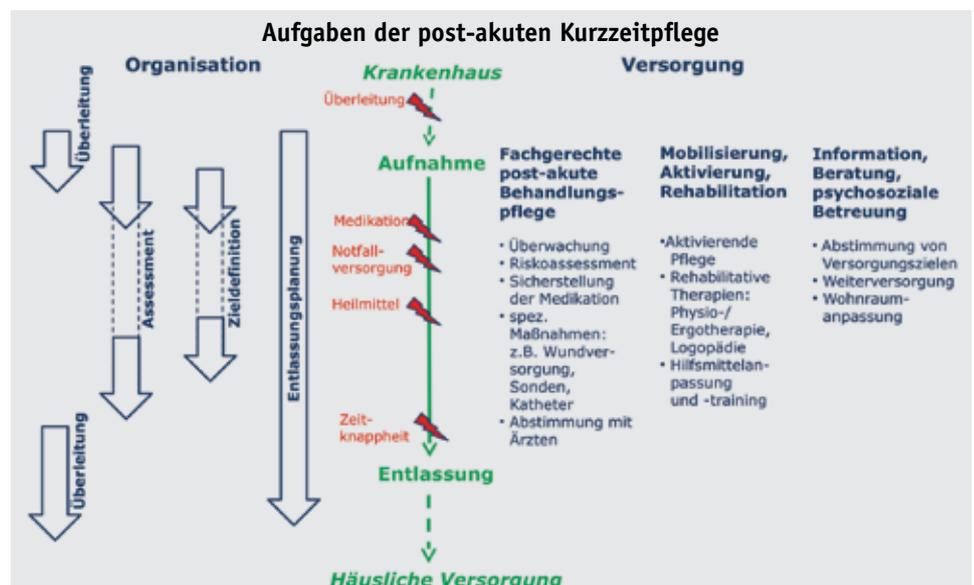


Abb. 2: Übersicht über die Aufgaben der post-akuten Kurzzeitpflege. Quelle: Studie „Qualitätskriterien für eine fachgerechte Kurzzeitpflege“.

zeitpflege vorliegen bzw. beschafft werden.

Kommen die Pflegegäste nach akutstationär versorgten Erkrankungen bzw. operativen Eingriffen in die Kurzzeitpflege erfordert dies eine intensive und zuverlässige pflegerische Krankenbeobachtung und -überwachung. Im Rahmen der Behandlungspflege sind häufig fachlich anspruchsvolle pflegerische Tätigkeiten erforderlich (z.B. Wundversorgung, aufwändige Katheter und Sondenpflege).

Zudem ist diese Übergangsphase nach akutstationärer Behandlung durch einen erhöhten Bedarf an aktivierender Pflege und rehabilitativen Therapien, insbesondere Physio- und Ergotherapie, gekennzeichnet. Die Versorgung mit den genannten medizinischen Therapien ist durch Kooperation mit niedergelassenen Therapeuten sicherzustellen und mit den aktivierenden pflegerischen Maßnahmen abzustimmen und durch geeignete Räumlichkeiten zu gewährleisten.

Die Durchführung der Behandlungspflege, die Sicherstellung der erforderlichen Verordnungen für Medikation sowie Heil- und Hilfsmittel von schwererkranken Kurzzeitpflege-Gästen erfordern einen intensiven und kontinuierlichen Abstimmungsbedarf mit niedergelassenen Ärzten.

Durch den kurzen Aufenthalt entsteht generell ein erhöhter Organisations- und Pflegeplanungsaufwand. Auf der Grundlage eines umfassenden Assessments und davon abgeleiteter individueller Pflegeziele muss eine Pflegeplanung erstellt und kontinuierlich nach Entwicklung und Veränderung der Pflegesituation modifiziert werden.

Vor dem Hintergrund der Weichenstellungs- und Klärungsfunktion fallen eine Reihe von Beratungs- und Koordinationsaufgaben an, die im Kontext der vollstationären Dauerpflege keine bzw. eine deutlich geringere Bedeutung haben:

- Beratung zur Folgeversorgung und Nachsorge, inkl. Wohnraumanpassung
- Überprüfung (ggf. Initiierung) und Unterstützung der Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln
- Entlassungsvorbereitung und Pflegeüberleitung
- Alle aufgeführten Aufgaben sind unter den Vorgaben eines knappen Zeitbudgets zu erfüllen (Abb. 2.).

Auf der Grundlage der Ergebnisse der nationalen und internationalen Recherche nach Qualitätskriterien und Praxismodellen und unter Berücksichtigung der gesetzlichen Rahmenbedingungen sowie von Gutachten, Studien und Empfehlungen, Qualitätsvorgaben und Empfehlungen der Landespflegeausschüsse konnte ein Anforderungsprofil bestehend aus 19 überprüfbaren Einzelanforderungen an die Struktur sowie den Pflegeprozess und seine Organisation entwickelt und durch deutsche und internationale Praxisbeispiele veranschaulicht werden. Das Anforderungsprofil ist als Soll-Konzept angelegt, d.h. es gibt das unter den gegebenen rechtlichen und systemischen Rahmenbedingungen in Deutschland anzustrebende Qualitätsniveau einer fachgerechten Kurzzeitpflege als „Weichenstellung“ für die weitere Versorgung, insbesondere in der post-akuten Übergangsphase nach Krankenhausaufenthalt, nach den Vorgaben und Zielstellungen des § 42 SGB XI wieder (Abb. 3).

Anforderungsprofil für die Kurzzeitpflege	
<p>Strukturelle Anforderungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organisationsform • Personalausstattung und Qualifikation <ul style="list-style-type: none"> • Leitung der Kurzzeitpfleeinrichtung • Qualifizierung des Personals • Pflegefachkräfte • Kooperationen • Bauliche und räumliche Voraussetzungen <ul style="list-style-type: none"> • Lage der Einrichtung • Größe der Einrichtung • Barrierefreie Zugangswege • Bauliche Gestaltung und räumliche Aufteilung • Größe und Ausstattung der Wohnräume • Räumliche Ausstattung für rehabilitative Therapien • Räumliche und sonstige Ausstattung für Behandlungspflege 	<p>Anforderungen an den Pflegeprozess und seine Organisation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pflegeüberleitung bei Aufnahme • Pflegeanamnese und Assessment • Pflegeplanung <ul style="list-style-type: none"> • Festlegung von Pflege- und Versorgungszielen • Planung und Überprüfung von Pflege- und Versorgungsmaßnahmen • Beratungs-, Organisations- und Koordinationsleistungen <ul style="list-style-type: none"> • Beratung zur Folgeversorgung und Nachsorge • Überprüfung (ggf. Initiierung) und Unterstützung der Versorgung mit rehabilitativen Therapien und Hilfsmitteln • Entlassungsvorbereitung und Pflegeüberleitung • Anforderungen an Dokumentation, Qualitätssicherung und Evaluation <ul style="list-style-type: none"> • Pflegedokumentation • Qualitätssicherung und -management

Abb. 3: Anforderungsprofil für die Kurzzeitpflege.

Literatur

- (Australian Government 2013) Australian Government - Department of Health and Aging: Short stays in aged care homes, 2013. <<http://www.myagedcare.gov.au/node/313>>19.06.2013.
- CMS o.J.) Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS): Medicare Coverage of Skilled Nursing Facility Care, o.J.. <<http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10153.pdf>>16.09.2013.
- (Geiger 2007) Geiger M., Kirchen-Peters S.: Kurzzeitpflege vor der Reform: Perspektiven eines Versorgungsbausteins, Saarbrücken, 2007.
- (Houser 2012) Houser A., Ujvari K.: The State of Measurement of Respite Care, AARP Public Policy Institute, Washington, 2012.
- (Kanton Bern 2011) Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern. Alterspolitik im Kanton Bern. Bern 2011. http://solviva.napoleon.ch/upload/dokumente/zwischenbericht_alterspolitik_kanton_bern.pdf
- (KDA 2004) Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA): Planungs- und Arbeitshilfe für die Kurzzeitpflege-Praxis. Band 22. Herausgegeben im Rahmen des BMGS-Modellprogramms zur Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS), 2004. <https://www.kda.de/files/bmg/2005-02-14-band22.pdf>.
- (Niedersachsen 2003) Niedersächsisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales: Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI als Übergangspflege zur Sicherung der häuslichen Pflege. Rahmenkonzept zu Leistungen und zur Gestaltung von Kurzzeitpflegeeinrichtungen in Niedersachsen. Empfehlung des Landespflegeausschusses gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 SGB XI vom 30.01.2003.
- (NSW Health 2013) NSW Department of Health: Clinical Services Redesign Program – Transitional Aged Care, North Sydney, 2006L.
- (Schweizer 2009) Schweizer C., Brod G., Stadler M.: Modellprogramm des Spitzenverbandes und der gesetzlichen Pflegekassen zur „Weiterentwicklung der Pflegeversicherung gemäß § 8 Abs.3 SGB XI“ – Teil B: Möglichkeiten und Grenzen einer rehabilitative orientierten solitären Kurzzeitpflege, Saarbrücken, 2009.
- (Spuhler 2009). Spuhler T., Brunswicker C.: Übergangspflege – der Berner Modellversuch. Warum ein neues Pflegemodell für Akutspitäler? Planung, Durchführung und Ergebnisse des Modellversuchs. Umsetzung in die Praxis. Präsentation. http://www.isesuisse.ch/fr/conferences/e_0906_berner_modell.pdf.
- (Statistisches Bundesamt) Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Pflegestatistiken 2007-2015. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse. Wiesbaden 2013. www.destatis.de.

Fazit: Entwicklungsbedarfe für die Kurzzeitpflege

Ein systematischer Abgleich der Vorgaben des Anforderungsprofils mit der derzeitigen Ist-Situation der Kurzzeitpflege in Deutschland war nicht Gegenstand der vorliegenden Studie. Dennoch lassen sich auf der Grundlage der im Rahmen der Studie aufgearbeiteten Materialien zur Entwicklung der Kurzzeitpflege in Deutschland und der durchgeführten Recherchen zu Praxisbeispielen, eine Reihe von Aussagen zu den absehbaren Herausforderungen und Entwicklungsbedarfen dieses pflegerischen Leistungsbereiches treffen:

Die spezifischen pflegfachlichen und organisatorischen Anforderungen setzen eine fachliche, personelle und räumliche Eigenständigkeit der Kurzzeitpflege voraus. Demgegenüber werden konstant ca. zwei Drittel der Kurzzeitpflegeplätze in Deutschland nicht im Rahmen einer Solitäreinrichtungen bzw. eigenständigen Abteilungen vorgehalten, sondern in Form von Pflegeplätzen, die flexibel für die Kurzzeitpflege genutzt werden können (Statistisches Bundesamt).

In Kurzzeitpflegeeinrichtungen werden neben Pflegeleistungen gemäß § 42 SGB XI zumeist auch solche gemäß § 39 SGB XI („Verhinderungspflege“) erbracht. Für die im Rahmen der Verhinderungspflege versorgten Pflegegäste ist die Rückkehr in die gewohnte häusliche Umgebung in der Regel gesichert und sie stellen auch in den meisten Fällen andere Anforderungen an die Versorgung als beispielsweise Pflegegäste unmittelbar nach einem Akutkrankenhausaufenthalt. Das vorliegende, explizit für die Pflegeleistung „Kurzzeitpflege“ gemäß § 42 SGB XI entwickelte Anforderungsprofil erfordert eine Spezialisierung oder zumindest stärkere interne Differenzierung der Einrichtungen auf die unterschiedlichen Bedarfe und Bedürfnisse der o.g. Zielgruppen in räumlicher, ausstattungsmaßiger und personeller Hinsicht.

Die Umsetzung verordneter rehabilitativer Therapien stellt eine wesentliche Aufgabe für Kurzzeitpflegeeinrichtungen, insbesondere in der Übergangsphase nach akutstationärer Behandlung dar. Die dargestellten Praxisbeispiele zeigen, dass das Konzept einer explizit rehabilitativ ausgerichteten Kurzzeitpflege auch in Deutschland bereits durch eine Reihe von Einrichtungen durch Kooperationen mit niedergelassenen Therapeuten und deren Einbindung in den Pflegeprozess im Sinne eines multiprofessionellen therapeutischen Teams umgesetzt wird.

Eine gute Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten ist für die Kurzzeitpflege von großer Bedeutung. Zugleich wird der Aufbau verbindlicher Kooperationsbeziehungen zu dieser Berufsgruppe für Kurzzeitpflege-Einrichtungen als besonders herausfordernd und schwierig beschrieben. Praxisbeispiele zeigen demgegenüber, dass stabile Kooperationsbeziehungen zumindest zu einigen Ärzten auf-

Quality perspectives for short term care

When home care can temporarily not be guaranteed to the required extent, individuals in need of care are entitled to inpatient short-term care according to §42 SGB XI. This is also supposed to assist critical discharge from hospital and prevent rehospitalisation as well as premature admission to inpatient long-term care. Aiming at establishing a high quality short-term care as an important service to strengthen outpatient care, a profile consisting of 19 verifiable single requirements, was developed based on systematic national and international research for quality criteria and practice models. This profile reflects the quality level of professional short-term care as „switch stand“ for further care, especially in post-acute care after hospitalization, which is to be aimed at under the given conditions in Germany.

Keywords

Short term care, transitional care, quality criteria

gebaut werden können, welche für die Dauer der Kurzzeitpflege alle Pflegegäste der Einrichtung versorgen. Voraussetzungen hierfür sind u.a., dass sich die Einrichtung auf der Grundlage einer guten Kenntnis der lokalen ärztlichen Versorgungsstruktur gezielt um grundsätzlich kooperationswillige Ärzte bemüht, diesen die praktische Zusammenarbeit so aufwandsarm wie möglich gestaltet, sich in der Behandlungspflege und bei der Umsetzung von Anordnungen als fachlich kompetent und zuverlässig erweist.

Derzeit wird kein auf die speziellen Anforderungen der Kurzzeitpflege ausgerichtetes Dokumentationssystem in Deutschland angeboten, welches Pflegeplanung, Leistungssteuerung, Vorbereitung der Folgeversorgung und Qualitätsmanagement gleichermaßen unterstützt. Die besonderen behandlungspflegerischen und therapeutischen Leistungen werden mit den bisher eingesetzten Systemen nicht adäquat abgebildet. Teilweise werden diese Angaben in den Einrichtungen zusätzlich erhoben und dokumentiert. Es bedarf daher eines entsprechenden Systems bzw. der Schaffung von Anreizen, solche Dokumentationssysteme zu entwickeln und zu etablieren. <<

Autorenerklärung

Dr. Bernd Deckenbach ist Mitarbeiter des Unternehmens IGES Institut GmbH in Berlin. Die Analyse erfolgte im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und wurde von dem Unternehmen IGES Institut GmbH in Berlin durchgeführt.

Dr. med. Bernd Deckenbach

ist stellvertretender Bereichsleiter des Bereichs Qualität«Evaluation«Reporting am IGES Institut in Berlin. Er hat Verwaltungswissenschaft und Medizin studiert, und war vor seiner Tätigkeit am IGES klinisch in den Bereichen Chirurgie, Geriatrie und Innere Medizin tätig.

Kontakt: bernd.deckenbach@iges.de



In Kooperation mit dem Deutschen Pflegerat, pflege.de und der Schlüterschen

monitor

PFLEGE

Fachzeitschrift zur Versorgung, Management und Forschung in der Pflege



ALS ABONNENT NUTZEN SIE KOSTENLOS: DAS ONLINE-PORTAL www.monitor-pflege.de

per Fax: +49 (0) 228-76 38 28 01 oder formlos per eMail an marketing@monitor-pflege.de oder direkt per Handy:

Ich möchte „Monitor Pflege“ testen

Ich abonniere „Monitor Pflege“ zur Probe. 2 Ausgaben zum Sonderpreis von 20,- Euro zzgl. MwSt. Mein Abo wandelt sich automatisch in ein Jahresabonnement um, wenn ich nicht spätestens 14 Tage nach Erhalt der zweiten Ausgabe schriftlich kündige. Nach Begleichen der Rechnung erhalte ich per E-Mail mein persönliches Passwort für das Online-Portal.

Ich bestelle ein Jahresabonnement

Ich abonniere „Monitor Pflege“ für mindestens ein Jahr (4 Ausgaben) zum Preis von 90,- Euro zzgl. MwSt. und Versandkosten. Mein Abonnement verlängert sich automatisch um jeweils ein Jahr, wenn ich nicht mit einer Frist von drei Monaten zum Ende des Abozeitraumes schriftlich kündige. Nach Begleichung der ersten Rechnung erhalte ich per E-Mail mein persönliches Passwort für das Online-Portal.



Firma

Straße

Telefon

E-Mail (für Passwortübermittlung)

Datum, 1. Unterschrift:

Widerrufsgarantie: Mir ist bekannt, dass ich die Bestellung innerhalb der folgenden zwei Wochen bei eRelation AG, Kölnstraße 119, 53111 Bonn schriftlich widerrufen kann. Diese Frist beginnt mit dem Eingang dieser Bestellung (Eingangsstempel). Dies bestätige ich mit meiner 2. Unterschrift:

Datum, 2. Unterschrift:

Name

PLZ, Ort

Fax

eRelation AG - Content in Health • Kölnstraße 119 • 53111 Bonn